САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, профессор
Петрова Наталия Николаевна

Санкт-Петербург
2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение …..…….. 4
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ……..... 11
1.1. Понятие и исторические аспекты психодерматологии....…….... 11
1.2. Биологические основы психодерматологии……...…… 13
1.3. Психические расстройства в дерматологической практике..…… 17
1.4. Психические расстройства при дерматозах лица……..…… 20
1.5. Особенности комплексной медицинской помощи в психодерматологии..... 31
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ……..……. 38
2.1. Условия проведения исследования……. 38
2.2. Материал исследования……...……. 38
2.3. Методы исследования……..……. 40
ГЛАВА 3. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕРМАТОЗАМИ ЛИЦА……..... 46
3.1. Результаты анализа социально-демографических характеристик пациентов……...…...……. 46
3.2. Результаты анализа клинико-анамнестических характеристик пациентов……...…...……. 47
3.3. Структура и клиническая характеристика психических расстройств у пациентов с дерматозами лица.……...……. 48
3.4. Расстройства личности у пациентов с дерматозами лица.……. 59
3.5. Характеристика психической патологии у пациентов разных возрастных групп……...…...……. 61
3.6. Качество жизни у пациентов с дерматозами лица....……. 66
3.7. Психосоматические взаимосвязи у пациентов с дерматозами лица…. 72
ГЛАВА 4. МАТЕМАТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ МЕЖГРУППОВЫХ РАЗЛИЧИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕРМАТОЗАМИ ЛИЦА…..……. 75

4.1. Образующие факторы в развитии и структуре психических расстройств у больных хроническими дерматозами лица……..……. 75
4.2. Ведущие симптомокомплексы в структуре тревожных и депрессивных расстройств у пациентов с дерматозами лица…….. 87
Глава 5. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ И ОКАЗАНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ДЕРМАТОЗАМИ ЛИЦА …….…… 102
5.1. Результаты анализа социально-демографических характеристик пациентов с дерматозами лица, получавших комплексную медицинскую помощь ……..... 102
5.2. Результаты анализа клинико-психопатологических характеристик у пациентов с дерматозами лица, получавших комплексную медицинскую помощь…….……..... 107
5.3. Результаты анализа комплексной медицинской помощи у пациентов с дерматозами лица…… 111
Глава 6. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ…….…….…... 117
ВЫВОДЫ……... 136
Практические рекомендации…….…...…… 137
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ..……. 138
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ……. 139
ПРИЛОЖЕНИЕ...…….. 157

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. По данным литературы, 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, преемственность в курации больных дерматозами лица после выписки из психосоматического отделения в большинстве случаев отсутствует.

Практическая значимость исследования определяется разработкой дифференцированного подхода к ведению больных с дерматозами лица и 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 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 (EAPM) (Сибиу, Румыния, 2014); 12 весеннем симпозиуме Европейской Академии дерматологии и венерологии (EADV) (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.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Понятие и исторические аспекты психодерматологии

Психодерматология – раздел психосоматической медицины, сформированный на границе двух обширных медицинских специальностей: психиатрии и дерматологии (Cossidente A., Sarti M., 1984). Особый интерес в выделении данного направления представляет то, что психические расстройства всегда рассматривались как процессы, протекающие «внутри», в то время как кожные заболевания отличаются наиболее выраженными «внешними» проявлениями (Panconesi E., 2000; Picardi A., Amerio P., Baliva G. et al., 2004; Picardi A., Porcelli P., Pasquini P. et al,, 2006).

Как отдельная медицинская дисциплина психодерматология была сформирована лишь в середине XX века (Cossidente A., Sarti M., 1984). Однако еще в античные времена Гиппократом были отмечены клинические случаи, когда пациенты намеренно повреждали свои кожные покровы и вырывали волосы в ответ на тяжелый эмоциональный стресс (Каннабих Ю.В., 2014). Им же были описаны изменения цвета кожных покровов и повышенная потливость в связи с различными эмоциональными реакциями (Каннабих Ю.В., 2014: Tilles G., Wallach D., 1984).

Упоминания взаимосвязи эмоций и кожных заболеваний можно обнаружить также в Библейских текстах, где кожные заболевания в ряде случаев рассматриваются, по сути, как результат неадекватных эмоциональных реакций (Rodríguez-Cerdeira C., 2011). В книге пророка Ездры имеются описания случаев нанесения кожных самоповреждений и вырывания волос в ответ на тяжелый стресс (Rodríguez-Cerdeira C., 2011). Описания похожих случаев встречаются в дальнейшем во многих различных литературных произведениях, включая пьесы Уилльяма Шекспира (Rodríguez-Cerdeira C., 2011).

В 1857 году английский дерматолог и хирург Вилльям Вилсон опубликовал монографию «Кожные заболевания», в который впервые подробно описаны «кожные неврозы» (Tilles G., Wallach D., 1989). В своей книге Вилсон рассмотрел

вопросы дерматозойного (паразитарного) бреда, очаговой алопеции, кожного зуда и гипопигментации. Вилсон также описывает изменения кожной секреции в ответ на различные раздражители нервной системы. Согласно заключению автора, страх и депрессия могут быть причиной выраженного гипергидроза (Tilles G., Wallach D., 1989).

Несмотря на частые упоминания в художественной и медицинской литературе, трихотилломания (импульсивное вырывание волос) не упоминается как отдельное заболевание до 1889 года, до его первого описания французским дерматологом Халлопье Генри (1842-1919) (França K., Chacon A., Ledon J. et al.. 2013).

Другая важная психодерматологическая патология – дерматозойный бред - впервые упоминается в 1799 году английским дерматологом Робертом Вилланом (1757-1812) и врачом Йоханом Джорденсом (1764-1813) в 1801 году (Wilson J., Miller H., 1946; Cossidente A., Sarti M., 1984; Freudenmann R., Lepping P., 2009). В 1894 году клинический случай данной патологии был подробно описан дерматологом Джорджесом (1856-1926) под названием «акарофобия». В течение продолжительного времени подобные состояния также описывались под названиями «энтомофобия» и «паразитофобия» (Wilson J., Miller H., 1946). В 1938 году шведский невролог Карл Экбом первым дифференцировал данное состояние от обычной фобии насекомых и ввел для его определения термин «дерматозойный бред» (Wilson J., Miller H., 1946; Freudenmann R., Lepping P., 2009). Другим популярным названием в научной литературе для этого заболевания стал эпоним «синдром Экбома» (Cossidente A., Sarti M., 1984).

Одна из классификаций фабулы дисморфофобических психических нарушений при кожных заболеваниях была предложена еще в середине прошлого века (Коркина М.В., 1984; Koblenzer C., 1994). Она включает в себя убежденность пациента в вызванном болезнью непоправимом уродстве («ипохондрия безобразия» при сенситивных реакциях) и идеи несоответствия между воображаемым образом «идеальной» внешности и имеющимся косметическим дефектом («ипохондрия красоты») (Коркина М.В., 1984). Особое значение в таких

случаях для человека могут иметь косметические дефекты лица (Koblenzer C., 1994). Это одна из причин, по которой наличие кожных высыпаний лицевой локализации связывают с повышенным риском развития психических расстройств. Сам термин «дисморфофобия» был введен итальянским психопатологом Морселли в 1886 году (Коркина М.В., 1984). В работах З. Фрейда также есть упоминание клинического случая данного расстройства. В своей книге «Человек-волк и другие случаи» (1909) Фрейд описывает русского аристократа, который испытывал затруднения в социальной жизни из-за постоянной обеспокоенности формой своего носа (Freud S., 1909) При этом, несмотря на упоминания в медицинской литературе еще в XIX веке, в официальные медицинские классификации (DSM) дисморфофобия была включена только в 1987 году (Коркина М.В., 1984: Poot F., Sampogna F., Onnis L., 2007; Rodríguez-Cerdeira C., 2011).

1.2. Биологические основы психодерматологии

Кожа занимает особое место не только в собственно дерматологии, но и в психиатрии как наиболее заметный и часто контактирующий с внешней средой орган человека. Способность выражать наиболее значимые эмоции (гнев, страх, стыд и другие) позволяет ей играть одну из важнейших ролей в социализации индивидуума в течение всей его жизни (Коркина М.В., 1984; Niemeier V., Kupfer J., Gieler U., 2006; Orion E., Wolf R., 2014).

Взаимосвязи между кожей и нервной системой устанавливаются еще в эмбриональный период, так как обе берут начало из одного зародышевого листка (зародышевой эктодермы) и подвергаются влиянию одних и тех же гормонов и нейротрансмиттеров (Arck P., Slominski A., Theoharides T. et al., 2006; Basavaraj K., Navya M., Rashmi R., 2010). Кожа и её придатки (сальные железы, волосяные фолликулы) отличаются высокой афферентной иннервацией и значительно представлены в сенсорной коре. Кожные покровы секретируют те же медиаторы (катехоламины, кортизол), что выделяются при системном ответе на стресс, образуя, таким образом, периферический эквивалент гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси (ГГНО) (Roosterman D., Goerge T., Schneider S.

et al., 2006). Проявления кожных заболеваний не ограничены только «внешними» реакциями (покраснение, зуд, потливость), но также включают в себя повышение системной секреции провоспалительных цитокинов и экстравазации иммунокомпетентных клеток (Arck P., Slominski A., Theoharides T. et al., 2006). При этом изучение биоптатов кожи – один из наиболее технически простых и удобных методов для оценки проявлений системных нейро-иммунно-эндокринных нарушений (Arck P., Slominski A., Theoharides T. et al., 2006).

В настоящее время значительное развитие в зарубежной литературе получила концепция NICES – нервно-иммуно-кожно-эндокринологической системы (Misery L., 1998; O'Sullivan R., Lipper G., Lerner E., 1998; Brazzini B. et al., 2003; Zegarska B., Lelińska A., Tyrakowski T., 2006; Lotti T., Bianchi B., Ghersetich I. et al., 2011; Peters E., Michenko A., Kupfer J. et al., 2014). Данная концепция рассматривает нервную, эндокринную системы, кожный покров и иммунитет как единый комплекс, внутренняя взаиморегуляция компонентов которого осуществляется различными видами медиаторов и гормонов. В случаях, как психических расстройств, так и воспалительных процессов в медиаторной регуляторной системе происходит выраженный дисбаланс, ведущий к нарушению функционирования всего комплекса (Brazzini B., Ghersetich L., Hercogova J. et al., 2003). Так, например, физическое воздействие на кожные покровы и/или наличие кожного заболевания способно привести к развитию локального воспалительного ответа. Клетки иммунной системы в таких случаях вызывают не только местную реакцию, но и могут пересекать гематоэнцефалический барьер и секретировать цитокины и воспалительные медиаторы, непосредственно влияя на ЦНС (Brazzini B., Ghersetich L., Hercogova J. et al., 2003; Lotti T., Bianchi B., Ghersetich I. et al., 2011). Ответами ЦНС в таких случаях могут быть изменения в выделении нейротрансмиттеров и двигательные реакции, направленные на кожные покровы (расчесы, экскориации) (O'Sullivan R., Lipper G., Lerner E., 1998).

Существуют предположения, что изменения в секреции цитокинов, нейротрансмиттеров и гормонов, вызванные воспалением в кожных покровах,

могут способствовать колебаниям настроения, влиять на устойчивость к стрессорам и даже регулировать восприятие пациентом кожных высыпаний (O'Sullivan R., Lipper G., Lerner E., 1998). Таким образом, повышенная секреция лимфокинов и вазоактивных пептидов в стрессовой ситуации способна привести к дебюту и усугублению дерматологической симптоматики (Capitanio B., Sinagra J., Bordignon V. et al., 2010; Dhabhar F., 2013; Hunter H., Momen S., Kleyn C., 2015). Согласно концепции аллостаза, основную роль в поддержании стабильности физиологических функций на фоне влияния «стрессоров» окружающей среды играют нервная, иммунная и эндокринная системы (McEwen B., Wingfield J., 2003). Основными медиаторами аллостаза являются гормоны ГГНО, катехоламины и цитокины (Korte S. Koolhaas J., Wingfield J. et al., 2005; Dhabhar F., 2009, 2013). В здоровом состоянии функции нервной, иммунной и эндокринной систем направлены на поддержание стабильной работы организма (Korte S., Koolhaas J., Wingfield J. et al., 2005; Paus R., Theohorides T., Arck P., 2006). Однако патологические изменения в любой из систем могут привести к нарушению их совместной работы и потери адекватной способности к адаптации. Последствием этого может стать формирование гормонального дисбаланса и неконтролируемого воспалительного ответа с системной секрецией нейротрансмиттеров (ацетилхолин, катехоламины), нейропептидов (субстанция Р, нейрокинин А, нейротензин) и нейротрофинов (фактор роста нервов (NGF), нейтрофины-3,4,5), что может способствовать формированию психических, эндокринных и иммунных нарушений (Korte S., Koolhaas J., Wingfield J. et al., 2005; Paus R., Theohorides T., Arck P., 2006). Таким образом, депрессия у пациентов с дерматозами лица в связи с высокой афферентной иннервацией лицевой области может модулировать разнообразные соматические реакция (Paus R., Theohorides T., Arck P., 2006; Gupta M., Gupta A., 2013).

Механизмы, которые обуславливают взаимосвязь стресса и кожных заболеваний, на сегодняшний день ясны не до конца. Первоначально в литературе рассматривались лишь наиболее очевидные данные о том, что снижение настроения и повышенная тревога ведут к плохому соблюдению гигиены и частой

механической травматизации кожи (O'Sullivan R., Lipper G., Lerner E., 1998). Сегодня же известно, что существующие патогенетические взаимосвязи значительно более сложны. Так клетки Лангерганса в эпидермисе способны воспринимать эфферентные сигналы нервной системы и выделять целый ряд нейропептидов, поддерживая двухстороннюю связь между нейрональным и иммунным компонентами NICES (Misery L., 1998) Нейропептиды кожных покровов играют связующую роль между нейроэндокринной системой, иммунитетом и локальными кожными реакциями. Посредством целого комплекса шагов (выделение NO, расширение сосудов, скопление воспалительных клеток) они способствуют преобразованию сигналов ЦНС в воспалительные кожные процессы. Подобные изменения кожи в свою очередь характерны для целого ряда дерматологических заболеваний (псориаз, акне, атопический дерматит) (O'Sullivan R., Lipper G., Lerner E., 1998).

Таким образом, изучение изменений в кожных покровах, зависящих от сигналов ЦНС, может дать возможность лучше понять патогенез многих дерматологических заболеваний. Интересно, что подобные взаимосвязи могут зачастую носить парадоксальный характер. Так, несмотря на то, что длительный стресс ведет к истощению иммунных реакций, некоторые авторы отмечают, что воспалительные кожные реакции при хронических стрессовых нагрузках имеют свойство усиливаться (Dhabhar F., 2013).

Также сегодня значительное внимание уделено рассмотрению роли ретиноидов не только в воздействии на клетки кожи, но и на нервную систему. По имеющимся литературным данным, ретиноиды играют в патогенезе депрессии роль не меньшую, чем такие нейротрансмиттеры как серотонин, норадреналин и допамин (Bremner J., Shearer K., McCaffery P., 2012). К областям мозга, в регуляции которых участвует ретиноевая кислота, относят стриатум, гиппокамп и фронтальную кору. Ретиноиды также воздействуют на функционирование ГГНО, способствуя формированию реакций на стрессоры (Bremner J., Shearer K., McCaffery P., 2012).

1.3. Психические расстройства в дерматологической практике

Психические расстройства, отличающиеся многообразием клинических проявлений, наблюдаются, по данным различных авторов у пациентов дерматологических клиник с вариабельной частотой. На сегодняшний день дерматология – область медицины, в которой психические расстройства, согласно различным наблюдениям, выявляются у до 60% больных (Смулевич А.Б., Иванов О.Л., Львов А.Н. и др., 2004; Basavaraj K., Navya M., Rashmi R., 2010; Rivers J., 2013). В среднем эпидемиологические значения сочетания дерматологической и психической патологии составляют около 30–60% (Смулевич А.Б., Иванов О.Л., Львов А.Н. и др., 2004; Basavaraj K., Navya M., Rashmi R., 2010; Rivers J., 2013). В структуре психической патологии пациентов, страдающих кожными заболеваниями, депрессии составляют 60–80%; расстройства личности - 40–60%, тревожные расстройства – до 30% (Смулевич А.Б., Иванов О.Л., Львов А.Н. и др., 2004; Терентьева М.А., Белоусова Т.А., 2004; Дороженок И.Ю., 2009). Коморбидность депрессивных расстройств и кожных заболеваний составляет около 30% (Feingold A., Mazzella R., 1998). Обследование выборки из 166 амбулаторных дерматологических пациентов продемонстрировало наличие критериев, соответствующих диагнозу обсессивно-компульсивного расстройства у 24,7% больных и диагнозу депрессивного расстройства – у 8,4% (Demet M., Deveci A., Taskin E. et al., 2005). В другом исследовании с участием 277 амбулаторных дерматологических пациентов было отмечено наличие выраженных психических нарушений в 7,6% случаев согласно самооценке больных (Picardi A., Amerio P., Baliva G. et al., 2004). Еще одно исследование при участии 256 амбулаторных пациентов продемонстрировало наличие психической патологии в 33,4% случаев (Aktan S., Ozmen E., Sanli B., 1998). Согласно данным цифрам, наличие сопутствующих психических расстройств у дерматологических пациентов значительно выше, чем в популяции, а также во многих других областях соматической медицины (Цивилько М.А., Коркина М.В., 2002; Смулевич А.Б.,

2011; Aktan S., Ozmen E., Sanli B., 1998). При этом сами пациенты зачастую склонны недооценивать имеющиеся у них проявления психических нарушений.

Отчёт по стандартам работы психодерматологических служб Великобритании от 2012 года показал, что около 17% дерматологических пациентов нуждаются в психологической поддержке в связи с дискомфортом, вызванным кожным заболеванием (Bewley A., Affleck A., Bundy C., 2013). Также согласно вышеуказанному отчёту, 14% пациентов отмечали психологический фактор в усугублении кожной симптоматики; 8% сообщали об ухудшении изначальных психических нарушений в связи с кожным заболеванием; у 3% были установлены первичные психические расстройства (Bewley A., Affleck A., Bundy C., 2013). Отдельно стоит отметить, что 85% пациентов назвали психосоциальные аспекты кожного заболевания в качестве основных беспокоящих их симптомов (Bewley A., Affleck A., Bundy C., 2013).

Существует широкий спектр классификаций психических расстройств в дерматологии, однако на сегодняшний день наиболее используемой во врачебной практике является классификация, в которой выделяют четыре основные группы заболеваний (Leon A., Levin E., Koo J., et al., 2013; Malakouti M., Sorenson E. et al., 2015).

1) Психофизиологические (психосоматические) расстройства – ряд кожных заболеваний, течение которых может изменяться под влиянием стрессовых/эмоциональных факторов (акне, псориаз и проч.);

2) Первичные психические расстройства с дерматологической симптоматикой – заболевания, при которых отсутствуют первичные кожные элементы. Дерматологическая симптоматика в данных случаях обусловлена действиями в виду нарушений психического состояния (дерматозойный бред, невротические экскориации и проч.);

3) Кожные заболевания с вторичной психической симптоматикой – психическая патология, которая вызвана наличием кожного патологического процесса (витилиго, псориаз, очаговая алопеция и проч.);

4) Кожные сенсорные расстройства – кожные ощущения, возникающие в отсутствие первичного элемента или несоответствующие по своей структуре имеющемуся дерматологическому диагнозу (глоссодиния, вульводиния и проч.).

Необходимо отметить, что представленные в данной классификации категории не являются взаимоисключающими. Ряд авторов также отдельно выделяет психические расстройства, связанные с использованием дерматологической терапии и психотропных препаратов у дерматологических больных (Goulden V., Layton A., Cunliffe W., 1994; Jafferany M., 2007).

В отечественной практике наиболее широкое распространение в психодерматологии получила классификация А.Б. Смулевича, согласно которой психические расстройства у дерматологических больных варьируют от невротического до психотического регистра и могут быть объединены в 4 основные группы (Смулевич А.Б., 2008, 2011):

1) Соматоперцептивные расстройства личности;

2) Соматоформные расстройства, формирующиеся при невротических или конституциональных патологиях (неврозы, невропатии);

3) Соматическая патология, манифестирующая под влиянием психогенных факторов;

4) Психопатологические расстройства, определяющие клиническую картину реакций/развитий и соматогенных психозов, формирующихся в связи с воздействием соматического заболевания и соматотропной терапии.

Как показали данные обзоров психопатологической симптоматики в дерматологической практике, структура психических расстройств при дерматозах подвержена патоморфозу с течением времени (Lepping P., Huber M., Freudenmann R., 2015). Так согласно наблюдениям, преобладание в структуре дерматозойного бреда идей о заражении различными кожными паразитами в последние несколько лет изменилось на идеи инфестации неодушевленными объектами (Lepping P., Huber M., Freudenmann R., 2015).

Растущее значение психодерматологии привело к включению в новый 5 пересмотр классификации DSM таких диагностических рубрик как

«экскориационное расстройство» и «трихотилломания» (Gupta M., Gupta A., 2014).

Отдельно необходимо упомянуть о роли стигматизации в формировании психических нарушений у дерматологических пациентов. Способность дерматозов вызывать выраженные изменения внешнего облика пациентов, цвета и текстуры их кожи зачастую ведет к формированию негативной реакции окружающих (Смулевич А.Б., Иванов О.Л., Львов А.Н. и др., 2004; Дороженок И.Ю., 2009; Gupta M., Gupta A., 2014). При этом наибольшее количество научных работ сегодня посвящено стигматизации у пациентов с витилиго и псориазом (Gupta M., Gupta A., 1996). В то же время подобные исследования для дерматозов лица на сегодня практически отсутствуют.

Необходимо учитывать, что психические расстройства у пациентов с хроническими дерматозами часто проявляются в стертых, трудно выявляемых, формах (Смулевич А.Б., 2011). Депрессии в таких случаях могут модулировать соматические реакция, приводя к усилению зуда, выраженным нарушениям сна и снижению сексуальной активности (Смулевич А.Б., 2011). Клинические проявления в случаях истерической депрессии при дерматозах отличаются склонностью к драматизации ситуации, многообразием жалоб, сопровождающихся необычными для дерматологической патологии телесными сенсациями (истероалгии, телесные фантазии) и конверсионным расстройствам (Смулевич А.Б., 2007, 2009, 2011). Ситуация нередко может осложняться попытками больного манипулировать родственниками и медперсоналом, суицидальным шантажом (Смулевич А.Б., 2009, 2011).

1.4. Психические расстройства при дерматозах лица

Несмотря на приведенные выше сведения, исследований в ряде областей психодерматологии на сегодня недостаточно. Так крайне мало внимания уделено такому аспекту, как особенности психических расстройств при различной локализации кожных высыпаний. Вместе с тем, эта проблема представляет большой интерес, в особенности у пациентов с дерматозами лица. Так в исследовании лицевых поражений при псориазе было установлено, что

вовлечение в процесс кожи лица является маркером тяжелого течения заболевания (Young P., Hyun R., Beom C. et al., 2004). Также отмечалось, что псориаз в подобных случаях отличался более ранним началом, более высокой частотой рецидивов и резистентностью к терапии. Все вышеуказанные факторы способны в значительной степени изменять состояние пациентов и усугублять течение имеющихся психических нарушений.

Еще с древних времен пациенты с поражением видимых участков кожи подвергались большей стигматизации и в ряде случаев даже насильно изолировались от общества. Так пламенеющий невус области лица в средние века считался признаком одержимости дьяволом (Lanigan S., Cotterill J., 1989). С течением времени предрассудки касательно лицевых дерматозов во многом изменились по содержанию, но сохранились и до наших дней.

Уже на основании этих утверждений можно сделать определенные выводы о возможном поведении и психологическом состоянии больных, страдающих лицевыми дерматозами. Длительное течение дерматоза у подобных пациентов можно способствовать формированию состояния хронической психотравмы (Дороженок И.Ю., 2009; Смулевич А.Б., 2011, 2012). Для таких людей свойственны подавленность и напряженность, они могут избегать общества, в особенности незнакомых людей, стараются каким-либо образом маскировать дефекты кожи (Дороженок И.Ю., 2009). Несмотря на это, во многих случаях переживания больных психологически понятны, адекватны ситуации и не могут трактоваться как психическое расстройство. Подобное сходство физиологических способов реагирования и поведения с реальным психическим заболеванием, особенно на ранних стадиях его развития, вызывает большие диагностические затруднения при установлении истинной патологии (Jafferany M., 2007; Basavaraj K., Navya M., Rashmi R., 2010; Dalgard F., Gieler U., Tomas-Aragones L. et al., 2015).

Как показал ряд исследований дерматологических больных, наибольший процент психических нарушений отмечался именно среди женщин с преимущественными лицевыми поражениями (Picardi A., Abeni D., Renzi C. et al.,

2001). В формировании и течении психических расстройств при дерматозах имеют значение острота возникновения, распространенность высыпаний, тенденция к диссеминации, выраженность гиперемии и многие другие факторы. При этом, как указывается в работах А.Б. Смулевича и соавт., соответственно явлению психосоматического параллелизма – чем тяжелее течение дерматоза, тем соответственно будет тяжелее психическое расстройство (Смулевич А.Б., 2011). В противоположность данному утверждению, в ряде исследований было отмечено, что при акне степень выраженности нозогенных реакций зачастую не коррелирует с тяжестью кожного поражения (Дороженок И.Ю., 2009; Смулевич А.Б., 2011).

На сегодняшний день не существует полноценных исследований, посвященных психическим расстройствам при хронических дерматозах лица. Существующие работы, как правило, рассматривают лишь отдельные аспекты проблемы. Также имеется небольшое количество данных о психических нарушениях при специфических лицевых дерматозах (акне, розацеа, себорейный дерматит) без подробной оценки клинической картины выявленной психопатологии.

Одно из анкетирований дерматологов показало, что сами врачи наблюдают максимальную частоту психических нарушений именно у пациентов с акне (Jafferany M., Vander Stoep A., Dumitrescu A., 2010). По полученным данным, более 10 таких пациентов в месяц наблюдали 37% опрошенных. Несмотря на отсутствие на сегодня полноценных, контролируемых исследований по коморбидности акне с психическими заболеваниями, имеются данные о частом сочетании данного дерматоза с тревогой, раздражительностью, депрессией, расстройствами адаптации, дисморфофобией и самоповреждениями (Fried R., Weschsler A., 2006; Magin P., Adams J., Heading G., 2006; Pruthi G., Babu N., 2012). Обследование небольшой выборки из 34 пациентов с тяжелыми акне показало наличие тревожной симптоматики у 44% пациентов и депрессивной у 18% (Kellett S., Gawkrodger D., 1999). В выборке из 72 подростков с акне различной степени тяжести суицидальные идеи были выявлены у 5,6% (Gupta M., Gupta A., 1998). Опрос среди 9567 подростков с «проблемными» акне показал наличие

симптомов тревоги (9%), депрессии (24%), суицидальных мыслей (34%) и попыток (13%) (Purvis D., Robinson E., Merry S. et al., 2006). При этом суицидальные тенденции не всегда зависели от наличия депрессивной и тревожной симптоматики.

Влияние акне на качество жизни по данным анкетирования пациентов сопоставимо с таковым при диабете, эпилепсии, астме и артрите (Mallon E., Newton J., Klassen A. et al., 1999). Около 74% пациентов с акне, согласно имеющимся данным, отмечают связь выраженности высыпаний с тревогой и стрессом (Orion E., Wolf R., 2014). В то же время, несмотря на распространенное мнение о взаимосвязи акне и психологических нагрузок, реальные клинические исследования, способные это подтвердить, отсутствуют (Picardi A., Porcelli P., Pasquini P. et al., 2006). В одном из исследований по психосоматическим аспектам акне было выделено преобладание разных типов психосоматических взаимосвязей у пациентов различного возраста: «сомато-психических» (психологический дистресс из-за кожного заболевания) при юношеских акне и «психо-соматических» (реакция кожи при психических нарушениях) при акне взрослых (Niemeier V., Kupfer J., Gieler U., 2006). Оценка психологических реакций на акне с позиции психоанализа показала, что высыпания могут восприниматься подростками как доказательства скрытых страхов своих неполноценности, ущербности, уродства и наказания за нарастание сексуального чувства (Koblenzer C., 2005). Подсознательное сопротивление включению кожного заболевания в свой идеальный внешний образ при этом может стать этиологическим фактором развития дисморфофобии.

В ряде исследований было также показано, что акне зачастую может быть фактором риска для формирования анорексии, так как такие больные имеют нарушение представлений не только о своем кожном статусе, но и состоянии тела в целом (Basavaraj K., Navya M., Rashmi R., 2010). Риски развития депрессия, тревожных расстройств и суицидального поведения у пациентов с акне выше, чем в популяции независимо от степени тяжести кожного поражения (Kokandi A., 2010). Психологическое обследование пациентов с акне показало, что возраст

пациентов и длительность заболевания также далеко не всегда коррелируют с нарушениями качества жизни (Kokandi A., 2010).

У значительного числа пациенток с поздним началом акне были обнаружены тенденции к постоянному расчесыванию высыпаний. Экскориированные акне могут быть признаком скрытых психических нарушений: тревоги, депрессии, обсессивно-компульсивного и личностных расстройств (Misery L., 2011). Основным психическим нарушением в таких случаях становится утрата импульсивного контроля, при этом пациенты зачастую сохраняют частичную критику к своему состоянию.

Розацеа – распространенный хронический лицевой дерматоз, характеризующийся наличием эритемы, телеангиэктазий, папуло-пустулярных высыпаний и чувством жжения (Steinhoff M., Schauber J., Leyden J., 2013). Пациенты с розацеа страдают от ряда эмоциональных и социальных стигм. Наличие гиперемии и ринофимы у этих больных может вызывать у окружающих впечатление зависимости от алкоголя (Steinhoff M., Schauber J., Leyden J., 2013). По мере прогрессирования заболевания часто отмечается снижение самооценки, появление стыда, тревоги и раздражительности в связи с эритемой кожи лица (Su D., Drummond P., 2012). Тревожная симптоматика в таких случаях может протекать по типу панических атак с формированием социальных фобий и изоляции в дальнейшем. Имеются данные о высокой частоте социальной изоляции пациентов с розацеа (Orion E., Wolf R., 2014). Психологические обследования больных розацеа продемонстрировали слабое эго, склонность к аутоагрессии и самообвинению, низкий порог раздражительности и повышенную ответственность (Kini S., Nicholson K., DeLong L. et al., 2010). Высоких показателей у этих пациентов достигали как тревожность в структуре личностных черт, так и ситуационная тревожность (Kini S., Nicholson K., DeLong L. et al., 2010). Имеются данные о существенной роли психологических факторов в возникновении и рецидивировании розацеа. Так было отмечено, что эмоции способные вызывать гиперемию кожи лица (стыд, злость, смех) могут усугублять течение заболевания (Steinhoff M., Schauber J., Leyden J., 2013). Изучение влияния

стресса на повседневное функционирование показало, что пациенты с розацеа были более подвержены стрессорному влиянию, чем контрольная группа без кожного заболевания (Sowinska-Glugiewicz I., Ratajczak-Stefanska V., Maleszka R., 2005). Современные патофизиологические концепции предполагают, что стресс стимулирует выработку активных кислородных радикалов и усиливает продукцию нейропептидов. Стимулируемый стрессом воспалительный ответ приводит в свою очередь к активации различных подгрупп лейкоцитов, формирующих гистопатологическую картину розацеа (Steinhoff M., Schauber J., Leyden J., 2013). Ретроспективный обзор амбулаторных карт пациентов с розацеа за 1995-2002 годы показал наличие психических нарушений в 1,04% случаев (Gupta A., Chaudhry M., 2005). При этом в структуре расстройств депрессия составила около 70%. По мнению самих пациентов с розацеа, наиболее выраженное влияние на их качество жизни оказывало «изменение внешности» и «покраснение кожи» (Kini S., Nicholson K., DeLong L. et al., 2010).

Себорейный дерматит у подростков и взрослых манифестирует в виде перхоти, а также как эритема и сальное шелушение назолабиальных складок. Он также часто поражает собственно лицо (ушные раковины, область бороды/усов, бровей и глаз) (Schwartz R., Janusz C., Janniger C., 2006). Имеется крайне мало информации о психических нарушениях у пациентов с себорейным дерматитом, несмотря на его высокую распространенность и выраженное влияние на внешность больных. Отмечалось, что в виду внешних проявлений дерматоза эти пациенты могут обнаруживать трудности в общении, избегающее поведение и социальную изоляцию (Cömert A., Akbaş B., Kılıç E. et al., 2013). Дерматологическое обследование психиатрических пациентов показало высокую частоту себорейного дерматита у больных с депрессией (Maietta G., Fornaro P., Rongioletti F., 1990). Была также отмечена и обратная взаимосвязь – предрасположение к депрессивной симптоматике у пациентов с себорейным дерматитом (Settineri S., Guarneri F., Saitta A. et al., 2013). Это же исследование показало снижение показателей по Дерматологическому Индексу Качества Жизни (ДИКЖ) и повышение уровня стресса у пациентов с себорейным

дерматитом лица в виду их стигматизации. Другое исследование продемонстрировало, что влияние себорейного дерматита на качество жизни было особенно велико у женщин в возрасте 16-25 и 41-60 лет (Peyri J., Lleonart M., 2007). При этом по ряду наблюдений, себорейный дерматит чаще поражает мужчин, чем женщин и часто инициируется стрессом, астенизацией и депрессией (Picardi A., Abeni D., Renzi C. et al., 2001). Из 2159 пациентов с себорейным дерматитом большинство сообщало о вспышках заболевания после выраженных тревожных эпизодов (Peyri J., Lleonart M., 2007). Проспективное исследование 82 пациентов также показало, что усугублению заболевания предшествует стрессовый фактор и что его наличие ухудшает прогноз дерматоза (Misery L., Touboul S., Vincot C. et al., 2007).

По данным изучения выборки из 33 больных хроническими дерматозами, включая дерматозы лицевой локализации (розацеа, себорейный дерматит), среди нозогений преобладали депрессивные реакции, а также реакции с выявлением социофобий и сенситивных идей отношения (Смулевич А.Б., Львов А.Н., 2008). В другом исследовании при психологическом обследовании 21 пациента с акне лицевой локализации у всех были отмечены заниженные показатели самооценки, стремление к самоизоляции и высокий уровень тревоги, несмотря на незначительную выраженность высыпаний. При этом все больные в группе являлись единственными детьми в семье и отличались высокой самооценкой до проявления первых признаков кожного заболевания (Capoore H., Rowland Payne C., Goldin D., 1998).

У больных с первичной психической патологией лицо также нередко становится объектом для выражения основной симптоматики заболевания. Обсессивно-компульсивные нарушения в дерматологической практике часто связаны с областью лица и видимых участков кожи. При этом было отмечено, что в структуре обсессивно-компульсивной симптоматики в дерматологической практике преобладают навязчивые идеи внешнего уродства, потери волос, появления шрамов от акне (Koblenzer C., 1994). Компульсии, согласно наблюдениям, чаще всего представлены экскориациями, трихотилломанией,

облизыванием губ, онихотилломанией и локальными дерматитами от мытья рук (Koblenzer C., 1994). Обследование 28 пациентов с артифициальным дерматитом также показало, что наиболее часто повреждения наносились в области лица (Mufaddel A., Osman O., Almugaddam F. et al., 2013). Для дисморфофобии часто характерно повышенное внимания к лицу, в частности к таким деталям как повышенная гиперемия кожи, наличие шрамов, повышенная густота или отсутствие волосяного покрова. Подобные расстройства в большей степени характерны для женщин и часто сочетаются с компульсивной симптоматикой (Mufaddel A., Osman O., Almugaddam F. et al., 2013). В отечественной литературе при изучении особенностей дисморфофобии у пациентов с дерматозами лица авторами было выделено 2 её полярных типа по отношению к выраженности клинически значимой тревоги в социальных ситуациях: с экстернально-ориентированными психопатологическими расстройствами и интернальным перфекционизмом (Дороженок И.Ю., Матюшенко Е.Н., Олисова О.Ю., 2014).

Депрессия при кожных заболеваниях также часто сопряжена с идеями физического недостатка (Дороженок И.Ю., 2009; Смулевич А.Б., 2011). На первый план выходят тревожные опасения по поводу исхода заболевания, страх пожизненного уродства, часто сопровождаемый чувством безнадежности (тревожная депрессия). Наблюдаются также стойкая фиксация внимания на телесных ощущениях (зуд, жжение, стягивание кожи). Пациентами отмечаются даже малейшие изменения в структуре кожных высыпаний, тщательно анализируются результаты диагностики и терапевтических мероприятий, как правило, завершающиеся их пессимистической оценкой (ипохондрическая депрессия) (Смулевич А.Б., 2011).

Реакции с наличием социофобий и сенситивных идей отношения у больных с хроническими дерматозами часто сопровождаются болезненным восприятием косметического дефекта, идеями неполноценности (Смулевич А.Б., Иванов О.Л., Львов А.Н. и др., 2004; Романов Д.В., Андрющенко А.В., Смулевич А.Б., 2011; Смулевич А.Б., Дороженок И.Ю., Романов Д.В. и др., 2012). В первую очередь отмечается повышенная стеснительность, связанная с утратой внешней

привлекательности, и избегающее поведение. Круг общения в таких случаях, как правило, ограничивается ближайшими родственниками, уже привыкшими, по мнению больных, к изменениям их внешнего облика. Необходимость появиться на людях у таких пациентов вызывает выраженный дискомфорт с нарастанием тревоги, неуверенности в себе, попытками разными путями скрыть изъяны кожных покровов (темные очки, наложение тонального крема, пудры) (Смулевич А.Б., Иванов О.Л., Львов А.Н. и др., 2004; Смулевич А.Б., Дороженок И.Ю., Романов Д.В. и др., 2012). В более тяжелых случаях в клинической картине наряду с социофобией, появляются и сенситивные идеи отношения (Смулевич А.Б., Иванов О.Л., Львов А.Н. и др., 2004; Orion E., Wolf R., 2014). Распространенные эритематозные высыпания, экскориации, корки и другие высыпные элементы расцениваются в таких ситуациях не только как собственный дефект, но и как проявления, неприятные для окружающих (Orion E., Wolf R., 2014). Появляясь на публике, пациенты замечают «презрительное» отношение к себе. В обществе незнакомых людей (например, в общественном транспорте) такие больные ловят на себе «брезгливые» взгляды; на работе обращают внимание на поведение сотрудников, отмечая, что те «начали обходить их стороной, не подают руки, отворачиваются, стараются не замечать» (Смулевич А.Б., Иванов О.Л., Львов А.Н. и др., 2004). Большинство таких больных согласно исследованиям – женщины молодого и среднего возраста с выраженными воспалительными изменениями на коже лица в виде покраснения, отека, шелушения и корок (Смулевич А.Б., Иванов О.Л., Львов А.Н. и др., 2004). Выявленные в данных случаях средние показатели шкалы ДИКЖ оказались достаточно высокими (16 баллов). При этом наибольшие баллы были набраны в разделах, отвечающих за межличностные отношения (Смулевич А.Б., Иванов О.Л., Львов А.Н. и др., 2004).

Почвой для развития патологического состояния, наряду с хроническим психотравмирующим фактором, которым является кожное заболевание, становится также конституциональное предрасположение. Среди конституциональных нарушений, которые предрасполагают к манифестации

психических расстройств, по литературным данным, преобладают преимущественно патохарактерологические девиации истерического, шизоидного и психастенического характера (Смулевич А.Б., 2007, 2011). Первостепенную роль при этом, как показали исследования, играет выступающая в рамках расстройств личности акцентуация на проблемах красоты и совершенства собственного внешнего облика. При дерматозах, поражающих открытые участки кожи, такого рода акцентуация многократно увеличивается. Значительный вклад в формирование нозогений вносят такие врожденные, либо приобретенные патохарактерологические свойства как обостренная чувствительность, а также ранимость в межличностных отношениях (Смулевич А.Б., 2011). Большое значение приобретает и врожденная склонностью к кожным реакциям (зуд, покраснение), обнаруживающимся даже при незначительных стрессорных ситуациях (Дороженок И.Ю., 2009; Orion E., Wolf R., 2014).

Молодые женщины с истерическим расстройством личности, согласно исследованиям, наиболее уязвимы в плане нозогенных реакций (Дороженок И.Ю., 2009). Угроза потери внешней привлекательности сопровождается в этих случаях формированием затяжных гипотимических состояний, нередко осложняющихся суицидальными попытками. Болезненно переносят наличие косметического дефекта лица и пациенты с акцентуацией по нарциссическому типу. Даже субсиндромальные проявления дерматоза лица являются в этих случаях поводом для обращения к дерматологу (Дороженок И.Ю., 2009). По наблюдениям исследователей Научного центра психического здоровья Российской Академии медицинских наук (НЦПЗ РАМН) аффективная патология у таких больных чаще всего ограничена депрессиями легкого уровня (Смулевич А.Б., 2011). Артифициальные поражения лица наиболее свойственны пациентам с пограничным (эмоционально-неустойчивым) расстройством личности (Koo J., Lebwohl A., 2001).

Хроническое течение дерматозов также способно оказывать выраженное влияние на личностные черты, приводя к формированию различных типов патологического развития личности (Смулевич А.Б., 2011). При паранойяльно-

ипохондрическом развитии ведущую роль играют акцентуации нарциссического типа (завышенная самооценка, сверхценное отношение к собственной внешности, особенно состоянию кожи) (Смулевич А.Б., 2011). По мере углубления патологических черт при паранойяльно-ипохондрическом развитии нарастает озабоченность состоянием здоровья, которая в итоге приобретает характер сверхценных образований. На первый план выходят требования все новых обследований, эффективных методов лечения. Больные, не удовлетворяясь результатами медицинских мероприятий, меняют врачей, часто прибегают к самолечению, порой еще более усугубляющему течение кожного заболевания: обрабатывают кожу раздражающими жидкостями (спирт, концентрированный раствор калия перманганата). Вместе с этим возможно постепенное изменение и всего образа жизни в целом, пациенты выбирают виды деятельности, которые, по их мнению, не осложнят их дерматологическую патологию, устанавливают в семье своеобразные правила, направленные на поддержание особого режима (Смулевич А.Б., 2011). При сенситивном развитии преобладает пессимистическое восприятие кожного заболевания, значительно преувеличенная оценка связанного с ним косметического дефекта, идеи отношения, сочетающиеся со стремлением скрыть любой ценой проявления дерматологической патологии (Смулевич А.Б., 2011). Пациенты становятся постоянными клиентами косметологических кабинетов, чтобы скрыть дефект кожи прибегают к специальному подбору одежды: высоким воротникам, вуалям, затеняют лицо полями шляпы. Постепенно на первый план выступают явления избегающего поведения. В далеко зашедших случаях пациенты полностью меняют образ жизни: стыдясь появляться на людях, увольняются с работы, сужают круг общения, иногда даже отказываясь от контактов с близкими родственниками, не выходят из дома (Смулевич А.Б., 2011).

Большое значение изучение болезненного психического состояния у пациентов с дерматозами лица имеет также для суицидологии, так как стойкие, не поддающиеся критике патологические идеи у подобных больных нередко, особенно на ранних, а поэтому часто не распознанных этапах заболевания, могут сопровождаться выраженными суицидальными тенденциями и попытками

(Cotterill J., Cunliffe W., 1997). Имеются данные, что в дерматологической практике суицидальное поведение в большей степени свойственно именно для больных, уделяющих внимание лицевым поражениям (Cotterill J., Cunliffe W., 1997).

1.5. Особенности комплексной медицинской помощи в психодерматологии

В большинстве случаев для повышения эффективности лечения дерматозов требуется четкий контроль ассоциированных с заболеванием психосоциальных факторов. Целью терапии лицевых дерматозов помимо устранения собственно высыпаний и сопровождающих их симптомов (зуда, жжения и проч.) должно являться адекватное лечение коморбидной психической симптоматики: снижение депрессии, тревоги, социальной изоляции и устранение расстройств сна.

В одном из обзоров терапевтических методик в психодерматологии авторы считают целесообразным выделение четырех психопатологических доменов в качестве основных «мишеней» терапии: тревоги, депрессии, обсессивно-компульсивного расстройства и бредовых идей (Shukla R., Sasseville D., 2008). Согласно предложенному данными авторами алгоритму, первичное заключение о психическом состоянии больного должно выполняться врачом-дерматологом с последующим направлением пациента на консультацию психиатра. Однако в случае отказа пациента от психиатрической консультации дерматолог должен самостоятельно принять решение об необходимой психофармакотерапии, ориентируясь на ключевые представленные симптомы (Shukla R., Sasseville D., 2008). Подбор препарата в подобных случаях осуществляется на основе четырех указанных выше базовых доменов. Так при наличии депрессивной симптоматики препаратами первого выбора являются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). В то же время некоторые авторы отмечают, что небольшие дозировки трициклических антидепрессантов (ТЦА) (в частности, доксепина) могут быть использованы при терапии депрессии у пациентов с выраженным кожным зудом (Lee C.S., Accordino R., Howard J. et al., 2008). Ключевую роль в данном случае играет выраженный Н1-антигистаминовый

эффект препарата, уменьшающий зуд и ажитацию, а также антихолинэргический и центральный анальгезивный эффекты (Lee C.S., Accordino R., Howard J. et al., 2008). Терапия тревожных расстройств, согласно данному алгоритму, зависит от их продолжительности. Так краткие курсы бензодиазепинов рекомендованы только в случаях острой тревоги, терапия же хронических тревожных расстройств у дерматологических пациентов в большинстве случаев требует назначения антидепрессантов (Shukla R., Sasseville D., 2008). Выраженная обсессивно-компульсивная симптоматика в структуре дерматологического заболевания, согласно наблюдениям, редко разрешается самостоятельно и также требует терапевтического вмешательства с использованием антидепрессантов группы СИОЗС (Shukla R., Sasseville D., 2008). Последние исследования по фармакотерапии бредовой симптоматики в дерматологии (чаще всего паразитарного бреда) показали достаточно высокую частоту терапевтического ответа и ремиссий (Freudenmann R.W., Lepping P., Huber M. et al., 2012). При этом антипсихотики первого поколения продемонстрировали большую эффективность в достижении полной ремиссии, чем атипичные препараты. Пимозид, в течение продолжительного времени считавшийся препаратом первого выбора, по последним данным уступает другим антипсихотическим препаратам в эффективности (Freudenmann R.W., Lepping P., Huber M. et al., 2012).

Необходимо отметить, что представленный выше алгоритм на своих инициальных этапах требует от врача-дерматолога четкого понимания основных психопатологических симптомов и наиболее частых вариантов психодерматологической патологии. Однако, как показал ряд работ, это возможно далеко не всегда. Так анкетирование 102 дерматологов штата Вашингтон, США, оценивало понимание основных положений психодерматологии, умение работать с пациентами с коморбидной кожной и психической патологией, доступность консультаций специалистов и заинтересованность в дополнительном обучении по данному предмету (Jafferany M., Vander-Stoep A., Dumitrescu A. et al., 2010). 93% врачей указанной выборки встречались с психиатрической патологией в своей практике; 83% чувствовали себя достаточно уверенно в работе с пациентами с

психиатрическими проблемами. Несмотря на это, всего лишь 18% дерматологов сообщили, что имеют четкое понимание основ психодерматологии (Jafferany M., Vander-Stoep A., Dumitrescu A. et al., 2010). 68% опрошенных подтвердили, что направляют пациентов с признаками психических расстройств на консультацию психиатра. В структуре психических расстройств, требовавших по мнению дерматологов консультации психиатра, преобладали дерматозойный бред (41,1%) и невротические экскориации (23,5%). Депрессиям, обсессивно-компульсивной симптоматике и тревоге уделялось значительно меньше внимания (10,7%, 10,7% и 8,8%, соответственно). Данное исследование также выявило выраженные положительные корреляции между продолжительностью обучения врачей психодерматологии и их компетентностью в работе с данными пациентами. По итогам анкетирования только 39% опрошенных изъявили желание пройти дополнительное обучение по психодерматологии (Jafferany M., Vander-Stoep A., Dumitrescu A. et al., 2010).

Схожее анкетирование было проведено среди 127 британских дерматологов (Lowry C.L., Shah R., Fleming C. et al., 2014). По наблюдениям последних, психологические нарушения в связи с кожным заболеванием отмечались у 16% пациентов, а у 14% имелись психологические факторы в экзацербации кожной патологии (Lowry C.L., Shah R., Fleming C. et al., 2014). В то же время наличие реальных коморбидных психических расстройств, по мнению дерматологов, было отмечено только у 7% больных. Обращает на себя внимание то, что 41% опрошенных указали на отсутствие в их отделениях организации психологической поддержки пациентов, а 39% сообщили, что её оказывает преимущественно средний медперсонал (Lowry C.L., Shah R., Fleming C. et al., 2014). Возможность консультаций психолога и психиатра указали лишь соответственно 18% и 12% анкетированных врачей. Обучающий курс по основам психодерматологии был пройден у меньшинства (17%) опрошенных (Lowry C.L., Shah R., Fleming C. et al., 2014). Данные опроса по терапии пациентов с психическими нарушениями показали, что лишь только 6% дерматологов имели возможность вести этих больных в условиях психодерматологического отделения.

Большинство же (59%) направляло пациентов на консультацию психиатра в другую клинику/отделение (Lowry C.L., Shah R., Fleming C. et al., 2014).

Ретроспективный анализ психодерматологических клинических разборов одной из дерматологических клиник Сингапура за 2009-2011 годы показал, что только 21,1% и 26,3% пациентов были назначены психофармакотерапия и психотерапия, соответственно (Chung W.L., Ng S.S., Koh M.J. et al., 2012). При этом адекватный комплайенс курсу терапии из них продемонстрировали лишь 57,9% больных (Chung W.L., Ng S.S., Koh M.J. et al., 2012). Стоит отметить, что основным диагнозом для представления на междисциплинарный разбор в вышеуказанных случаях был дерматозойный бред. Вторичной психической патологии (тревога, депрессия) было уделено внимание лишь в 20% случаев (Chung W.L., Ng S.S., Koh M.J. et al., 2012).

Несмотря на актуальность комплексного подхода к пациентам с коморбидной кожной и психической патологиями, согласно отчёту по стандартам психодерматологических служб Великобритании от 2012 года, количество региональных служб по оказанию психодерматологической помощи не только не достигает необходимого количества, но и значительно уменьшилось в сравнении с 2003 годом (Bewley A., Affleck A., Bundy C. et al., 2013). По рекомендациям отчёта каждое дерматологическое отделение должно включить в свой состав специалиста, прошедшего дополнительное обучение по психодерматологии, а также обеспечивать пациентов необходимыми психотерапевтическими мероприятиями (Bewley A., Affleck A., Bundy C. et al., 2013). Степень выраженности психических нарушений может быть определена при помощи ряда психометрических шкал и дальнейшая тактика ведения пациента основывается на выраженности полученных показателей.

Нефармакологические методы терапии психических нарушений у пациентов дерматологической практики могут включать самый широкий спектр методик. Психотерапевтические методы в таких случаях могут включать как первичное психосоматические обучение пациента дерматологом, так и более комплексные варианты: гипноз, когнитивно-поведенческую терапию, методы

релаксации (Fried R.G., Hussain S.H., 2008). При этом в ряде исследований после назначения консультации врача-психиатра и включения в программу лечения психотерапевтических методик было отмечено достижение положительной динамики в состоянии кожного статуса у пациентов, проявивших ранее резистентность к назначенным дерматологическим препаратам (Fried R.G., Hussain S.H., 2008). В литературе указывается, что для оптимизации нефармакологических методов терапии у пациентов дерматологической практики следует формулировать наиболее простые и конкретные цели лечения на его начальных этапах: уменьшение тревоги, улучшение сна, снижение социальной изоляции (Fried R.G., Hussain S.H., 2008). Полное излечение никогда, по заключению авторов, не должно становиться целью в виду высоких рисков рецидива и последующего разочарования во враче. В другой статье отмечается, что понимание психологических проблем и хорошие коммуникативные навыки крайне необходимы в работе дерматологу – при их наличии частота «трудных» консультаций уменьшается с 23 до 8% (Poot F., 2009).

Отдельного рассмотрения заслуживает вопрос о побочных эффектах психофармакотерапии в дерматологии и собственно дерматологической терапии. Как отмечается в литературе, психиатрические побочные эффекты дерматологических препаратов могут быть значительно выражены, но встречаются намного реже, чем дерматологические побочные эффекты психофармакотерапии (Ghosh S., Behere R.V., Sharma P. et al., 2013). Так некоторые транквилизаторы и седативные средства, часто назначаемые пациенткам с акне для коррекции возникших на фоне угревых высыпаний тревожно-депрессивных расстройств, обладают андрогенной активностью. Использование подобных препаратов может привести к дополнительным нарушениям в эндокринном статусе этих пациенток с формированием специфического «порочного круга» – усугублению картины кожного заболевания (Chan H.H., Wing Y., Su R. et al., 2000). Широким спектром кожных побочных эффектов обладают препараты лития. Влияя на лимфоцитарную секрецию IFN-γ, TGF-α и IL-2, литий нарушает структурную организацию кератиноцитов, приводя

к обострению ряда кожных заболеваний (псориаз, акне и др.) (Chan H.H., Wing Y., Su R. et al., 2000). Карбамазепин и ламотриджин ассоциированы с высоким риском развития кожных гиперчувствительных реакций. Этот риск может быть снижен медленной титрацией дозировок препаратов (Chan H.H., Wing Y., Su R. et al., 2000).

Противоположной ситуацией является влияние препаратов, используемых для лечения кожных заболеваний, на психическую симптоматику. Кортикостероиды наиболее часто ассоциированы в дерматологической практике с нарушениями психики, включающими когнитивные нарушения, аффективные расстройства, депрессии, делирии и острые психозы (Ghosh S., Behere R.V., Sharma P. et al., 2013). Изотретиноин рассматривается как препарат, способный вызывать выраженную депрессию и суицидальное поведение (Ng C.H., Tam M.M., Hook S.J., 2001). Несмотря на ряд исследований, опровергающих связь между применением препарата и частотой депрессии и суицидов (Смирнова И.О., Петунова Я.Г., Куликова Е.А., 2015), на сегодняшний день изотретиноин входит в топ-10, ассоциированных с суицидом препаратов согласно Управлению по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными средствами США (Ng C.H., Tam M.M., Hook S.J., 2001). Другими часто используемыми в дерматологии препаратами с риском развития депрессии являются ацикловир, метронидазол, дапсон и сульфаниламиды (Ghosh S., Behere R.V., Sharma P. et al., 2013).

Согласно ряду рекомендаций для оптимальной организации работы психодерматологического отделения (Aguilar-Duran S., Ahmed A., Taylor R. et al., 2014), первичной осмотр дерматолога должен включать в себя использование стандартизированных психометрических шкал (как вариант, Госпитальной шкалы тревоги и депрессии) для скрининга психических расстройств. Решение о дальнейшей тактике комплексного ведения пациента должно при этом приниматься на основании полученных по шкалам результатов. По наблюдениям авторов оптимальный терапевтический результат достигается при совместной консультации пациента психиатром и дерматологом в одном кабинете. В течение

всего лечения пациент должен наблюдаться междисциплинарной командой, включающей дерматолога, специализирующегося в вопросах психодерматологии, психиатра и клинического психолога. Одним из приоритетных направлений на начальных этапах терапии должно стать установление доверительных отношений между врачами и пациентом.

В отечественной литературе имеется мало информации, касающейся аспектов оказания комплексной медицинской помощи больным с коморбидными психическими и дерматологическими расстройствами. Оценка клинико-организационных особенностей работы психосоматического отделения (ПСО) дерматологического стационара Санкт-Петербургского городского кожно-венерологического диспансера за 2007-2008 годы показала, что наиболее часто в ПСО госпитализируются больные старше 60 лет (Смирнова Т.С., Смирнова И.О., Петрова Н.Н. и др., 2014). Доля пациентов с психическими расстройствами с преимущественной проекцией на кожные покровы составляла при этом около 2% в год. По результатам анализа для оптимизации работы ПСО были даны рекомендации разработки детальных показаний к госпитализации и скрининговой анкеты для выявления психических расстройств непсихотического уровня.

Как можно убедиться на основании представленных выше данных, проблема психиатрических расстройств у пациентов с дерматозами лица крайне многогранна. Широкий спектр психических расстройств, связанных с лицевыми дерматозами, может влиять не только на повседневную жизнь самого пациента, но и на жизнь его родных и близких, и окружающего общества в целом. В то же время целый ряд вопросов о структуре психической патологии у больных с хроническими дерматозами лица и оказании им комплексной медицинской помощи до сих пор остается недооцененным в повседневной врачебной практике.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Условия проведения исследования

Работа является клиническим исследованием, выполненным на базе Санкт-Петербургского государственного учреждения здравоохранения «Санкт-Петербургский городской кожно-венерологический диспансер» (СПб ГУЗ ГорКВД), на клинической базе Санкт-Петербургского государственного университета.

2.2. Материал исследования

Для реализации цели исследования было обследовано 100 пациентов, находившихся на амбулаторном лечении и динамическом наблюдении в СПб ГУЗ ГорКВД с дерматозами различных локализаций.

Для решения поставленных задач из полученной выборки были сформированы две группы больных:

1. Основная группа - 70 пациентов с дерматозами лица;
2. Группа сравнения - 30 пациентов, сопоставимых по всем характеристикам с основной группой, но с дерматозами других косметически значимых локализаций.

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 амбулаторное лечение в СПб ГУЗ ГорКВД, давшие согласие на осмотр и беседу с 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 (волосистая часть головы, область шеи, кисти) без вовлечения области лица.

В исследование не были включены пациенты, имевшие острую или декомпенсированную соматическую патологию, помимо основного

дерматологического заболевания. Также к критериям исключения были отнесены: наличие выраженного интеллектуально-мнестического снижения; умственная отсталость; 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±1,4 года). Среди пациентов преобладали женщины (93%), мужчины составили только 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 варьировал от 16 до 65 лет (средний возраст - 38,6±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±0,7 года), в группе сравнения - от 2 месяцев до 20 лет (средняя длительность - 3,7±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 и зачастую были связаны с нарушением пациентами рекомендаций дерматолога.

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 и оказания комплексной медицинской помощи больным с дерматозами лица проводился анализ медицинской документации СПб ГУЗ ГорКВД за период с 1 января 2006 года по 1 апреля 2015 года. Нами были изучены статистические отчеты о работе психосоматического отделения (ПСО) и обычных дерматологических отделений, включавшие основные характеристики пациентов, проходивших лечение в отделении за указанный период. Для подробного анализа особенностей оказания медицинской помощи были отобраны истории болезни пациентов с лицевыми дерматозами (акне, розацеа, розацеаподобный дерматит, себорейный дерматит лица) (n=45).

2.3. Методы исследования

Обследование пациентов носило комплексный характер и включало применение клинико-психопатологического, клинико-анамнестического, психометрического и экспериментально-психологического методов исследования. Метод экспертных оценок использовался для изучения особенностей оказания комплексной медицинской помощи пациентам с дерматозами лица. Оценивались материалы поступлений в СПб ГУЗ ГорКВД, отчеты о работе отделений, истории болезни пациентов. Экспертная оценка документации выполнялась при участии высококвалифицированных специалистов: врачей-психиатров и дерматологов, докторов медицинских наук. Полученные результаты заносились в специальную «Карту оценки оказания комплексной медицинской помощи больным дерматозами лица». Для оценки социально-демографических и клинико-анамнестических характеристик пациентов была составлена соответствующая карта обследования. Клинико-анамнестический метод использовался для оценки данных о психическом здоровье пациентов и кожном заболевании.

Все пациенты были амбулаторно обследованы дерматологом и психиатром. Как правило, посещение врача совпадало с периодом обострения кожного процесса. У 14% пациентов обращение к дерматологу происходило вне периода обострения для оценки состояния в динамике терапии. Оценивались вид и степень тяжести дерматоза, длительность и характер течения кожного заболевания.

Степень тяжести акне оценивалась по Американской упрощенной шкале, форма - по классификации A. Kligman и G. Plewig (Plewig G., Kligman A., 1975; Родионов А.Н., 2012; Аравийская Е.Р., Самцов А.В., 2013). К юношеским акне были отнесены случаи до 25 лет, к акне взрослых - от 25 лет включительно и более (Родионов А.Н., 2012; Аравийская Е.Р., Самцов А.В., 2013).

Характеристика пациентов с акне по заключению врача-дерматолога представлена в таблице 1.

Таблица 1 - Распределение пациентов по степени тяжести акне

Группы пациентов	Степень тяжести акне			
	Легкая (Комедональная)	Средняя (Папулезная)	Тяжелая (Папуло-пустулезная)	Очень тяжелая (Кистозно-пустулезная)
Акне взрослых	1	10	8	1
Юношеские акне	3	17	11	4
ИТОГО, пациентов	4	27	19	5

Подтипы и тяжесть течения розацеа были оценены с использованием федеральных рекомендаций по ведению больных розацеа (Родионов А.Н., 2012; Аравийская Е.Р., Самцов А.В., 2013). У большинства пациентов с розацеа был выявлен папулопустулезный подтип заболевания со среднетяжелым (5 пациентов)

и тяжелым (6 пациентов) течением. Один случай был представлен эритематотелеангиэктатическим подтипом с легким течением.

Определение степени тяжести периорального дерматита проводилась на основе оценки тяжести клинических проявлений (индекс PODSI) (Родионов А.Н., 2012; Рахматулина М.Р., 2015). Во всех наблюдавшихся случаях розацеаподобного дерматита была установлена легкая степень тяжести заболевания.

Оценка формы и степени тяжести дерматозов у пациентов группы сравнения также была выполнена на основании имеющихся федеральных клинических рекомендаций по ведению соответствующих категорий больных (Родионов А.Н., 2012; Волкова Е.Н.,Григорьева А.А., Кондрахина И.Н. и др., 2013; Охлопков В.А., Правдина О.В., Зубарева Е.Ю. и др., 2013; Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов, 2013; Чикин В.В., Минеева А.А., 2013).

Анамнестические данные и информация, необходимая для формулировки диагноза психических расстройств и расстройств личности были получены с использованием метода клинической беседы. Полученные данные фиксировались в разработанных автором анкетах для структурирования собранной 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) (МКБ-10, 2005).

Для скрининга психических расстройств использовалась Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Данная шкала предназначена для определения степени эмоционального дистресса, связанного с проявлением соматического неблагополучия. Она содержит 2 субшкалы, выявляющие тревогу и депрессию невротического уровня, и включает в себя 14 вопросов - по 7 на каждую из субшкал. Суммарный показатель по указанным субшкалам для случаев с отсутствием патологии составляет 7 баллов, для сомнительных случаев - 8-10

баллов – и для клинически очерченных расстройств - 11 баллов и более (Zigmond A., Snaith R., 1983).

Для объективной количественной оценки тревожных и депрессивных расстройств использовались клинические градуированные шкалы тревоги и депрессии Гамильтона. Первая представляет собой методику, направленную на выявление конституциональной тревожности и ситуационной тревоги, и содержит перечень 14 групп симптомов, касающихся психических и соматических аспектов тревоги. Сумма баллов при отсутствии тревоги по данной шкале не превышает 6, 7-13 баллов соответствуют наличию тревожной симптоматики, 14-17 баллов - легкой, 18-24 баллов - умеренной и более 24 баллов - тяжелой тревоге (Hamilton M., 1959). Вторая шкала разработана для оценки тяжести симптомов депрессии. В нашем исследовании мы использовали вариант, включающий 21 пункт (симптом). Отсутствию депрессии по шкале соответствуют значения от 0 до 7 баллов, 8-13 баллов - легкой, 14-18 баллов - умеренной, 19-22 - тяжелой и 23 балла и более - очень тяжелой депрессии (Hamilton M., 1960).

Для оценки выраженности психопатологической симптоматики применялся опросник SCL-90-R. Результаты обследования с помощью данной шкалы отражают структуру психопатологических нарушений, что представляется ценным для выделения клинических симптомов в смежных с психиатрией областях. Современный вариант SCL-90 состоит из 90 пунктов, каждый из которых оценивается по пятибалльной шкале от "нисколько" до "крайне". Данные пункты дают возможность определить выраженность 9 симптоматических шкал (Соматизация (SOM); Обсессивность-компульсивность (OC); Межличностная тревожность (INT); Депрессивность (DEP); Тревожность (ANX); Враждебность (HOS); Фобии (PHOB); Паранойяльность (PAR); Психотизм (PSI); Дополнительные пункты (ADD)) и рассчитать общий балл (GSI) (Derogatis L., 1973). Средние нормативные показатели по опроснику были взяты из сводных таблиц Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева (Абабков В.А., 2005).

Для оценки различных параметров связанного со здоровьем качества жизни (КЖ) использовался нозонеспецифический опросник SF-36. 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье. Все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ, как степень удовлетворенности пациентов уровнем своего функционирования в условиях болезни и ее лечения (Ware J. Jr., Sherbourne C., 1992; Petrova N., Varshavsky S., Vasilyeva L., 1995).

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).

В исследовании использовался метод математического моделирования на

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

Статистическая обработка материала выполнялась на персональной электронно-вычислительной машине (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 $p<0,05$.

ГЛАВА 3. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕРМАТОЗАМИ ЛИЦА

3.1. Результаты анализа социально-демографических характеристик пациентов

Пациенты обеих групп сравнения были достаточно хорошо социально адаптированы. В основной группе работал 71% (n=50) пациентов. Временно не работали на момент осмотра 27% (n=19). В большинстве случаев отсутствие работы было связано с учебой в среднем/высшем учебном заведении. Обучение на момент осмотра проходило 33% (n=23) пациентов основной группы (из них совмещали работу и учебу 35%). Законченное высшее образование было у 43% (n=30) пациентов, среднее специальное - у 23% (n=16). Только 3% (n=2) пациентов основной группы не имели постоянной работы и не учились на момент осмотра.

В группе сравнения работали 77% (n=23) пациентов, 10% (n=3) не работали в связи с учебой, 13% (n=4) не имело постоянного места работы по другим причинам. Высшее образование в группе сравнения имели 73% (n=22) пациентов, среднее специальное - 17% (n=5). 13% (n=4) пациентов на момент обследования учились в среднем/высшем учебном заведении.

В основной группе 29% пациентов (n=20) состояли в браке. 10% (n=7) либо были в разводе, либо недавно расстались с партнером, 3% (n=2) были вдовы. Никогда не состояли в браке к моменту обследования 59% (n=41). При этом большая часть этих пациентов (85%) (n=35) была в стабильных отношениях вне брака. 15% (n=6) не состоявших в браке пациентов сообщили, что в периоды обострения кожного заболевания испытывают трудности в общении с окружающими и вынуждены ограничивать круг общения.

В группе сравнения 63% пациентов (n=19) состояли в браке на момент осмотра, что значимо превышало данный показатель в основной группе ($p<0,05$). 7% (n=2) сообщали о недавнем разводе/расставании с партнером. Никогда не состояли в браке 30% (n=9) пациентов, значимо меньше чем в основной группе

($p<0,05$). В стабильных отношениях на момент осмотра состояли 44% (n=4) из них.

3.2. Результаты анализа клинико-анамнестических характеристик пациентов

Данные о наследственной отягощенности психическими заболеваниями в большинстве случаев отсутствовали. Только 6% от общего числа пациентов основной группы сообщили о наследственной отягощенности психическими заболеваниями, представленными расстройствами настроения, параноидной формой шизофрении и эпилепсией. 10% пациентов группы сравнения отметили наличие специфических черт характера у своих родителей (повышенная эксплозивность, социальная отгороженность, эмоциональная холодность).

7% больных основной группы в прошлом получали лечение у психиатра/психотерапевта, в том числе в школьном возрасте, в связи с трудностями адаптации, тяжелым депрессивным эпизодом (стационарно) и социальными фобиями (амбулаторно).

В группе сравнения помощь психиатра/психотерапевта в прошлом также получали 7% пациентов. В этих случаях обращения к специалисту были связаны с эпизодами повышенной тревоги.

Психотравмирующие ситуации в основной группе имели место в 16 случаях (23%) и были представлены недавней смертью и болезнями родных (4 пациента), разводом или разрывом отношений (5 пациентов). 7 пациентов отмечали хроническую стрессовую ситуацию на работе. При этом ухудшение кожного заболевания совпадало по времени с психотравмирующими ситуациями в 21% случаев.

В группе сравнения психотравмирующие ситуации были отмечены в 20% случаев (n=6). В большинстве случаев (n=4) они были представлены стрессом, связанным с ситуацией на работе. В остальных случаях стресс был обусловлен смертью близкого человека и конфликтами в семье. Только половина перенесших стрессовую ситуацию пациентов группы сравнения допускала связь ухудшения кожного процесса с влиянием стрессора.

3.3. Структура и клиническая характеристика психических расстройств у пациентов с дерматозами лица

В структуре жалоб пациентов с дерматозами лица преобладало недовольство своим внешним видом (45 пациентов - 64%). 28 больных (40%) при первичном осмотре сообщали о наличие чувства тревоги, беспокойства, 12 пациентов (17%) отмечало умеренное снижение настроения. Жалобы на ощущение болезненности, жжения в области кожных высыпаний предъявляли 12 пациентов с дерматозами лица (17% от общего числа обследованных). В этих случаях также отмечались выраженные вегетативные нарушения (тахикардия, потливость ладоней, учащение частоты дыхания), заметно усиливавшиеся при психическом напряжении.

Жалобы пациентов с дерматозами лица также часто касались разнообразных телесных сенсаций в области живота, болезненности в конечностях и суставах (n=10, 14% всех больных). Эти жалобы не были подкреплены объективной соматической патологией желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) или костно-суставного аппарата.

В группе сравнения пациентами наиболее часто предъявлялись жалобы на наличие высыпаний (23 пациента - 77%). При этом пациенты группы сравнения чаще, чем в основной группе отмечали чувство жжения, зуда в области высыпаний (18 пациентов - 60%) ($p<0,05$). На тревогу и беспокойство пациенты группы сравнения жаловались значительно реже, чем пациенты основной группы - в 17% случаев (n=5) ($p<0,05$). Жалобы соматического характера, касающиеся ЖКТ и костно-суставного аппарата, были отмечены у 10% пациентов группы сравнения. При этом жалобы, касающиеся костно-суставных болей у пациентов группы сравнения, были подтверждены наличием остеохондроза позвоночника. Объективные данные за патологию ЖКТ отсутствовали.

Психические расстройства, ассоциированные с дерматозами лица, были выявлены в 44% наблюдений. Наибольшую долю (48%) среди больных дерматозами лица с психическими расстройствами составили пациенты с юношескими акне, 29% - с акне взрослых, 23% - с розацеа. При этом оценка

частоты психических расстройств при отдельных формах дерматозов показала примерно одинаковые результаты. Так психические расстройства были диагностированы у 45% пациентов с акне взрослых, 43% - с юношескими акне и 47% - с розацеа.

Таблица 2 - Диагностическая структура психических расстройств, ассоциированных с дерматозами лица

Категория по МКБ-10	Количество пациентов			
	Основная группа		Группа сравнения	
	абс.	%(от общего числа расстройств)	абс.	%(от общего числа расстройств)
Депрессивный эпизод (в анамнезе) (F32)	3	9,7	–	–
Устойчивые расстройства настроения (F34)	2	6,5	–	–
Фобические тревожные расстройства (F40)	2	6,5	–	–
Другие тревожные расстройства (F41)	12	38,7	1	20
Реакция на стресс и нарушения адаптации (F43)	4	12,9	2	40
Соматоформные расстройства (F45)	6	19,3	1	20
Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя (F10)	1	3,2	–	–
Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением снотворных/седативных средств (F13)	1	3,2	–	–
Хронические бредовые расстройства (F22.0)	–	–	1	20
Всего	31	100	5	100

Представленные в таблице 2 данные свидетельствуют о более широком спектре психических расстройств у больных дерматозами лица в сравнении с больными дерматозами других локализаций. Достоверно оценить соотношение отдельных форм нозологических форм в группах не удалось в виду малой частоты психических нарушений у пациентов группы сравнения.

У пациентов с дерматозами лица в структуре психопатологии преобладали расстройства тревожного круга (58% от общего числа расстройств), как правило, протекавшие с выраженными вегетативными проявлениями (ощущением сердцебиения, потливостью, ощущениями жара/холода). При этом тревога, как правило, была стойкой, не сопряженной с какими-либо внешними обстоятельствами, включая кожное заболевание, и зачастую мешала сосредоточиться на повседневной деятельности и работе. Тревога сопровождалась неспособностью расслабиться, чувством постоянного напряжения, раздражительностью и повышенной эмоциональной лабильностью. Усиление тревожности пациенты, как правило, отмечали в вечерние часы, когда не были отвлечены от своих переживаний работой или какой-либо другой повседневной деятельностью. Вышеуказанная тревожная симптоматика в совокупности с отсутствием выраженных депрессивных симптомов у пациентов с дерматозами лица соответствовала клинической картине диагноза «Генерализованного тревожного расстройства» (F41.1).

Значительна была частота коморбидных тревожных и депрессивных расстройств с преобладанием тревожной симптоматики. В большинстве подобных случаев смешанная тревожно-депрессивная симптоматика возникала в виде ответа на психоэмоциональной стресс и не достигала выраженной интенсивности, что укладывалось в критерии «Смешанной тревожной и депрессивной реакции» (F43.22). В отдельных случаях (n=2), однако, отчетливой взаимосвязи симптомов с внешней ситуацией выявлено не было, что в совокупности с выраженностью и продолжительностью психических нарушений позволяло диагностировать «Смешанное тревожное и депрессивное расстройство» (F41.2).

Расстройства настроения были представлены затяжной (более 2 последних лет) легкой депрессивной симптоматикой со снижением побуждений, чувством неполноценности, ухудшением концентрации внимания и нарушениями сна. При этом пациенты, несмотря на затруднения, могли справляться с работой и повседневными обязанностями. Вышеуказанные случаи по своим критериям соответствовали диагнозу «Дистимии» (F34.1). Также 9,7% (n=3) пациентов основной группы сообщали, что в прошлом проходили стационарное лечение в связи с тяжелым депрессивным эпизодом (F32.2). На момент осмотра 2 из них предъявляли жалобы на умеренное снижение настроения, не достигавшее, однако, критериев развёрнутого депрессивного эпизода.

Соматизированные расстройства (F45.0) были представлены, преимущественно, нарушениями со стороны ЖКТ в виде запоров, эпизодических болевых ощущений в эпигастрии. Также у таких пациентов отмечались лабильность артериального давления, тахикардия, «летучие» боли в суставах и мышцах. Дебют соматизированных расстройств, как правило, был связан с психогенными влияниями.

Все случаи ипохондрического расстройства (F45.2) у пациентов с дерматозами лица протекали со схожей клинической картиной. Эти пациенты были убеждены, что высыпания на лице являются внешними проявлениями более тяжелого соматического заболевания. Больные при этом регулярно посещали врача-дерматолога и других специалистов, настаивали на дополнительных методиках обследования и указывали в беседе на длительность и тяжесть течения кожного заболевания как показатель наличия не выявленной соматической патологии.

Социальные фобии (F40.1) у пациентов с дерматозами лица были представлены страхом публичных выступлений. Со слов пациентов, при выступлении на публике они испытывали выраженную тревогу, сопровождавшуюся тремором рук, повышенной потливостью и сухостью во рту.

Аддиктивные расстройства у пациентов с дерматозами лица были представлены синдромами зависимости от алкоголя (F10.2) и

седативно-снотворных средств (феназепама) (F13.2). При этом в случае зависимости от бензодиазепинов начало приема препаратов было связано с перенесенным в прошлом депрессивным эпизодом. Со слов пациентки, в дальнейшем попытки отменить прием препарата вызывали выраженные тревогу, раздражительность, снижение настроения и расстройства ночного сна.

У пациентов группы сравнения психические расстройства встречались реже (в 17% случаев), чем у пациентов с дерматозами лица ($p<0,05$). При этом выявленные расстройства преимущественно соответствовали категории «Невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств» по МКБ-10.

В клинической картине ипохондрического расстройства (F45.2), выявленного в группе сравнения, на первом плане была убежденность пациента во взаимосвязи кожных высыпаний с патологией печени. При этом пациент сообщал, что уже продолжительное время обеспокоен состоянием своего здоровья и регулярно проходит диагностические обследования для исключения соматической патологии.

Только один случай среди обследованных больных был представлен психическими нарушениями психотического уровня (дерматозойным бредом) (F22.0). В указанном случае пациентка расчесывала кисти, плечи и голени, утверждая, что зуд связан с последствиями укусов насекомых («клопов»). Со слов пациентки, несмотря на методы дезинсекции дома и пройденное дерматологическое лечение, «клопы» продолжают ползать по коже, особенно в вечерние и ночные часы, вызывают своими укусами постоянные зуд, жжение. При этом при осмотре кожных покровов данных за первичные высыпные элементы (укусы насекомых) выявлено не было. Расположение и характер очагов также указывали на артифициальное поражение кожи.

Оценка психического состояния пациентов с использованием клинических шкал в целом подтвердила клинические данные. Так, клинически выраженные и субклинические формы тревоги и депрессии были чаще представлены в основной группе (см. рисунок 1). Наиболее значимые различия были отмечены по частоте

субклинических форм тревоги, преобладавших в основной группе (p<0,05). При этом частота как клинических, так и субклинических форм тревоги была выше, чем депрессивных нарушений.

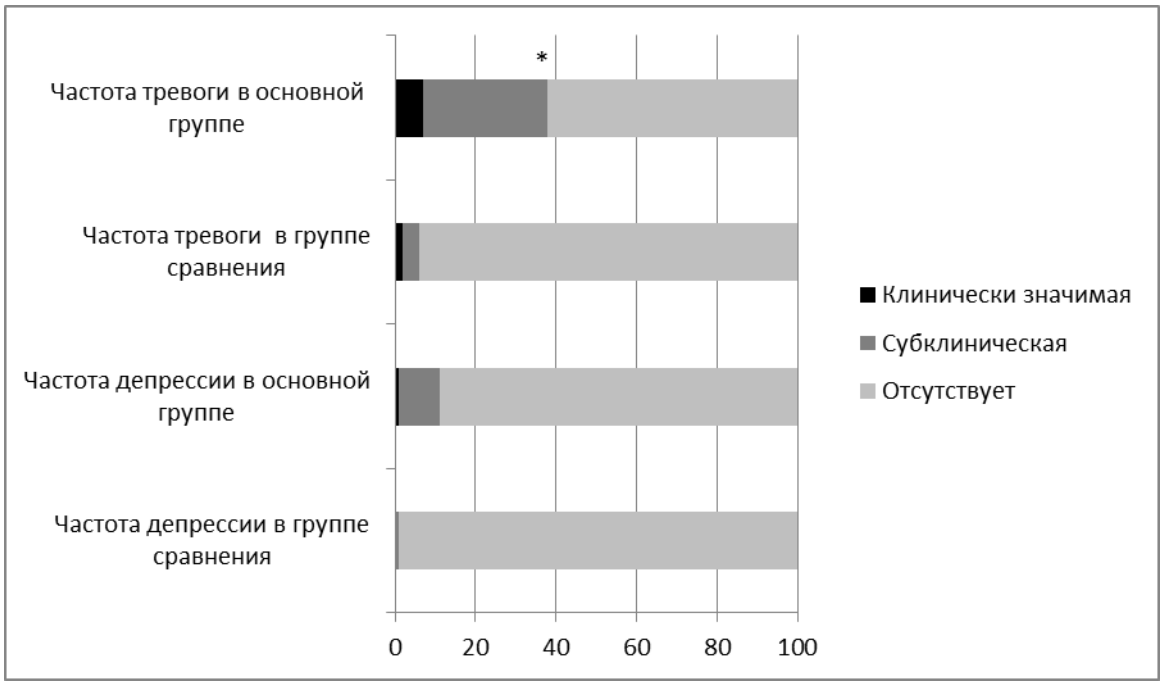

Рисунок 1. Характеристика частоты тревоги и депрессии по Госпитальной шкале в группах сравнения (%).

Примечание к рисунку.

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

Также больные основной группы отмечали большую выраженность тревожных переживаний и более выраженное снижение настроения, чем в группе сравнения (таблица 3).

Таблица 3 – 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 с использованием клинических градуированных шкал Гамильтона также подтвердила более высокую частоту тревожных ($p<0,05$) и депрессивных нарушений в основной группе (см. рисунки 2-3).

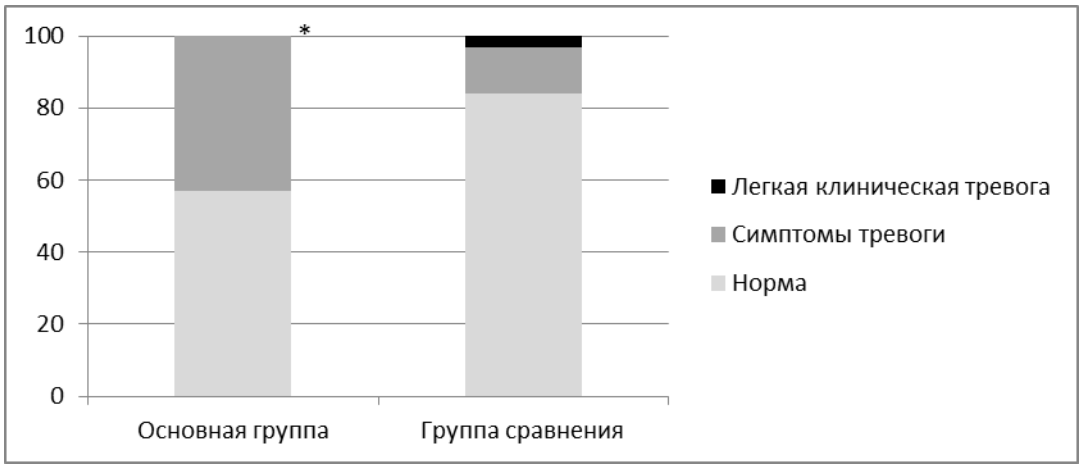

Рисунок 2. Характеристика частоты тревоги по шкале тревоги Гамильтона в группах сравнения (%).

Примечание к рисунку.

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

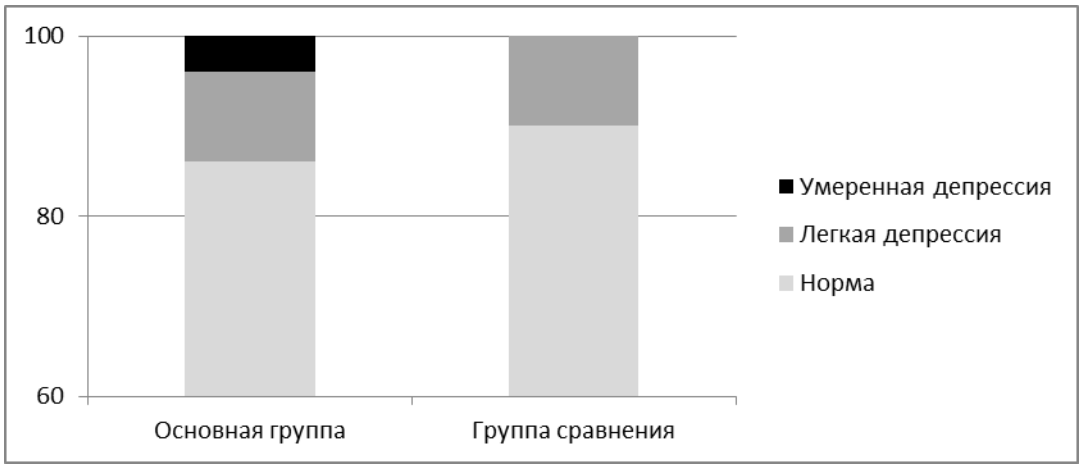

Рисунок 3. Характеристика частоты депрессии по шкале депрессии Гамильтона в группах сравнения (%).

Оценка выраженности показателей продемонстрировала значимые различия средних показателей тревоги по шкале тревоги Гамильтона, которые оказались выше для основной группы (таблица 4).

Таблица 4 - Характеристика выраженности тревоги и депрессии по шкалам Гамильтона в группах сравнения

Показатели шкал Гамильтона	Основная группа n=70 M±m	Группа сравнения n=30 M±m	Достоверность различий
Тревога (баллы)	5,20±0,46	3,13±0,61	p<0,05
Депрессия (баллы)	3,11±0,48	2,13±0,62	p>0,05

Оценка структуры тревожной и депрессивной симптоматики в группах сравнения представлена на рисунках 4 и 5.

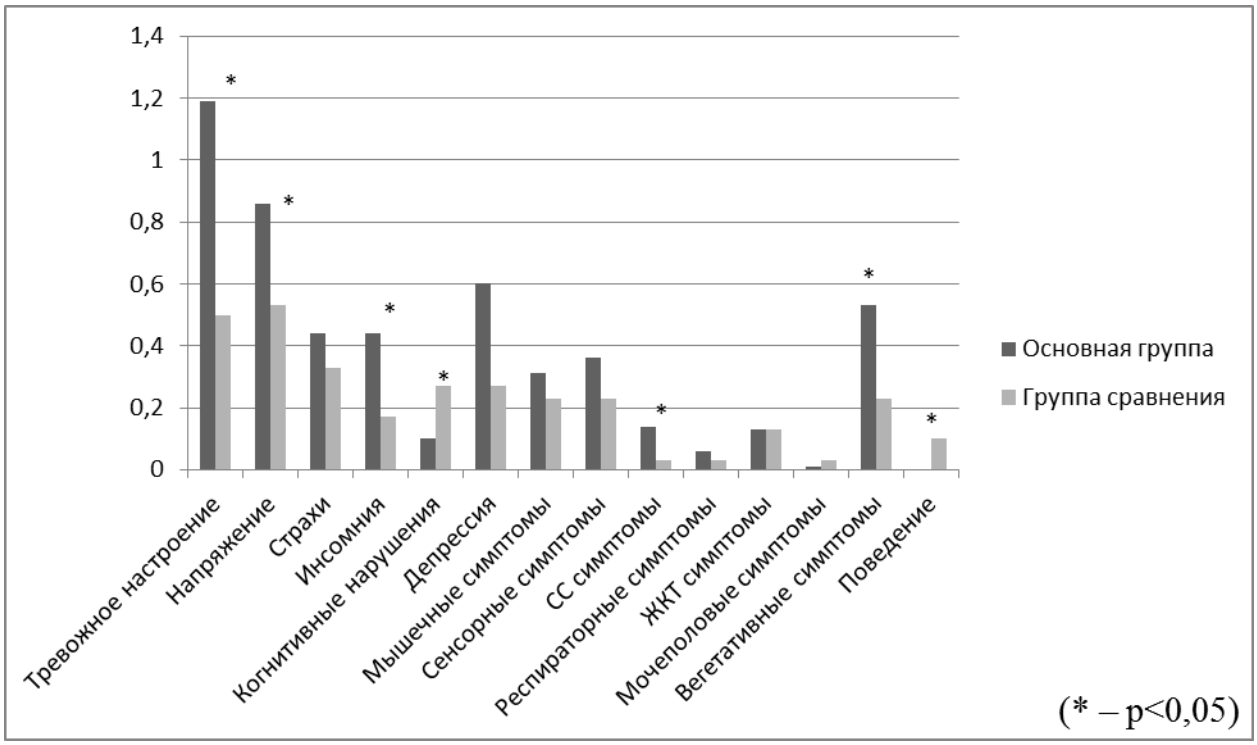

Рисунок 4. Структура тревоги по шкале Гамильтона в группах сравнения.

Примечание к рисунку.

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

Оценка структуры тревожных расстройств по шкале Гамильтона показала, что у больных основной группы были более выражены соматизированные нарушения, представленные сердечно-сосудистой (чувство сердцебиения, лабильность артериального давления) и вегетативной (потливость, тремор, одышка, чувство жара/холода) симптоматикой. Больные дерматозами лица в большей степени страдали от нарушений сна, отмечая трудности засыпания и прерывистый ночной сон.

Большая выраженность когнитивных нарушений, связанных с проявлениями тревоги, и внешних тревожных симптомов (ажитация, неусидчивость) в группе сравнения была вероятнее всего обусловлена наличием случая расстройств психотического уровня.

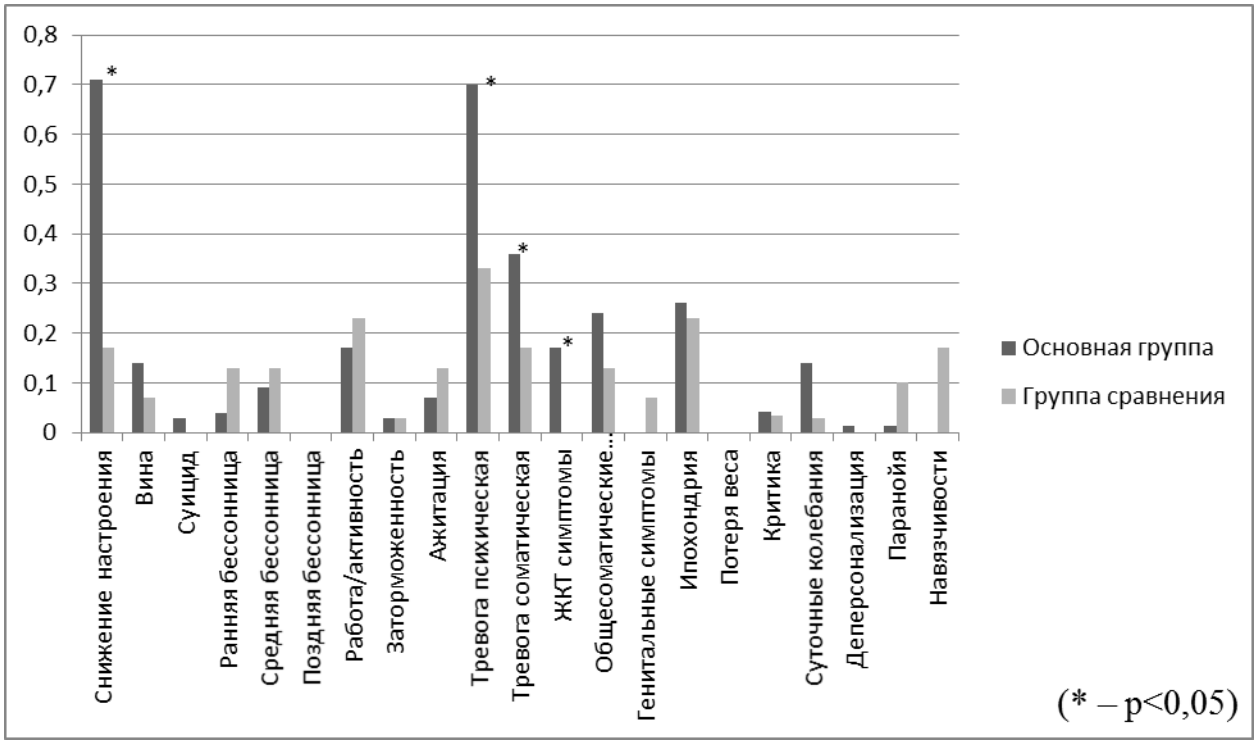

Рисунок 5. Структура депрессии по шкале Гамильтона в группах сравнения.

Примечание к рисунку.

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

В клинической картине депрессивных расстройств у пациентов основной группы преобладали гипотимия и постоянная разлитая тревога с чувством

напряжения. Также в клинической картине у пациентов с дерматозами лица были более выражены сомато-вегетативные проявления тревоги преимущественно в виде гастроинтестинальных симптомов.

Количественная оценка выраженности психических расстройств по SCL-90 в целом подтвердила невротический уровень психических нарушений, как в основной группе, так и в группе сравнения (таблица 5).

Таблица 5 - Характеристика психического состояния больных по данным SCL-90

Показатель SCL-90	Основная группа n=70 M±m Баллы	Группа сравнения n=30 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 к таблице.

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

SOM - Соматизация; OC - Обсессивность-компульсивность; 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 средние показатели по популяции. В основной группе статистически достоверно были более выражены, чем в популяции, соматизированные расстройства, тревога и раздражительность. Больным с дерматозами лица также в большей степени, чем в популяции, были свойственны страхи, связанные с посещением общественных мест (магазинов, общественного транспорта) и повышенное ощущение внимания окружающих. Так пациенты отмечали ощущения, что окружающие обращают повышенное внимание на кожные высыпания, однако в большинстве случаев критически относились к указанным переживаниям.

В группе сравнения выраженность раздражительности и личностной сенситивности, напротив, оказалась ниже, чем в популяции. Пациенты группы сравнения также реже отмечали у себя расстройства сна и аппетита. В то же время у больных дерматозами косметически значимых локализаций были более выражены, чем в популяции, тревожно-фобические симптомы и общая выраженность психопатологического дистресса.

У пациентов с дерматозами лица в большей степени, чем у пациентов с дерматозами других локализаций были выражены вегетативные эквиваленты тревоги и соматизированные расстройства с преимущественным вовлечением ЖКТ и опорно-двигательного аппарата. Интересно то, что пациенты обеих групп примерно в равной степени оценивали чувство неловкости и дискомфорта при нахождении в общественных местах. В то же время, пациенты с дерматозами лица были более склонны считать, что на их кожную патологию обращают внимание и чаще предполагали, что их обсуждают «за спиной». Аффективная насыщенность данных переживаний, 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.

3.4. Расстройства личности у пациентов с дерматозами лица

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 анксиозного, истероидного и шизоидного круга (таблица 6).

Таблица 6 - Структура расстройств личности у больных с дерматозами лица

Диагноз по МКБ-10	абс.	%
Шизоидное расстройство личности (F60.1)	3	25
Эмоционально неустойчивое расстройство личности (F60.3)	1	8,3
Истерическое расстройство личности (F60.4)	3	25
Ананкастное расстройство личности (F60.5)	-	-
Тревожное расстройство личности (F60.6)	4	33,3
Расстройство типа зависимой личности (F60.7)	1	8,3
Всего	12	100

Пациенты с тревожным расстройством личности (F60.6) были склонны к беспокойству даже по поводу малозначительных событий. Эти больные сообщали, что регулярно находят причины для беспокойства, переживают за своих родных, тревожатся даже по пустякам и в большинстве случаев склонны представлять себе худший из «сценариев» развития событий. У этих пациентов

также отмечалась склонность к заниженной самооценке, робость и чувствительность к критике окружающих.

При расстройстве типа зависимой личности (F60.7) также отмечались страхи расставания, конфликта с партнером в виду представлений о своей беспомощности, необходимости постоянного одобрения со стороны.

У пациентов с истерическим расстройством личности (F60.4) отмечалась склонность к драматизации и преувеличению имеющейся кожной патологии. Они в наибольшей степени были склонны сообщать о том, что высыпания препятствуют их нормальному функционированию и вызывают дискомфорт при нахождении в обществе. У этих больных также отмечались наиболее выраженные аффективные реакции, связанные с кожным заболеванием. Так, одна пациентка сообщала, что на начальных этапах заболевания кричала на свое отражение, разбила зеркало из-за недовольства своим внешним видом.

Больные с шизоидным расстройством личности (F60.1) отличались повышенной замкнутостью, низким числом социальных контактов и узким кругом общения. Необходимо отметить, что эти пациенты не считали наличие кожных высыпаний основным фактором, препятствующим формированию социальных отношений. По замечаниям больных, их образ жизни всегда был достаточно замкнут и они никогда не испытывали выраженной потребности в широком круге общения. На приеме дерматолога такие пациентов были склонны к вычурному поведению, как например: посещению кабинета врача в низко надвинутом головном уборе; использованию витиеватых выражений в речи («эта гадина» в отношении высыпаний; описание высыпаний как одушевленных объектов, которые «вредят, мешают»).

Эмоционально неустойчивое расстройство личности (F60.3) было представлено пограничным подтипом и характеризовалось конфликтностью, импульсивностью эмоциональных реакций, нестабильными межличностными отношениями и постоянным чувством внутренней «опустошенности». В данном случае также отмечались черты аутоагрессивного поведения в виде навязчивого расчесывания высыпаний.

В группе сравнения расстройства личности были представлены лишь единичными случаями. Шизоидные личностные черты (F60.1) не были обусловлены кожным заболеванием и проявлялись в крайне узком круге общения, склонностью проводить свободное время в изолированных увлечениях (социальные сети, компьютерные игры). Тревожное расстройство личности (F60.6) характеризовалось робостью, мнительностью и трудностями в общении при наличии потребности в таковом и достаточно широком круге друзей и знакомых. При истерическом расстройстве личности (F60.4) отмечалось склонность привлечь внимание к своим проблемам, стремлении вызвать к себе сочувствие. В случае анакастного расстройства личности (F60.5) пациентка отличалась приверженностью к работе, ригидностью и консерватизмом в жизненной позиции.

3.5. 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±0,4 года); группу старшего возраста (подгруппа 2) – больные от 25 лет включительно и более (средний возраст – 37,5±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).

Структура психической патологии в разных возрастных подгруппах представлена в таблице 7. Достоверно оценить соотношение отдельных нозологических форм по МКБ-10 в группах не удалось в виду малого количества случаев в каждой отдельной категории.

Таблица 7 – Структура психической патологии у пациентов с дерматозами лица разных возрастных подгрупп

Диагноз по МКБ-10	Подгруппа 1		Подгруппа 2	
	абс.	%	абс.	%
Депрессивный эпизод (в анамнезе) (F32)	-	-	3	18,75
Устойчивые расстройства настроения (F34)	1	6,7	1	6,25
Фобические тревожные расстройства (F40)	2	13,3	-	-
Другие тревожные расстройства (F41)	7	46,7	5	31,25
Реакция на стресс и нарушения адаптации (F43)	3	20	1	6,25
Соматоформные расстройства (F45)	2	13,3	4	25
Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя (F10)	-	-	1	6,25
Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением снотворных/седативных средств (F13)	-	-	1	6,25
Всего	15	100	16	100

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 расстройства тревожного круга (60% в структуре всех расстройств подгруппы) и склонность к формированию расстройств адаптации (20% в структуре всех расстройств подгруппы). У больных первой подгруппы также

чаще можно было установить связь развития тревожных симптомов с влиянием внешних стрессоров, включая дебют/обострение кожного заболевания.

В клинической картине у больных второй подгруппы чаще фигурировали жалобы на апатию, подавленность, сниженное настроение. Обращает на себя внимание также то, что все сообщения о перенесенных депрессивных эпизодах были зафиксированы у пациентов второй подгруппы.

Результаты характеристики тревоги и депрессии по Госпитальной шкале в целом соответствовали клиническому впечатлению (см. рисунок 6). Так частота клинически значимой тревоги была выше у пациентов первой подгруппы, а частота клинически и субклинически значимой депрессии - у пациентов второй подгруппы.

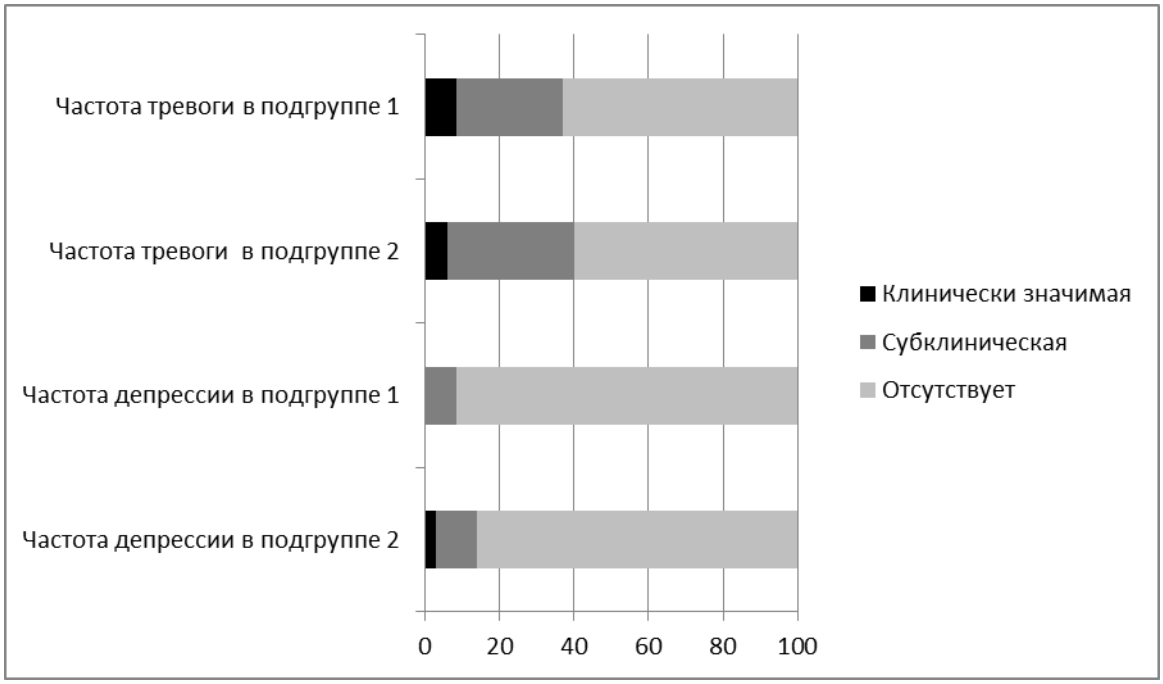

Рисунок 6. Характеристика частоты тревоги и депрессии по Госпитальной шкале в различных возрастных подгруппах (%).

Характеристики частоты тревоги и депрессии по шкалам Гамильтона, продемонстрировало меньшую выраженность различий между подгруппами (см. рисунки 7-8). Шкальная оценка выраженности психопатологической симптоматики по SCL-90 также не показала по большинству симптомов значимых различий.

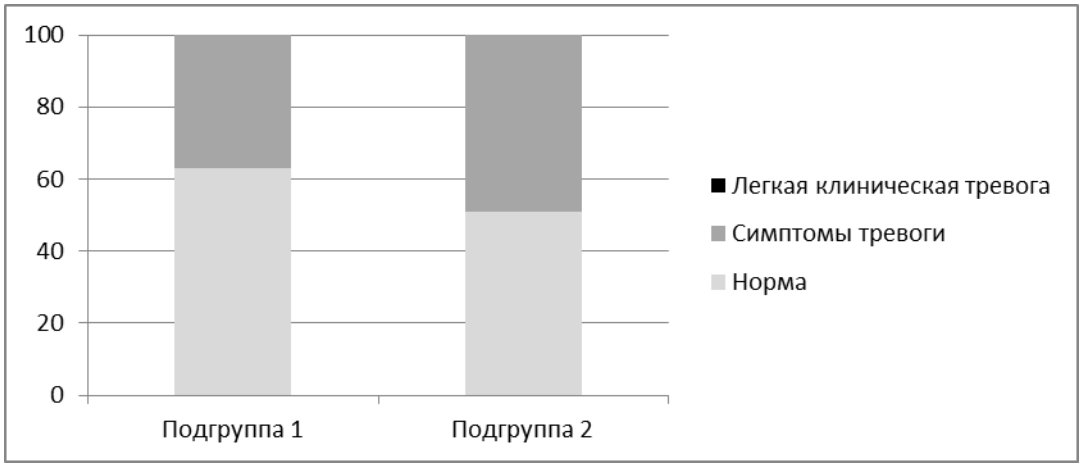

Рисунок 7. Характеристика частоты тревоги по шкале Гамильтона в группах сравнения (%).

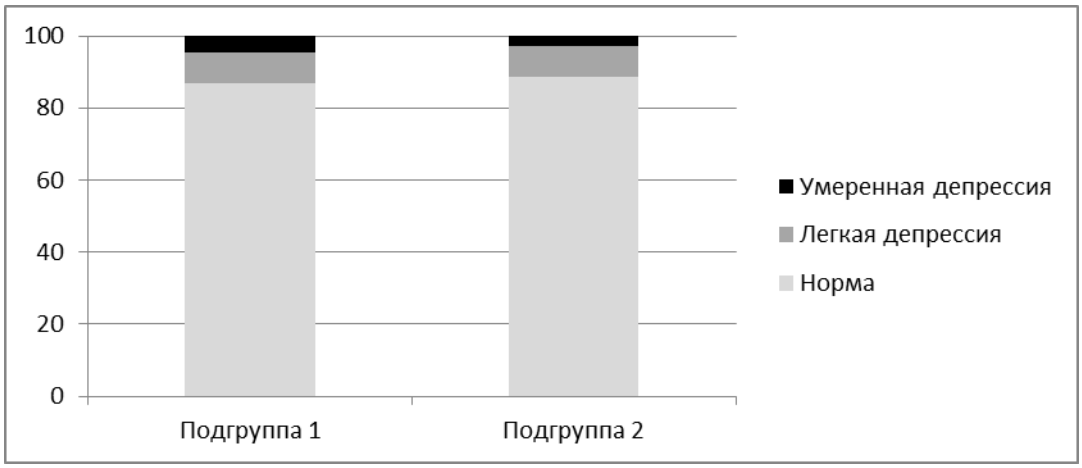

Рисунок 8. Характеристика частоты депрессии по шкале Гамильтона в группах сравнения (%).

Оценка структуры тревоги с использованием шкалы тревоги Гамильтона показала, что пациентам первой подгруппы были более свойственны проявления социофобии (см. рисунок 9). В большинстве случаев они касались посещения каких-либо социальных мероприятий и переживаний по поводу собственной внешности. В тоже время для пациентов второй подгруппы были более характерны соматические симптомы тревоги, в особенности мышечные и сенсорные. Наличие у таких больных данной симптоматики в сочетании с

повышенной утомляемостью и умеренным снижением настроения могла соответствовать наличию маскированных форм депрессии.

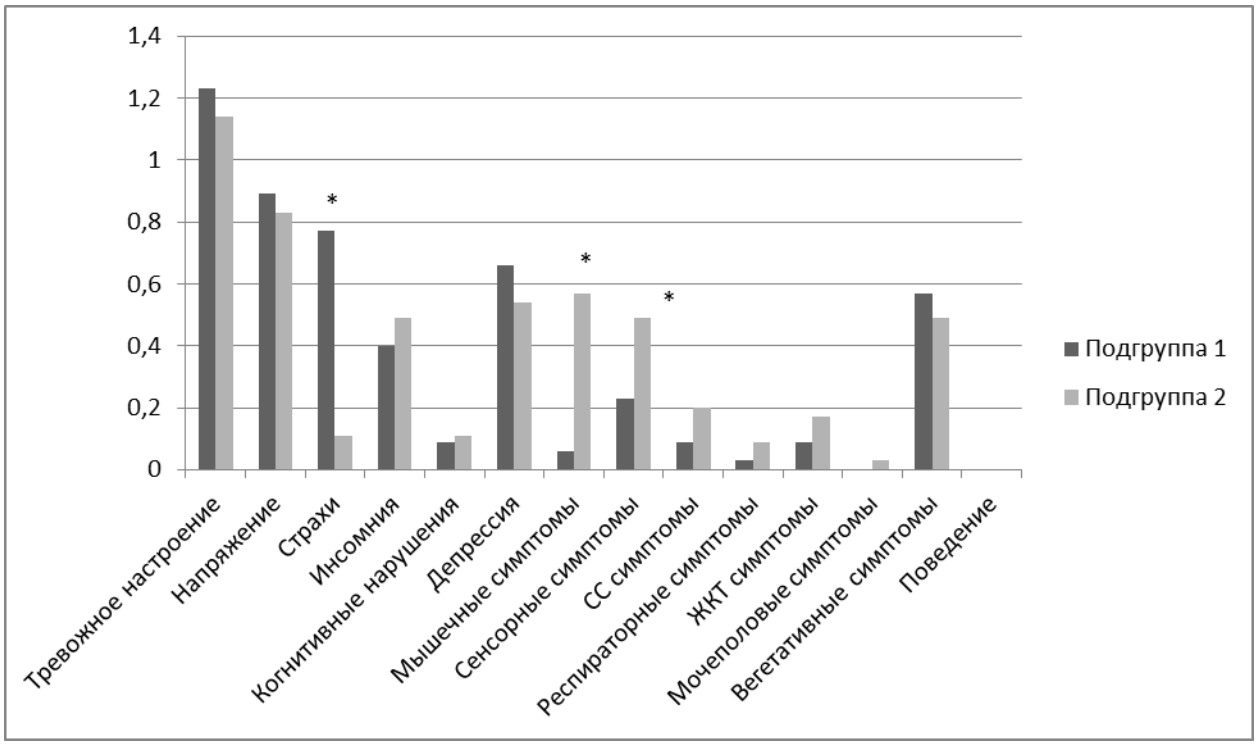

Рисунок 9. Структура тревоги в разных возрастных группах (по шкале Гамильтона).

Примечание к рисунку.

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

Оценка структуры депрессии при помощи шкалы депрессии Гамильтона (см. рисунок 10) 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. Также для пациентов первой подгруппы были более характерны расстройства сна. У пациентов с дерматозами лица второй подгруппы была отмечена большая выраженность соматических эквивалентов тревоги. Так достоверно более высокими у этих больных были показатели гастроинтестинальных симптомов, что соответствовало предъявляемым жалобам соматического характера.

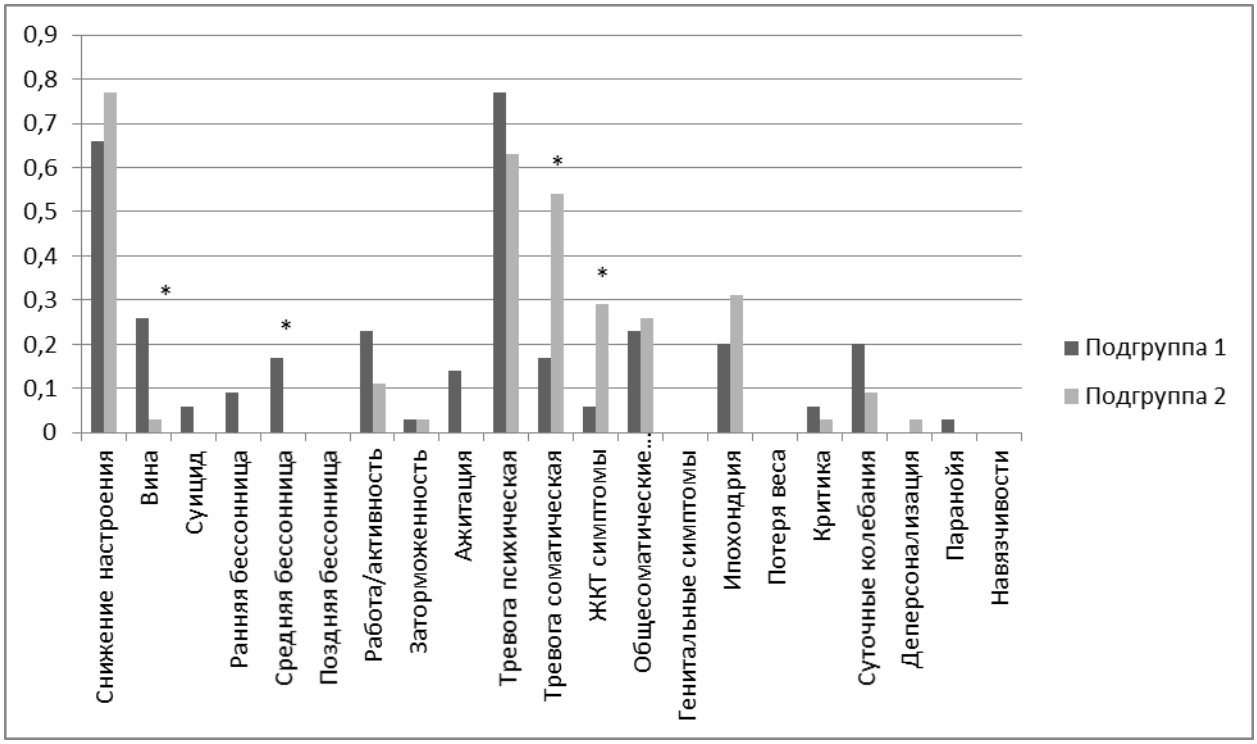

Рисунок 10. Структура депрессии в разных возрастных группах (по шкале Гамильтона).

Примечание к рисунку.

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

Таким образом, психические расстройства при дерматозах лица встречались примерно с равной частотой у пациентов различных возрастных групп. Пациентам молодого возраста были более свойственны тревожно-фобические расстройства с проявлениями социофобии, как правило, обусловленные кожным заболеванием. Для пациентов старшего возраста была более характерна аффективная симптоматика с более высокой выраженностью соматизированных эквивалентов тревоги и депрессии.

3.6. Качество жизни у пациентов с дерматозами лица

При оценке качества жизни 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 11).

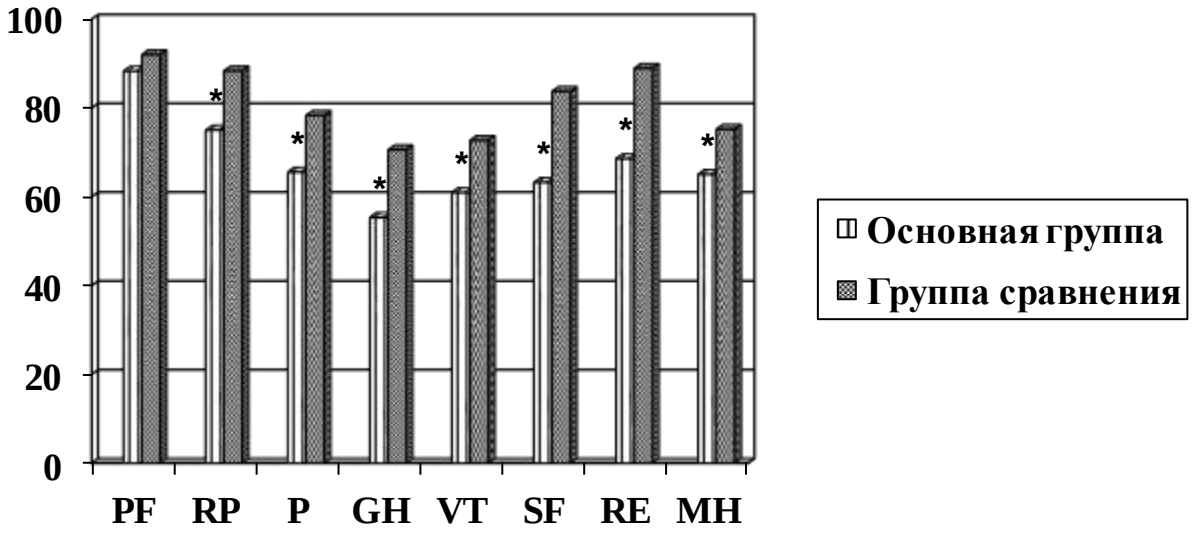

Рисунок 11. Качество жизни у пациентов с дерматозами различной локализации (по результатам опросника SF-36).

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) BP* – 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.

Обращает на себя внимание то, что наиболее сниженным по отношению к пациентам группы сравнения у пациентов с дерматозами лица был психологический компонент здоровья. Наиболее значительно у больных дерматозами лица была снижена удовлетворенность социальным функционированием. Больные основной группы были более обеспокоены ограничением круга своего общения и социальной активности. У больных с дерматозами лица отмечалось более выраженное ограничивающее влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование. Так пациентам основной группы в большей степени была выражена неудовлетворённость своим состоянием при выполнении работы и в повседневной деятельности. Значимо более низким в основной группе был и показатель удовлетворенности психическим здоровьем в целом.

Сравнение показателей SF-36 у пациентов с дерматозами лица разного возраста не продемонстрировало значимых различий, однако таковые наблюдались при сравнении возрастных групп с разной локализацией дерматозов.

У пациентов с дерматозами лица более молодого возраста значительно были снижены все показатели SF-36 в сравнении с пациентами того же возраста с дерматозами других локализаций (см. рисунок 12).

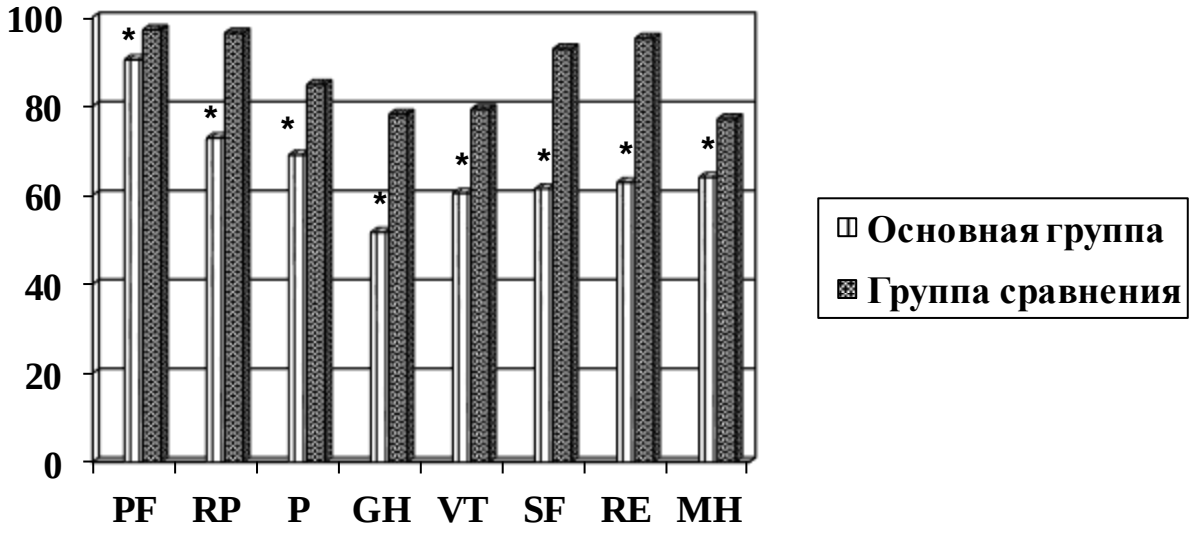

Рисунок 12. Качество жизни у пациентов молодого возраста с дерматозами различной локализации (по результатам опросника SF-36).

Примечание к рисунку.

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

Пациенты с дерматозами лица старшего возраста тяжелее переживали болевые ощущения и были склонны ниже оценивать общее состояние своего здоровья (см. рисунок 13), чем больные старшего возраста с дерматозами других локализаций. Также у пациентов с дерматозами лица старшего возраста все показатели психологического компонента здоровья были достоверно ниже таковых у пациентов старшего возраста с дерматозами других локализаций.

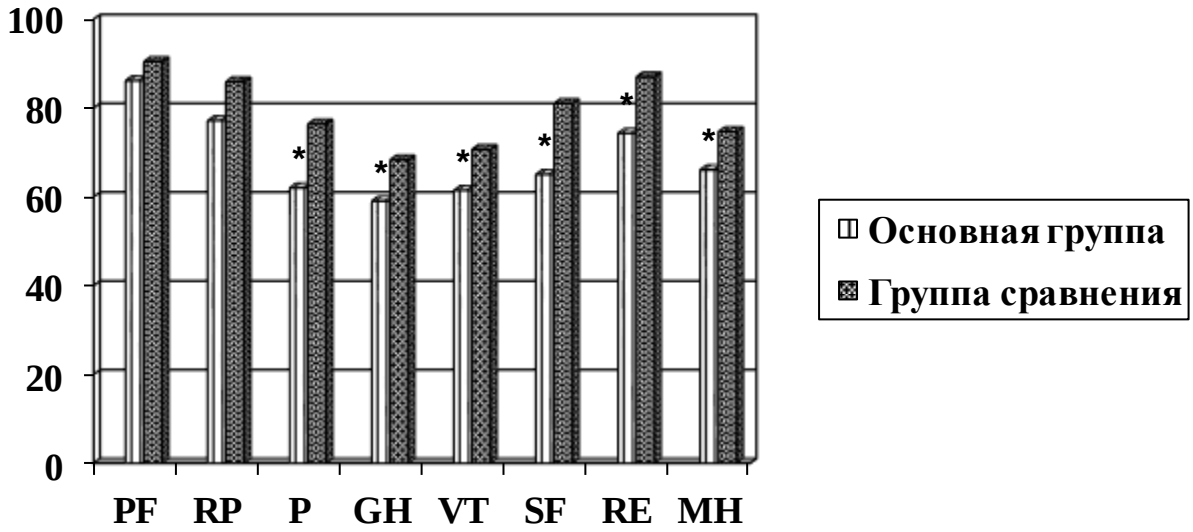

Рисунок 13. Качество жизни у пациентов старшего возраста с дерматозами различной локализации (по результатам опросника SF-36).

Примечание к рисунку.

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

Оценка взаимосвязей возраста и тяжести дерматозов лица с показателями качества жизни по SF-36 продемонстрировала, что тяжесть кожного поражения негативно отражалась на оценке общего здоровья ($r=-0,29$; $p<0,05$). Пациенты с тяжелым течением дерматозов лица в большей степени отмечали негативное влияние на своё функционирование как физического ($r=-0,31$; $p<0,05$), так и эмоционального состояния ($r=-0,29$; $p<0,05$). Таким образом, тяжесть дерматозов лица обусловливала снижение КЖ больных, как по физической, так и по психологической составляющей.

При разделении выборки пациентов с дерматозами лица на возрастные подгруппы было отмечено, что более молодые пациенты тяжелее переживали дискомфорт, связанный с болевыми ощущениями ($r=-0,44$; $p<0,05$). Чем старше были больные, тем более негативно они оценивали общее здоровье ($r=-0,37$; $p<0,05$).

Интересно то, что при оценке взаимосвязи качества жизни у пациентов с дерматозами лица разного возраста значимое влияние тяжести кожного заболевания на оценку общего здоровья отмечалось у пациентов более молодого

возраста (r=-0,38; p<0,05). У пациентов старшего возраста тяжесть поражения кожи сказывалась на удовлетворенности ролевым функционированием (r=-0,49; p<0,01).

Наличие психопатологической симптоматики обуславливало снижение показателей качества жизни. Так, оценка по Госпитальной шкале выявила негативное влияние тревожных расстройств на все показатели качества жизни, в особенности на физическое (r=-0,53; p<0,01) и ролевое (r=-0,35; p<0,01) функционирование, болевые ощущения (r=-0,34; p<0,01), общее (r=-0,37; p<0,01) и психическое здоровье (r=-0,32; p<0,01). Выраженность депрессии по Госпитальной шкале способствовала ухудшению показателей преимущественно физического компонента качества жизни: физического функционирования (r=-0,44; p<0,001) и общего здоровья (r=-0,41; p<0,05). Клинико-шкальная оценка также показала ухудшение большинства показателей качества жизни под влиянием тревоги, в особенности физического функционирования (r=-0,34; p<0,01), общего здоровья (r=-0,35; p<0,01) и психологического здоровья (r=-0,32; p<0,01). В то же время выраженность депрессивной симптоматики наиболее негативно влияла на ролевое функционирование (r=-0,33; p<0,01).

У пациентов с дерматозами лица молодого возраста негативное влияние тревоги на показатели качества жизни было выражено в большей степени на показатели физического компонента. Наличие симптомов тревоги по Госпитальной шкале ухудшало оценки показателей физического (r=-0,43, p<0,01) и ролевого (r=-0,37, p<0,05) функционирования, боли (r=-0,41, p<0,05), жизнеспособности (r=-0,39, p<0,05), эмоционального функционирования (r=-0,37, p<0,05) и психического здоровья (r=-0,39, p<0,05). Тревожные расстройства, выявленные с помощью клинико-шкальной оценки, негативно сказывалась на оценке физического функционирования (r=-0,47, p<0,01). Клинико-шкальная оценка депрессии влияла на показатели общего здоровья (r=-0,36, p<0,05). Тяжесть депрессии (по Госпитальной шкале и по шкале Гамильтона) была сопряжена с большей тяжестью болевых ощущений (r=-0,41; p<0,05 и r=-0,36; p<0,05, соответственно).

Влияние тревоги на показатели качества жизни у пациентов с дерматозами лица старшего возраста было также выражено в большей степени, чем влияние депрессии. Так, выраженность тревоги по Госпитальной шкале негативно сказывалась на показателях физического функционирования ($r=-0,62$, $p<0,01$), ролевого функционирования ($r=-0,36$, $p<0,05$), общего ($r=-0,35$, $p<0,05$) и психического ($r=-0,36$, $p<0,05$) здоровья. Высокие значения тревоги по шкале Гамильтона были сопряжены с низкой оценкой физического функционирования ($r=-0,47$, $p<0,01$). Наличие депрессии у пациентов старшего возраста согласно самооценке негативно влияло на физическое функционирование ($r=-0,59$; $p<0,01$), ролевое физическое функционирование ($r=-0,34$; $p<0,05$) и оценку болевых ощущений ($r=-0,39$; $p<0,01$). При объективной оценке депрессии по шкале Гамильтона наиболее выраженное влияние было отмечено на оценки физического компонента качества жизни: физического функционирования ($r=-0,36$; $p<0,05$), ролевого физического функционирования ($r=-0,40$; $p<0,05$), болевых ощущений ($r=-0,39$; $p<0,05$) и общего состояния здоровья пациентов ($r=-0,36$; $p<0,05$).

Выраженное негативное влияние на показатели качества жизни, особенно психологическую составляющую, оказывала также выраженность соматизированных расстройств, навязчивостей, сенситивных идей отношения, гипотимии и тревоги по SCL-90 ($p<0,01$). Интересно, что у пациентов с дерматозами лица более молодого возраста негативный эффект психопатологических симптомов по SCL-90 сказывался преимущественно на ролевом эмоциональном функционировании и психическом здоровье, а у более старших больных – на физическом и социальном функционировании.

Таким образом, качество жизни у пациентов с дерматозами лица по большинству показателей значимо ниже такового, чем у пациентов с другой локализацией дерматозов. Пациенты с дерматозами лица, как младшего, так и старшего возраста склонны оценивать свое качество жизни ниже, чем пациенты аналогичных возрастных групп с дерматозами других локализаций. При этом у пациентов молодого возраста значимо более низкие оценки определялись по всем показателям качества жизни. Оценка взаимосвязей показателей SF-36 с клинико-

демографическими характеристиками пациентов выявила негативное влияние возраста и тяжести кожного заболевания на оценку качества жизни, представленное преимущественно у пациентов старшего возраста. Тревожная и депрессивная симптоматика также способствовали усугублению нарушений качества жизни, причем у пациентов обоих возрастных подгрупп в большей степени был выражен негативный эффект тревожных симптомов. Другие проявления психопатологических симптомов (соматизированные расстройства, навязчивости, межличностная тревожность) также отрицательно влияли на оценку качества жизни пациентами с дерматозами лица.

3.7. Психосоматические взаимосвязи у пациентов с дерматозами лица

Оценка психосоматических взаимосвязей в группе пациентов с дерматозами лица показала, что возраст пациентов значимо влиял на общую тяжесть психического состояния, что подтверждалось наличием положительных корреляций с индексом симптоматического дистресса 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 ($r=0,26$, $p<0,05$). 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 общего дистресса ($r=0,29$, $p<0,05$).

Клиническое впечатление о значительной частоте соматизированных эквивалентов тревоги подтверждалось взаимосвязью тревоги (по шкале тревоги Гамильтона) с наличием соматических симптомов ($r=0,27$, $p<0,05$). При этом более высокие показатели тревоги были сопряжены с большей выраженностью тревожно-фобических нарушений (страх дальнейшего прогрессирования высыпаний, навязчивые стремления регулярно проверять их в зеркале) ($r=0,75$, $p<0,01$). 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 обусловливали выраженность общего психического дистресса у пациентов с дерматозами лица (r=0,37, p<0,01 и r=0,30, p<0,05, соответственно).

Установлено, что с увеличением возраста больных растет тяжесть психических нарушений. У пациентов старшего возраста 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 старшего возраста усугубляло выраженность соматизированных психических симптомов (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.

Тяжелое течение кожного процесса у пациентов молодого возраста определяло выраженность тревожных переживаний. Об этом свидетельствует умеренная положительная связь между тяжестью кожного заболевания и показателями тревоги по шкале тревоги Гамильтона (r=0,48, p<0,01). Тяжесть кожного поражения у пациентов молодого возраста негативно сказывалась на уровне общей тяжести состояния (r=0,46, p<0,01). При этом с увеличением возраста влияние тяжести кожного поражения на выраженность психических нарушений уменьшалось.

Анализ взаимосвязей психопатологических симптомов у пациентов с дерматозами лица разных возрастных групп показал, что у больных молодого возраста большая тяжесть тревоги по шкале Гамильтона чаще вела к формированию тревожно-фобических нарушений (навязчивые размышления о кожном заболевании и своей внешности) (r=0,46, p<0,01). Рост тревоги у пациентов с дерматозами лица молодого возраста был сопряжен с нарастанием

напряженности, гнетущим беспокойным ожиданием «чего-то нехорошего» (r=0,48, p<0,01), а также ростом раздражительности и побуждений «выплеснуть напряжение», вступив в конфликт с окружающими или разломав что-либо из вещей (зеркало, предметы ухода за кожей) (r=0,37, p<0,05). При этом у больных молодого возраста депрессия в большей степени была сопряжена с ипохондрическими идеями (r=0,49, p<0,01), чем тревога (r=0,42, p<0,05).

У пациентов с дерматозами лица старшего возраста более тяжелые тревога и депрессия (по Госпитальной шкале) были сопряжены с большей выраженностью соматизированных нарушений (в особенности, проявлением вегетативных и гастроинтестинальных симптомов) (r=0,42, p<0,05 и r=0,46, p<0,01, соответственно). Также больные старшего возраста с более тяжелой тревогой и депрессией (при самооценке по Госпитальной шкале) были склонны к формированию сверхценных идей отношения в адрес окружающих (при социальных контактах), чувству неловкости при общении, ощущениям, что окружающие обращают повышенное внимание (r=0,46, p<0,01 и r=0,41, p<0,05, соответственно). Усугубление тревоги и депрессии у больных старшего возраста было сопряжено с ростом астенических нарушений (потерей энергии, жизненного тонуса), плаксивости, чувством одиночества (r=0,36, p<0,05 и r=0,35, p<0,05, соответственно). Подобные симптомокомплексы соответствуют астенической (неврастенической) форме депрессии, которые по литературным данным часто носят характер соматогенных расстройств (Смулевич А.Б., 2007). При усилении тревоги пациенты старшего возраста были более склоны к проявлениям обсессивно-компульсивных симптомов в виде навязчивых размышлений о высыпаниях и их расчесыванию для снятия напряжения (r=0,41, p<0,05).

Было отмечено, что у пациентов молодого тяжесть тревоги и депрессии негативно сказывалась на выраженности общего психического дистресса по SCL-90 (r=0,41 и r=0,37, p<0,05) в несколько большей степени, чем для больных старшего возраста (r=0,38 и r=0,36, p<0,05).

Глава 4. МАТЕМАТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ МЕЖГРУППОВЫХ РАЗЛИЧИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕРМАТОЗАМИ ЛИЦА

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

Для решения следующих задач диссертационного исследования: выявить факторы, влияющие на развитие психических расстройств при хронических дерматозах лица, и определить ведущие психопатологические симптомокопмлексы в структуре данных расстройств - нами был выбран метод статусметрии (Разоренов, Г.И., 1997). С его помощью по результатам клинико-психопатологического и психометрического обследования пациентов с дерматозами лица были построены математические модели.

Результаты обследования пациентов представлены тремя базами данных (БД), созданными с помощью системы управления базами данных (СУБД) Excel. Общая характеристика БД: число записей - 70 (по числу обследованных пациентов с дерматозами лица); число полей (параметров, признаков, показателей состояния пациентов) - 28.

Для первого сравнения мы сделали выборку пациентов с психическими расстройствами из группы больных с дерматозами лица. В выборку с психическими расстройствами вошло 30 человек (в одном случае у пациента было установлено 2 психиатрических диагноза) в возрасте от 18 до 66 лет, 2 мужчин (6,7%) и 28 женщин (93,3%). Выборку психически здоровых пациентов с дерматозами лица образовали 40 человек в возрасте от 14 до 65 лет, 3 мужчины (7,5%) и 37 женщин (92,5%).

Построению модели межгрупповых различий предшествовал традиционный статистический анализ 28 показателей, характеризующих состояние всех обследованных пациентов, представленный в таблице 8.

Таблица 8 - Статистическое сравнение значений средних основной выборки и выборки сравнения у пациентов с дерматозами лица

№ п/п	Наименование показателя	Значение показателя (M) ± m (с расстройст-вами)	Значение показателя (M) ± m (без расстройств)	1-p уровень значимости
1	2	3	4	5
X_3	Доля пациентов мужского пола	6,7%	7,5%	0,893
X_4	Возраст на момент тестирования	31,3±2,5	27,8±1,6	0,125
X_5	Выраженность тяжести кожного заболевания	2,53±0,16	2,28±0,11	0,093
X_6	Выраженность депрессии по шкале Гамильтона	5,37±0,88	1,42±0,33	0,000
X_7	Выраженность тревоги по шкале Гамильтона	8,20±0,52	2,95±0,45	0,000
Показатели по шкале SCL-90 (баллы)				
X_8	SOM (соматизация)	0,73±0,08	0,50±0,05	0,007
X_9	OC (обсессивность-компульсивность)	0,72±0,07	0,49±0,04	0,004
X_{10}	INT (межличностная сенситивность)	0,86±0,08	0,59±0,05	0,005
X_{11}	DEP (депрессия)	0,71±0,10	0,45±0,06	0,012
X_{12}	ANX (тревожность)	0,69±0,09	0,48±0,06	0,029
X_{13}	HOS (враждебность)	0,53±0,07	0,48±0,05	0,276
X_{14}	PHOB (фобии)	0,33±0,05	0,31±0,05	0,438
X_{15}	PAR (паранойяльные тенденции)	0,45±0,06	0,37±0,04	0,126
X_{16}	PSY(психотизм)	0,46±0,06	0,28±0,03	0,010
X_{17}	ADD (Дополнительные симптомы)	0,51±0,06	0,43±0,05	0,167
X_{18}	GSI (общий индекс тяжести)	0,66±0,07	0,45±0,04	0,005
X_{19}	PST (общее число утвердительных ответов)	41,00±3,23	30,40±1,88	0,003
X_{20}	PDSI (индекс наличного симтоматического дистресса)	6,37±2,12	2,34±0,65	0,037
Показатели по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (баллы)				
X_{21}	Выраженность депрессии	5,50±0,54	3,38±0,38	0,001
X_{22}	Выраженность тревоги	8,43±0,54	5,22±0,34	0,000

№ п/п	Наименование показателя	Значение показателя (M) ± m (с расстройст-вами)	Значение показателя (M) ± m (без расстройств)	1-p уровень значимости
Показатели по шкале SF-36 (баллы)				
X_{23}	PF (физическое функционирование)	83,17±3,07	92,13±1,65	0,006
X_{24}	RP (ролевое (физическое) функционирование)	67,50±5,77	80,63±3,74	0,030
X_{25}	BP (боль)	53,73±6,14	74,35±4,18	0,004
X_{26}	GH (общее здоровье)	46,70±2,85	61,80±2,32	0,000
X_{27}	VT(жизнеспособность)	54,50±3,54	65,75±2,32	0,005
X_{28}	SF (социальное функционирование)	56,67±3,38	68,13±3,00	0,007
X_{29}	RE (эмоциональное функционирование)	58,88±6,33	75,84±4,62	0,017
X_{30}	MH (психологическое здоровье)	59,73±3,52	69,00±1,90	0,012

Анализ данных таблицы выявил, что примерно одинаковые значения средних в сопоставляемых группах имели показатели пола, а также показатели враждебности, фобий и паранойяльности по SCL-90. Достоверно различались показатели тревоги и депрессии по Госпитальной шкале и шкалам Гамильтона, показатели соматизации, навязчивостей, межличностной чувствительности, депрессии, тревожности, психотизма, общих индексов по SCL-90 и все показатели SF-36. У остальных показателей различия были статистически не достоверны.

Полученные статистические характеристики средних исследованных показателей позволили определить уровень достоверности их различий. Однако по t-критерию Стьюдента (или критерию Манна-Уитни) невозможно дать количественную оценку влияния показателей на межгрупповые различия в исследуемых парах сравнения и выделить те из них, что в основном и определяют эти различия, поэтому для получения соответствующих оценок нами построена статусметрическая модель.

По результатам традиционного статистического анализа показатели X_3, $X_{13\text{-}15}$ - были исключены из рассмотрения, поскольку нас интересуют различия

между группами. В результате для последующего анализа оставлен следующий набор из 24 показателей:

$$X = (X_4 - X_{12}, X_{16} - X_{30}) \quad (1)$$

Следующий этап процедура отбора минимального количества наиболее информативных показателей (минимизация набора показателей методом «отщепления»), то есть путем последовательного исключения наименее информативного показателя. Сначала использовался полный набор (1) из $k = 24$ показателей, выбранных для построения модели. На каждом последующем этапе решалась задача построения модели, с помощью которой проводили классификацию всех 70 пациентов на две группы и определяли число неверных классификаций ошибку модели. Далее модель приводилась к безразмерному каноническому виду, удобному для анализа влияния показателей на обобщенный показатель состояния (ОПС) критерий межгрупповых различий.

В этом преобразованном виде модель приобретает свойство, имеющее большое значение для количественной оценки роли показателей, то есть оценки направления (положительное или отрицательное) и «силы» их влияния на критерий межгрупповых различий. Большему по абсолютной величине коэффициенту соответствует более сильное влияние соответствующего показателя на различия между сравниваемыми группами независимо от его физической природы и единиц измерения.

Это свойство позволило на каждом этапе производить построение модели, вычисление оценки ее качества – процента ошибочных классификаций по обучающей выборке, ранжирование коэффициентов модели, в результате которого на первом месте оказывается номер наибольшего по абсолютной величине коэффициента, на последнем месте - наименьшего.

В конце этапа из рассмотрения исключался показатель с наименьшим абсолютным значением коэффициента и начинался следующий этап, выполняемый в той же последовательности, что и предыдущий. Данная процедура выполнялась 24 раза (по количеству отобранных признаков).

Результатом минимизации числа информативных показателей оказывалась та модель, для которой рассчитано наименьшее число ошибок.

После выбора комплекса наиболее существенных (информативных) показателей, при котором ошибка модели минимальна, 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»:

$$Z_{психическое\ расстройство\ «+»-психическое\ расстройство\ «-»} = -2.098 + 0.602\ X_7 + \\ +0.145\ X_6 + 0.037\ X_4 - 0.052\ X_{26} \qquad (2)$$

где: $Z_{психическое\ расстройство\ «+»-психическое\ расстройство\ «-»}$ - критерий межгрупповых различий; X_4 - возраст на момент тестирования, (кол-во лет); X_6 - выраженность депрессия по шкале Гамильтона, (баллы); X_7 - выраженность тревоги по шкале Гамильтона, (баллы); X_{26} - оценка общего здоровья по шкале SF-36, (баллы).

Ошибка модели (2) составила 12,9 %.

С помощью модели (2) получено также решающее правило классификации пациентов:

$$\begin{cases} \text{если } Z_{психическое\ расстройство\ «+»-психическое\ расстройство\ «-»} > -0{,}039, & \text{то объект принадлежит группе 1 (пациенты с дерматозами лица с психическими расстройствами),} \\ \text{если } Z_{психическое\ расстройство\ «+»-психическое\ расстройство\ «-»} < -0{,}194, & \text{то объект принадлежит группе 2 (психически здоровые пациенты с дерматозами лица),} \\ \text{при } -0{,}194 \le Z_{психическое\ расстройство\ «+»-психическое\ расстройство\ «-»} \le -0{,}039 & \text{– неопределенное решение.} \end{cases} \qquad (3)$$

После приведения модели (2) к виду, удобному для анализа, была оценена весомость вклада каждого из первичных показателей в критерий межгрупповых различий $Z_{психическое\ расстройство\ «+»-психическое\ расстройство\ «-»}$ по абсолютной величине и знаку коэффициентов. Найденные значения образовали два ряда ранжированных

по убыванию абсолютной величины коэффициентов и, следовательно, по величине вклада показателя в критерий межгрупповых различий $Z_{психическое\ расстройство\ «+»\text{-}психическое\ расстройство\ «-»}$:

Положительный:	(b_7 = 0,808)	– выраженность тревоги по шкале Гамильтона,
	(b_6 = 0,283)	– выраженность депрессии по шкале Гамильтона,
	(b_4 = 0,232)	– возраст на момент тестирования.
Отрицательный:	**(**b_{26} = – 0,280)	– SF-36 GH (общее здоровье).

(4)

Анализ этих рядов позволил получить следующие новые данные, извлеченные из БД с помощью модели (1):

– для 1 группы (пациенты с дерматозами лица с психическими расстройствами) характерны высокие значения показателей положительного ряда (выраженность тревоги и депрессии по шкале Гамильтона), более старший возраст на момент тестирования, меньшие значения оценки показателей общего здоровья по SF-36;

– для пациентов 2 группы **(**психически здоровые пациенты с дерматозами лица) характерны более высокие уровни показателей отрицательного ряда – оценка общего здоровья по SF-36.

Сравнение групповых средних, представленных в таблице подтверждает качественную картину полученной выше оценки влияния показателей.

Проведенный статусметрический анализ позволил сделать следующие выводы: «стрежневой» основой в формировании психических расстройств у пациентов с дерматозами лица была тревожная симптоматика. Повышенная склонность к формированию тревожных реакций может не только способствовать развитию психических расстройств у данной группы больных, но и быть одним из факторов возникновения/обострения кожной патологии. При этом данная симптоматика может быть также обусловлена изначальными

тревожно-ипохондрическими личностными особенностями, что подтверждается преобладанием тревожных черт в структуре личностных расстройств у пациентов с дерматозами лица. Более подробно данная гипотеза рассмотрена в главе «Обсуждение».

Другим важным образующим фактором психических расстройств у больных с дерматозами лица являлась гипотимия. Средняя выраженность депрессии по шкале Гамильтона соответствовала субклиническим значениям (5,37±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 и более низкая оценка пациентами показателей общего здоровья в структуре качества жизни. Это дает возможность предположить, что склонность к негативному взгляду на свое состояние у пациентов с дерматозами лица усугубляла восприятие кожного заболевания и могла 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 оценивают свое здоровье. При этом частое сочетание ипохондрических тенденций с тревожными чертами у пациентов с дерматозами лица с коморбидной психической патологией может говорить о преобладании у таких больных тревожно-ипохондрических особенностей личности.

Возраст пациентов оказывал влияние на развитие психических расстройств. 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. Это указывает на то, что выраженность дерматоза оказывает значительно менее выраженное влияние на формирование

психических расстройств при поражении лица.

Для оценки специфичности образующих факторов в развитии и структуре психических расстройств у пациентов с дерматозами лица методом статусметрии нами также была построена математическая модель, оценивающая роль различных факторов в формировании психопатологии при дерматозах других косметических локализаций. Данная модель была выполнена по результатам клинико-психопатологического и психометрического обследования больных группы сравнения.

Для выполнения сравнений мы сделали выборку пациентов с психическими расстройствами из группы больных с дерматозами других косметических локализаций. В выборку с психическими расстройствами вошло 5 человек в возрасте от 29 до 63 лет, 1 мужчина (20%) и 4 женщины (80%). Выборку сравнения для большей достоверности статистических расчетов составили 10 пациентов группы сравнения с наименьшей выраженностью психических нарушений по данным клинико-психопатологического и психометрического обследования. Возраст в выборке сравнения варьировал от 21 до 65 лет, в неё вошли 1 мужчина (10%) и 9 женщин (90%).

Построению модели межгрупповых различий предшествовал традиционный статистический анализ 28 показателей, характеризующих состояние всех обследованных пациентов, представленный в таблице 9.

Таблица 9 - Статистическое сравнение значений средних основной выборки и выборки сравнения у пациентов с дерматозами других косметических локализаций

№ п/п	Наименование показателя	Значение показателя (M) ± m (с расстройст-вами)	Значение показателя (M) ± m (без расстройств)	1-p уровень значимости
1	2	3	4	5
X_3	Доля пациентов мужского пола	20%	10%	0,096
X_4	Возраст на момент тестирования	33,40±5,03	42,40±6,95	0,157

№ п/п	Наименование показателя	Значение показателя (M) ± m (с расстройст-вами)	Значение показателя (M) ± m (без расстройств)	1-p уровень значимости
X_5	Выраженность тяжести кожного заболевания	2,40±0,16	2,60±0,40	0,326
X_6	Выраженность депрессии по шкале Гамильтона	5,37±0,88	1,42±0,33	0,000
X_7	Выраженность тревоги по шкале Гамильтона	8,20±0,52	2,95±0,45	0,000
Показатели по шкале SCL-90 (баллы)				
X_8	SOM (соматизация)	0,73±0,08	0,50±0,05	0,007
X_9	OC (обсессивность-компульсивность)	0,72±0,07	0,49±0,04	0,004
X_{10}	INT (межличностная сенситивность)	0,86±0,08	0,59±0,05	0,005
X_{11}	DEP (депрессия)	0,71±0,10	0,45±0,06	0,012
X_{12}	ANX (тревожность)	0,69±0,09	0,48±0,06	0,029
X_{13}	HOS (враждебность)	0,53±0,07	0,48±0,05	0,276
X_{14}	PHOB (фобии)	0,33±0,05	0,31±0,05	0,438
X_{15}	PAR (паранойяльные тенденции)	0,45±0,06	0,37±0,04	0,126
X_{16}	PSY(психотизм)	0,46±0,06	0,28±0,03	0,010
X_{17}	ADD (Дополнительные симптомы)	0,51±0,06	0,43±0,05	0,167
X_{18}	GSI (общий индекс тяжести)	0,66±0,07	0,45±0,04	0,005
X_{19}	PST (общее число утвердительных ответов)	41,00±3,23	30,40±1,88	0,003
X_{20}	PDSI (индекс наличного симтоматического дистресса)	6,37±2,12	2,34±0,65	0,037
Показатели по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (баллы)				
X_{21}	Выраженность депрессии	5,50±0,54	3,38±0,38	0,001
X_{22}	Выраженность тревоги	8,43±0,54	5,22±0,34	0,000
Показатели по шкале SF-36 (баллы)				
X_{23}	PF (физическое функционирование)	83,17±3,07	92,13±1,65	0,006
X_{24}	RP (ролевое(физическое) функционирование)	67,50±5,77	80,63±3,74	0,030
X_{25}	BP (боль)	53,73±6,14	74,35±4,18	0,004
X_{26}	GH (общее здоровье)	46,70±2,85	61,80±2,32	0,000
X_{27}	VT (жизнеспособность)	54,50±3,54	65,75±2,32	0,005
X_{28}	SF (социальное	56,67±3,38	68,13±3,00	0,007

№ п/п	Наименование показателя	Значение показателя (M) ± m (с расстройст-вами)	Значение показателя (M) ± m (без расстройств)	1-p уровень значимости
	функционирование)			
X_{29}	RE (эмоциональное функционирование)	58,88±6,33	75,84±4,62	0,017
X_{30}	MH (психологическое здоровье)	59,73±3,52	69,00±1,90	0,012

Анализ данных таблицы выявил, что примерно одинаковые значения средних в сопоставляемых группах имели показатели пола, тяжести заболевания, тревожности и общего дистресса по SCL-90. Статистически недостоверные различия были отмечены по возрасту и жизнеспособности по SF-36. Все остальные показатели достоверно различались по t-критерию Стьюдента.

После выбора комплекса наиболее существенных (информативных) показателей, при котором ошибка модели минимальна, была построена модель для обобщенного показателя $Z_{психическое\ расстройство\ «+»\text{-}психическое\ расстройство\ «-»}$ - критерия межгрупповых различий для пары групп пациентов «выборка без психических расстройств – выборка с психическими расстройствами»:

$$Z_{психическое\ расстройство\ «+»\text{-}психическое\ расстройство\ «-»} = -229.833 - 11.308\ X_7 + 2.219\ X_{23} + 0.945\ X_{26} \quad (5)$$

где: $Z_{психическое\ расстройство\ «+»\text{-}психическое\ расстройство\ «-»}$ - критерий межгрупповых различий; X_7 - выраженность тревоги по шкале Гамильтона, (баллы); X_{23} - оценка физического функционирования по шкале SF-36, (баллы); X_{29} - оценка эмоционального функционирования по шкале SF-36, (баллы).

Ошибка модели (5) составила 0 %.

С помощью модели (5) получено также решающее правило классификации пациентов:

$$\begin{cases} \text{если } Z_{\text{психическое расстройство «+»-психическое расстройство «-»}} > 49.071, & \text{то объект принадлежит группе 1 (психически здоровые пациенты),} \\ \text{если } Z_{\text{психическое расстройство «+»-психическое расстройство «-»}} < -57.598, & \text{то объект принадлежит группе 2 (пациенты с психическими расстройствами),} \\ \text{при } -57.598 \leq Z_{\text{психическое расстройство «+»-психическое расстройство «-»}} \leq 49.071 & \text{– неопределенное решение.} \end{cases} \quad (6)$$

После приведения модели (5) к виду, удобному для анализа, была оценена весомость вклада каждого из первичных показателей в критерий межгрупповых различий $Z_{\text{психическое расстройство «+»-психическое расстройство «-»}}$ по абсолютной величине и знаку коэффициентов. Найденные значения образовали два ряда ранжированных по убыванию абсолютной величины коэффициентов и, следовательно, по величине вклада показателя в критерий межгрупповых различий $Z_{\text{психическое расстройство «+»-психическое расстройство «-»}}$:

Положительный: ($b_{23} = 0.414$) – выраженность физического функционирования по SF-36,

($b_{26} = 0.336$) – выраженность эмоционального функционирования по SF-36,

Отрицательный: (**$b_7 = -0.845$**) – выраженность тревоги по шкале Гамильтона. (7)

Анализ этих рядов позволил получить следующие новые данные, извлеченные из БД с помощью модели (5):

– для 2 группы (пациенты с дерматозами других косметических локализаций с психическими расстройствами) характерны высокие значения показателей положительного ряда (выраженность тревоги по шкале Гамильтона), меньшие значения показателей физического и эмоционального функционирования по SF-36;

– для пациентов 1 группы (психически здоровые пациенты с дерматозами других косметических локализаций) характерны более высокие уровни

показателей отрицательного ряда – физического и эмоционального функционирования по SF-36.

Как и в пациентов с дерматозами лица ключевым образующим фактором психических расстройств была тревожная симптоматика. Это может говорить о том, что механизмы формирования тревожных расстройств (активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, стрессовый ответ) являются ключевыми в развитии коморбидной дерматозам психической патологии вне зависимости от локализации процесса. Важными образующими факторами в структуре психических расстройств у пациентов группы сравнения также были низкая самооценка физического и эмоционального функционирования. Таким образом, больные группы сравнения с психическими расстройствами были более склонны негативно оценивать свою работоспособность и активность. Для больных же основной группы более важным фактором была негативная оценка общих показателей здоровья и перспектив дальнейшего лечения.

В то же время обращает на себя внимание, что депрессивные симптомы не являлись образующими в структуре психических расстройств в группе сравнения. Возраст у больных группы сравнения также не являлся значимым фактором риска развития/усугубления психической патологии.

Таким образом, при хронических дерматозах лица образующими факторами психической патологии была генерализованная тревога в сочетании с гипотимией. На риск развития психических расстройств при дерматозах лица влияли склонность к низкой самооценке общего здоровья и возраст больных. Для дерматозов других косметических локализаций основными образующими факторами психических расстройств были тревога в сочетании с низкой самооценкой больными своего физического и эмоционального функционирования.

4.2. Ведущие симптомокомплексы в структуре тревожных и депрессивных расстройств у пациентов с дерматозами лица

Для оценки ведущих симптомокомплексов в клинической структуре тревожных и депрессивных расстройств у пациентов с дерматозами лица методом статусметрии нами были построены отдельные математические модели. Данные модели были выполнены по результатам клинико-психопатологического обследования больных и оценки психического состояния пациентов при помощи шкал тревоги и депрессии Гамильтона.

Для проведения сравнений нами была использована выборка из 30 пациентов основной группы с диагностированными психическими расстройствами. Контрольную группу составили 40 пациентов с дерматозами лица без психических расстройств.

Для выполнения модели межгрупповых различий в структуре тревожных расстройств у пациентов с дерматозами лица был выполнен статистический анализ 18 показателей, характеризующих структуру тревоги (таблица 10).

Таблица 10 - Статистическое сравнение значений средних в структуре тревоги у пациентов с дерматозами лица с психическими расстройствами и без таковых

№ п/п	Наименование показателя	Значение показателя (M) ± m (с расстройствами)	Значение показателя (M) ± m (без расстройств)	1-p уровень значимости
1	2	3	4	5
X_3	Доля пациентов мужского пола	6,7%	7,5%	0,893
X_4	Возраст на момент обследования	31,3±2,5	27,8±1,6	0,125
X_5	Выраженность тяжести кожного заболевания	2,53±0,16	2,28±0,11	0,093
X_6	Выраженность тревоги по шкале Гамильтона	8,20±0,52	2,95±0,45	0,000
Показатели по шкале Гамильтона (баллы)				
X_7	Тревожное настроение	1,77±0,10	0,75±0,10	0,000
X_8	Напряжение	1,30±0,13	0,52±0,09	0,000
X_9	Страхи	0,70±0,14	0,25±0,08	0,003
X_{10}	Бессонница	0,63±0,09	0,30±0,07	0,003

№ п/п	Наименование показателя	Значение показателя (M) ± m (с расстройствами)	Значение показателя (M) ± m (без расстройств)	1-p уровень значимости
X_{11}	Когнитивные нарушения	0,13±0,06	0,08,±0,04	0,222
X_{12}	Депрессия	0,90±0,13	0,38±0,08	0,000
X_{13}	Мышечная симптоматика	0,40±0,11	0,25±0,08	0,140
X_{14}	Сенсорная симптоматика	0,57±0,10	0,20±0,06	0,002
X_{15}	Сосудистые симптомы	0,23±0,08	0,08±0,04	0,040
X_{16}	Респираторная симптоматика	0,10±0,06	0,03±0,03	0,112
X_{17}	Гастроинтестинальная симптоматика	0,23±0,08	0,05±0,03	0,018
X_{18}	Мочеполовая симптоматика	0,00±0,00	0,03±0,03	0,160
X_{19}	Вегетативная симптоматика	0,90±0,11	0,25±0,07	0,000
X_{20}	Поведение	0,00±0,00	0,00±0,00	*

Анализ данных таблицы выявил, что примерно одинаковые значения средних в сопоставляемых группах имеют показатели пола и тревожного поведения. Достоверно различаются по t-критерию Стьюдента общий показатель тревоги, а также показатели тревожного настроения, страхов, бессонницы, депрессии, сенсорных, сердечно-сосудистых, гастроинтестинальных и вегетативных симптомов. У остальных показателей имеются незначительные различия и эти различия статистически не достоверны.

После выбора комплекса наиболее существенных (информативных) показателей, при котором ошибка модели минимальна, была построена модель для обобщенного показателя $W_{тревога\ «+»\text{-}тревога\ «-»}$ - критерия межгрупповых различий для пары групп пациентов «основная группа - группа сравнения»:

$$W_{тревога\ «+»\text{-}тревога\ «-»} = -5{,}328 + 2{,}299\ X_7 + 0{,}049\ X_4 + 1{,}104\ X_{19} + 0{,}929\ X_{14} - -2{,}680\ X_{18} \quad (8)$$

где: $W_{тревога\ «+»\text{-}тревога\ «-»}$ - критерий межгрупповых различий; X_4 - возраст на момент тестирования, (кол-во лет); X_7 - выраженность тревожного настроения, (баллы); X_{14} - выраженность сенсорных симптомов, (баллы); X_{18} - выраженность мочеполовых симптомов, (баллы); X_{19} - выраженность вегетативных симптомов, (баллы).

Ошибка модели (8) составила 17,1 %.

С помощью модели (8) получено также решающее правило классификации пациентов:

$$\begin{cases} \text{если } W_{тревога\ «+»\text{-}тревога\ «-»} > 0{,}410, & \text{то объект принадлежит группе 1 (пациенты с психическими расстройствами),} \\ \text{если } W_{тревога\ «+»\text{-}тревога\ «-»} < -0{,}091, & \text{то объект принадлежит группе 2 (психически здоровые пациенты),} \\ \text{при } -0{,}091 \le W_{тревога\ «+»\text{-}тревога\ «-»} \le 0{,}410 & \text{– неопределенное решение.} \end{cases} \quad (9)$$

После приведения модели (8) к виду, удобному для анализа, была оценена весомость вклада каждого из первичных показателей в критерий межгрупповых различий $W_{тревога\ «+»\text{-}тревога\ «-»}$ по абсолютной величине и знаку коэффициентов. Найденные значения образовали два ряда ранжированных по убыванию абсолютной величины коэффициентов и, следовательно, по величине вклада показателя в критерий межгрупповых различий $W_{тревога\ «+»\text{-}тревога\ «-»}$:

Положительный:	$(b_7 = 0{,}825)$	– выраженность тревожного настроения,
	$(b_4 = 0{,}311)$	– возраст на момент тестирования.
	$(b_{19} = 0{,}264)$	– выраженность вегетативных симптомов,
	$(b_{14} = 0{,}222)$	– выраженность сенсорных симптомов,
Отрицательный:	$(b_{18} = -0{,}320)$	– выраженность мочеполовых симптомов.

(10)

Анализ этих рядов позволил получить следующие новые данные, извлеченные из БД с помощью модели (8):

– для 1 группы (пациенты с дерматозами лица с психическими расстройствами) характерны высокие значения показателей положительного ряда (выраженность тревожного настроения, вегетативных и сенсорных симптомов), более старший возраст на момент тестирования, меньшие значения показателей мочеполовых симптомов;

– для пациентов 2 группы (психически здоровые пациенты с дерматозами лица) характерны более высокие уровни показателей отрицательного ряда - выраженность мочеполовых симптомов.

На основании полученной модели можно сделать выводы о том, что ключевым симптомом в структуре тревожных расстройств было наличие генерализованной тревоги. Как упоминалось выше, предрасположенность к повышенным тревожным реакциям в ответ на стрессоры может быть риском развития, как кожной патологии, так и коморбидных им психических расстройств.

Другими образующими факторами тревожных расстройств было наличие у пациентов с дерматозами лица выраженных вегетативных и сенсорных симптомов. Это свидетельствует в пользу высокой вовлеченности автономной нервной системы в механизмы формирования психической патологии у больных дерматозами лица. При этом для больных с дерматозами лица с психической патологией было менее характерно наличие сексуальных нарушений (снижение либидо, фригидность), что может указывать на меньшую вовлеченность урогенитальной системы в формировании комплексного ответа на стресс при поражении области лица.

Как и в предыдущих моделях, возраст был одним из значимых факторов, способствующих повышению риска развития психических нарушений.

У пациентов с дерматозами других косметических локализаций модель межгрупповых различий в структуре тревоги была выполнена на основе выборки

из 5 пациентов с психическими расстройствами и выборки 10 наиболее психически здоровых пациентов.

Таблица 11 - Статистическое сравнение значений средних в структуре тревоги у пациентов с дерматозами других косметических локализаций с психическими расстройствами и без таковых

№ п/п	Наименование показателя	Значение показателя (M) ± m (без расстройств)	Значение показателя (M) ± m (с расстройствами)	1-p уровень значимо-сти
1	2	3	4	5
X_3	Доля пациентов мужского пола	10%	20%	0,096
X_4	Возраст на момент обследования	33,40±5,03	42,40±6,95	0,157
X_5	Выраженность тяжести кожного заболевания	2,40±0,16	2,60±0,40	0,326
X_6	Выраженность тревоги по шкале Гамильтона	1,10±0,41	8,20±1,66	0,001
Показатели по шкале Гамильтона (баллы)				
X_7	Тревожное настроение	0,10±0,10	1,80±0,20	0,000
X_8	Напряжение	0,40±0,16	0,80±0,37	0,173
X_9	Страхи	0,10±0,10	0,40±0,40	0,240
X_{10}	Бессонница	0,00±0,00	0,40±0,24	0,063
X_{11}	Когнитивные нарушения	0,10±0,10	0,80±0,37	0,047
X_{12}	Депрессия	0,10±0,10	1,00±0,45	0,036
X_{13}	Мышечная симптоматика	0,00±0,00	0,80±0,37	0,026
X_{14}	Сенсорная симптоматика	0,10±0,10	0,60±0,24	0,041
X_{15}	Сосудистые симптомы	0,00±0,00	0,00±0,00	*
X_{16}	Респираторная симптоматика	0,00±0,00	0,00±0,00	*
X_{17}	Гастроинтестинальная симптоматика	0,00±0,00	0,60±0,40	0,079
X_{18}	Мочеполовая симптоматика	0,00±0,00	0,20±0,20	0,168
X_{19}	Вегетативная симптоматика	0,10±0,10	0,60±0,24	0,041
X_{20}	Поведения	0,10±0,10	0,20±0,20	0,331

При анализе данных таблицы было установлено, что достоверно различались по t-критерию Стьюдента общий показатель тревоги, а также

показатели тревожного настроения, когнитивных нарушений, депрессии, мышечных, сенсорных и вегетативных симптомов.

После выбора комплекса наиболее существенных показателей, при котором ошибка модели минимальна, была построена модель:

$$W_{тревога\ «+»\text{-}тревога\ «-»} = +\ 30{,}471 - 27{,}444\ X_7 - 29{,}808\ X_{18} - 3{,}545\ X_{13} \quad (11)$$

где: $W_{тревога\ «+»\text{-}тревога\ «-»}$ – критерий межгрупповых различий; X_7 – возраст на момент тестирования, (кол-во лет); X_7 – выраженность тревожного настроения, (баллы); X_{13} – выраженность мышечных симптомов, (баллы); X_{18} – выраженность мочеполовых симптомов, (баллы).

Ошибка модели (11) составила 0 %.

С помощью модели (11) получено также решающее правило классификации пациентов:

$$\begin{cases} \text{если } W_{тревога\ «+»\text{-}тревога\ «-»} > 0{,}410, & \text{то объект принадлежит группе 1 (пациенты с психическими расстройствами),} \\ \text{если } W_{тревога\ «+»\text{-}тревога\ «-»} < -0{,}091, & \text{то объект принадлежит группе 2 (психически здоровые пациенты),} \\ \text{при } -0{,}091 \le W_{тревога\ «+»\text{-}тревога\ «-»} \le 0{,}410 & \text{– неопределенное решение.} \end{cases} \quad (12)$$

После приведения модели (11) к виду, удобному для анализа, была оценена весомость вклада каждого из первичных показателей в критерий межгрупповых различий $W_{тревога\ «+»\text{-}тревога\ «-»}$ по абсолютной величине и знаку коэффициентов. Найденные значения образовали два ряда ранжированных по убыванию абсолютной величины коэффициентов и, следовательно, по величине вклада показателя в критерий межгрупповых различий $W_{тревога\ «+»\text{-}тревога\ «-»}$:

Отрицательный: ($b_7 = -0{,}873$) – выраженность тревожного настроения;
($b_{18} = -0{,}474$) – выраженность мочеполовых симптомов;
($b_{13} = -0{,}112$) – выраженность мышечных симптомов. (13)

Анализ этих рядов позволил получить следующие новые данные, извлеченные из БД с помощью модели (11):

– для 2 группы (пациенты с дерматозами косметически значимых локализаций с психическими расстройствами) были характерны высокие значения показателей отрицательного ряда - выраженность тревожного настроения, мочеполовых и мышечных симптомов;

На основании полученной модели можно сделать выводы о том, что для пациентов с дерматозами косметические значимых локализаций «стрежневым» симптомом в структуре тревожных расстройств была генерализованная тревога, как и при поражении области лица.

В структуре соматизированной тревоги у больных с дерматозами других косметических локализаций наиболее значимую роль играли симптомы мышечного напряжения и сексуальные нарушения (снижение либидо, фригидность). Интересно, что расстройства сексуальной сферы были более характерны для пациентов с кожным поражением внелицевой локализации.

Построению модели межгрупповых различий в структуре депрессии предшествовал традиционный статистический анализ 25 показателей, характеризующих состояние всех обследованных пациентов, представленный в таблице 12.

Таблица 12 - Статистическое сравнение значений средних в структуре депрессии у пациентов с дерматозами лица с психическими расстройствами и без таковых

№ п/п	Наименование показателя	Значение показателя (M) ± m (с расстройствами)	Значение показателя (M) ± m (без расстройств)	1-p уровень значимости
1	2	3	4	5
X_3	Доля пациентов мужского пола	6,7%	7,5%	0,893
X_4	Возраст на момент обследования	31,3±2,5	27,8±1,6	0,125

№ п/п	Наименование показателя	Значение показателя (M) ± m (с расстройствами)	Значение показателя (M) ± m (без расстройств)	1-р уровень значимости
X_5	Выраженность тяжести кожного заболевания	2,53±0,16	2,28±0,11	0,093
X_6	Выраженность депрессии по шкале Гамильтона	5,37±0,88	1,42±0,33	0,000
Показатели по шкале Гамильтона (баллы)				
X_7	Депрессивное настроение	1,03±0,17	0,47±0,10	0,003
X_8	Идеи виновности	0,27±0,11	0,05±0,05	0,035
X_9	Суицидальные тенденции	0,07±0,07	0,00±0,00	0,160
X_{10}	Начальная бессонница	0,10±0,07	0,00±0,00	0,089
X_{11}	Средняя бессонница	0,20±0,10	0,00±0,00	0,025
X_{12}	Ранняя бессонница	0,00±0,00	0,00±0,00	*
X_{13}	Влияние симптомов на работу/учебу	0,33±0,15	0,05±0,03	0,039
X_{14}	Заторможенность	0,03±0,03	0,03±0,03	0,421
X_{15}	Ажитация	0,17±0,08	0,00±0,00	0,026
X_{16}	Тревога психическая	1,00±0,17	0,47±0,13	0,009
X_{17}	Тревога соматическая	0,50±0,13	0,25±0,09	0,060
X_{18}	Гастроинтестинальные симптомы	0,27±0,12	0,10±0,05	0,096
X_{19}	Общесоматические симптомы	0,40±0,15	0,13±0,06	0,047
X_{20}	Генитальные расстройства	0,00±0,00	0,00±0,00	*
X_{21}	Ипохондрия	0,40±0,12	0,15±0,07	0,040
X_{22}	Изменения веса	0,00±0,00	0,00±0,00	*
X_{23}	Критика к состоянию	0,07±0,05	0,03±0,03	0,216
X_{24}	Суточные колебания	0,33±0,13	0,00±0,00	0,006
X_{25}	Деперсонализация	0,03±0,03	0,00±0,00	0,160
X_{26}	Параноидные/сенситив-ные тенденции	0,03±0,03	0,00±0,00	0,160
X_{27}	Навязчивости	0,00±0,00	0,00±0,00	*

На основании анализа данных таблицы было показано, что примерно одинаковые значения средних в сопоставляемых группах имели доли пациентов

мужского пола, а также показатели суицидальных тенденций, поздней бессонницы, заторможенности, генитальных симптомов, изменений веса и навязчивостей. Достоверно различались по t-критерию Стьюдента общий показатель депрессии, показатели настроения, виновности, средней бессонницы, влияние симптомов на работу/деятельность, ажитации, психической тревоги, общесоматических симптомов, ипохондрии, суточных колебаний симптомов. У остальных показателей различия были статистически не достоверны.

После выбора комплекса наиболее существенных показателей, при котором ошибка модели минимальна, была построена модель для обобщенного показателя $Y_{депрессия\ «+»\text{-}депрессия\ «-»}$ - критерия межгрупповых различий для пары групп пациентов «выборка с психическими расстройствами – выборка без психических расстройств»:

$$Y_{депрессия\ «+»\text{-}депрессия\ «-»} = -1{,}788 + 3{,}749\,X_{26} + 1{,}474\,X_{24} + 1{,}401\,X_{10} + \\ +0{,}039\,X_4 + 0{,}807\,X_{11} + 0{,}804\,X_{18} \qquad (14)$$

где: $Y_{депрессия\ «+»\text{-}депрессия\ «-»}$ - критерий межгрупповых различий; X_4 - возраст на момент тестирования, (количество лет); X_{10} - ранняя бессонница, (баллы); X_{11} - средняя бессонница, (баллы); X_{18} – гастроинтестинальные симптомы, (баллы); X_{24} - суточные колебания, (баллы), X_{26} - сенситивные идеи отношения, (баллы).

Ошибка модели (14) составила 29,4 %.

С помощью модели (8) получено также решающее правило классификации пациентов:

$$\begin{cases} \text{если } Y_{депрессия\ «+»\text{-}депрессия\ «-»} > -0{,}214, & \text{то объект принадлежит группе 1 (пациенты с психическими расстройствами),} \\ \text{если } Y_{депрессия\ «+»\text{-}депрессия\ «-»} < -0{,}329, & \text{то объект принадлежит группе 2 (психически здоровые пациенты),} \\ \text{при } -0{,}329 \le Y_{депрессия\ «+»\text{-}депрессия\ «-»} \le -0{,}214 & \text{– неопределенное решение.} \end{cases} \qquad (15)$$

После приведения модели (14) к виду, удобному для анализа, была оценена весомость вклада каждого из первичных показателей в критерий межгрупповых различий $Y_{депрессия\ «+»\text{-}депрессия\ «-»}$ по абсолютной величине и знаку коэффициентов. Найденные значения образовали два ряда ранжированных по убыванию абсолютной величины коэффициентов и, следовательно, по величине вклада показателя в критерий межгрупповых различий $Y_{депрессия\ «+»\text{-}депрессия\ «-»}$:

Положительный: (b_{26} = 0,592) – выраженность сенситивных идей отношения,
(b_{24} = 0,466) – выраженность суточных колебаний,
(b_{10} = 0,442) – ранняя бессонница,
(b_4 = 0,325) – возраст на момент тестирования,
(b_{11} = 0,255) – средняя бессонница,
(b_{18} = 0,254) – выраженность гастроинтестинальных симптомов.

(16)

Анализ этих рядов позволил получить следующие новые данные, извлеченные из БД с помощью модели (14):

– для 1 группы (пациенты с дерматозами лица с психическими расстройствами) характерны высокие значения показателей положительного ряда (выраженность сенситивных идей, расстройства сна в виде ранней и средней бессонниц, выраженность гастроинтестинальных симптомов, суточные колебания настроения), более старший возраст на момент тестирования.

На основании полученной модели можно сделать следующие выводы: ключевым симптомом, определяющим структуру депрессивных расстройств, были сенситивные идеи отношения. Вероятно, постоянное ощущение негативного отношения обусловливало неадекватное восприятие больными кожного дефекта, способствовало патологическому снижению настроения и усугубляло имеющиеся переживания, приводя к их развитию в психическую патологию.

Обращает на себя внимание то, что одним из определяющих факторов в структуре депрессивных расстройств были суточные колебания имеющейся симптоматики. Это может подтверждать то, что психические расстройства при дерматозах лица носят сложный эндореактивный характер, а не являются психогенными реакциями на кожные высыпания.

К значимым факторам в структуре депрессивных расстройств также относились расстройства сна (ранняя и средняя формы бессонницы). Особенности диссомнии (преобладание ранней и средней её форм) могут быть связаны со специфичными гормональными нарушениями, характерными для кожных заболеваний (изменения секреции меланокортина). Подробнее этот вопрос рассмотрен в главе «Обсуждение».

Для больных дерматозами лица была характерна соматизация депрессии с преобладанием «маски» по типу абдоминальных нарушений. Это подтверждает высокую склонность пациентов с дерматозами лица к формированию соматизированных расстройств с вовлечением в процесс не только кожных покровов, но и других органов и систем.

Как было показано и при общей оценке факторов, влияющих на развитие психической патологии при дерматозах лица, увеличение возраста пациентов способствовало развитию депрессивных расстройств.

Для построения аналогичной модели в группе сравнения были использованы выборки из 5 пациентов с психическими расстройствами и 10 наиболее психически здоровых пациентов, которые рассматривались при оценке общих факторов риска.

Таблица 13 – Статистическое сравнение значений средних в структуре депрессии у пациентов с дерматозами других косметических локализаций с психическими расстройствами и без таковых

№ п/п	Наименование показателя	Значение показателя (M) ± m (без расстройств)	Значение показателя (M) ± m (с расстройст-вами)	1-p уровень значимости
1	2	3	4	5

№ п/п	Наименование показателя	Значение показателя (M) ± m (без расстройств)	Значение показателя (M) ± m (с расстройст-вами)	1-p уровень значимости
X_3	Доля пациентов мужского пола	10%	20%	0,096
X_4	Возраст на момент обследования	33,40±5,03	42,40±6,95	0,157
X_5	Выраженность тяжести кожного заболевания	2,40±0,16	2,60±0,40	0,326
X_6	Выраженность депрессии по шкале Гамильтона	0,20±0,13	8,80±0,80	0,000
Показатели по шкале Гамильтона (баллы)				
X_7	Депрессивное настроение	0,10±0,10	0,60±0,40	0,123
X_8	Идеи виновности	0,00±0,00	0,40±0,24	0,063
X_9	Суицидальные тенденции	0,00±0,00	0,00±0,00	*
X_{10}	Начальная бессонница	0,00±0,00	0,40±0,40	0,168
X_{11}	Средняя бессонница	0,00±0,00	0,20±0,20	0,168
X_{12}	Ранняя бессонница	0,00±0,00	0,00±0,00	*
X_{13}	Влияние симптомов на работу/учебу	0,10±0,10	0,60±0,40	0,123
X_{14}	Заторможенность	0,00±0,00	0,20±0,20	0,168
X_{15}	Ажитация	0,00±0,00	0,60±0,24	0,015
X_{16}	Тревога психическая	0,00±0,00	1,40±0,40	0,002
X_{17}	Тревога соматическая	0,00±0,00	1,00±0,32	0,004
X_{18}	Гастроинтестинальные симптомы	0,00±0,00	0,00±0,00	*
X_{19}	Общесоматические симптомы	0,00±0,00	0,60±0,24	0,015
X_{20}	Генитальные расстройства	0,00±0,00	0,40±0,24	0,063
X_{21}	Ипохондрия	0,00±0,00	1,00±0,45	0,022
X_{22}	Изменения веса	0,00±0,00	0,00±0,00	*
X_{23}	Критика к состоянию	0,00±0,00	0,20±0,20	0,168
X_{24}	Суточные колебания	0,00±0,00	0,20±0,20	0,168
X_{25}	Деперсонализация	0,00±0,00	0,00±0,00	*
X_{26}	Параноидные/сенситивные тенденции	0,00±0,00	0,40±0,24	0,063
X_{27}	Навязчивости	0,00±0,00	0,80±0,37	0,026

Анализ данных таблицы выявил, что достоверно различаются по t-

критерию Стьюдента общий показатель тяжести депрессии, а также показатели ажитации, психической и соматической тревоги, общесоматических симптомов, ипохондрии и навязчивостей.

После выбора комплекса наиболее существенных показателей, при котором ошибка модели минимальна, была построена модель для обобщенного показателя $Y_{депрессия\ «+»\text{-}депрессия\ «-»}$ - критерия межгрупповых различий для пары групп пациентов «выборка с психическими расстройствами – выборка без психических расстройств»:

$$Y_{депрессия\ «+»\text{-}депрессия\ «-»} = +\ 34.017 - 67.889\ X_{19} - 27.444\ X_7 - 10.222\ X_{10} \quad (17)$$

где: $Y_{депрессия\ «+»\text{-}депрессия\ «-»}$ - критерий межгрупповых различий; X_7 - депрессивное настроение (баллы); X_{10} - ранняя бессонница, (баллы); X_{19} - общесоматические симптомы.

Ошибка модели (17) составила 0 %.

С помощью модели (17) получено также решающее правило классификации пациентов:

$$\begin{cases} \text{если } Y_{депрессия\ «+»\text{-}депрессия\ «-»} > 16.996, & \text{то объект принадлежит группе 1 (пациенты с психическими расстройствами),} \\ \text{если } Y_{депрессия\ «+»\text{-}депрессия\ «-»} < -21.709, & \text{то объект принадлежит группе 2 (психически здоровые пациенты),} \\ \text{при } -21.709 \le Y_{депрессия\ «+»\text{-}депрессия\ «-»} \le 16.996 & \text{– неопределенное решение.} \end{cases} \quad (18)$$

После приведения модели (17) к виду, удобному для анализа, была оценена весомость вклада каждого из первичных показателей в критерий межгрупповых различий $Y_{депрессия\ «+»\text{-}депрессия\ «-»}$ по абсолютной величине и знаку коэффициентов. Найденные значения образовали два ряда ранжированных по убыванию абсолютной величины коэффициентов и, следовательно, по величине вклада показателя в критерий межгрупповых различий $Y_{депрессия\ «+»\text{-}депрессия\ «-»}$:

Положительный: (b_{19} = – 0.705) – выраженность общесоматических симптомов,

(b_7 = – 0.570) – выраженность депрессивного настроения,

(b_{10} = – 0.420) – ранняя бессонница.

(19)

Анализ этих рядов позволил получить следующие данные, извлеченные из БД с помощью модели (17):

– для 2 группы (пациенты с дерматозами косметически значимых локализаций с психическими расстройствами) были характерны высокие значения выраженности общесоматических симптомов, депрессивного настроения и расстройства сна в виде ранней бессонницы.

На основании полученной модели можно сделать следующие выводы: при дерматозах других косметически значимых локализаций в структуре депрессивной симптоматики наиболее значимую роль играли общесоматические нарушения. Они были представлены снижением энергетического потенциала, повышенной утомляемостью и мышечным напряжением. Также значимым фактором в структуре депрессивных расстройств у пациентов с дерматозами других косметических локализаций были проявления гипотимии. Сочетание гипотимии с астеническими проявления позволяет говорить о ведущей роли астено-депрессивного синдрома в структуре депрессивных расстройств у пациентов с дерматозами других косметических локализаций.

Как и у пациентов с дерматозами лица при дерматозах других косметически значимых локализаций значимую роль в структуре депрессивной патологии играли расстройства сна в виде ранней бессонницы. Это может указывать на общность механизмов патогенеза психической патологии (нарушения секреции меланокортина) при дерматозах различной локализации.

Таким образом, определяющими факторами в структуре тревожных расстройств у больных дерматозами лица являлись генерализованная тревога в сочетании с выраженными сомато-вегетативными симптомы. У пациентов с

дерматозами других косметически значимых локализаций ведущим симптомом в структуре тревожных расстройств также была психические тревога, в то же время в структуре соматизированной тревоги были более выражены симптомы мышечного напряжения и сексуальные нарушения.

Ключевыми факторами в клинической структуре депрессии при дерматозах лица были: наличие сенситивных идей отношения, суточных колебаний симптоматики, расстройств сна и соматизированных нарушений, представленных преимущественно гастроинтестинальными симптомами. У пациентов с дерматозами других косметически значимых локализаций в структуре депрессии определяющую роль играл астено-депрессивный синдром.

Риск тревожных и депрессивных расстройств при дерматозах лица возрастал с возрастом пациентов.

ГЛАВА 5. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ И ОКАЗАНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ДЕРМАТОЗАМИ ЛИЦА

5.1. Результаты анализа социально-демографических характеристик пациентов с дерматозами лица, получавших комплексную медицинскую помощь

По результатам анализа медицинской документации СПб ГУЗ ГорКВД было установлено, что в период с 1 января 2006 года по 31 декабря 2014 года стационарное лечение в условиях психосоматического отделения (ПСО) ГорКВД прошли 3497 пациентов с различными дерматозами (таблица 14). Доля больных с дерматозами лица от общего числа пациентов ПСО за этот период ежегодно варьировала (от 0,8% до 2,72%). Данные показатели значительно ниже, чем таковые для псориаза (от 19,94% до 31,91%) и экземы (от 29,79% до 41,06%), которые превалировали в структуре дерматологических заболеваний в ПСО.

Таблица 14 - Распределение пациентов ПСО по дерматозам

	Количество пролеченных в ПСО пациентов	Больные дерматозами лица (розацеа, акне, себорейный дерматит)		Больные псориазом		Больные 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

Сравнение данных о распределении пациентов по другим отделениям (ДО) КВД продемонстрировало, что доля пациентов с дерматозами лица, прошедших лечение в условиях ПСО за весь указанный период составила 27,8% от общего числа таких больных (таблица 15). Данный показатель был выше такового для псориаза (21,6%), но ниже чем для экземы (62,1%).

Таблица 15 - Распределение пациентов ДО по дерматозам

	Количество пролеченных в ДО пациентов	Больные дерматозами лица (розацеа, акне, себорейный дерматит)		Больные псориазом		Больные экземой	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2006	558	13	2,33	172	30,82	175	31,20
2007	1146	20	1,75	381	33,25	167	14,57
2008	1134	19	1,68	428	37,74	14	1,24
2009	1069	19	1,78	394	38,86	15	1,40
2010	1156	18	1,56	381	32,96	28	2,42
2011	1159	12	1,04	368	31,83	98	8,48
2012	1102	11	1,00	365	33,12	98	8,89
2013	945	7	0,74	341	36,09	81	8,57
2014	947	11	1,16	302	31,89	64	6,76
Всего	9216	130	1,41	3132	33,98	740	8,03

Подробный анализ историй болезни ГорКВД показал, что в период с 1 января 2014 года по 1 апреля 2015 года стационарное лечение в связи с дерматозами лица прошло 45 пациентов.

Среди пациентов преобладали женщины (80% в сравнении с 20% мужчин), что соответствовало соотношению, наблюдавшемуся нами в амбулаторной практике. При этом стоит отметить, что как для ПСО (таблицы 16, 17), так и для других отделений КВД значимые различия количества пациентов по гендерному

признаку обычно не характерны (мужчины - 48,83%, женщины - 51,17% для ПСО; мужчины - 46,15%, женщины - 53,85% для обычных ДО - за 2014 год).

Таблица 16 - Распределение пациентов ПСО по полу

	Мужчины		Женщины	
	Абс.	%	Абс.	%
2006	223	59,31	153	40,69
2007	216	51,43	204	48,57
2008	238	58,19	171	41,81
2009	198	53,51	172	46,49
2010	216	54,14	183	45,86
2011	174	51,03	167	48,97
2012	198	50,51	194	49,49
2013	165	40,54	242	59,46
2014	188	48,83	197	51,17

Таблица 17 - Распределение пациентов ДО по полу

	Мужчины		Женщины	
	Абс.	%	Абс.	%
2006	265	47,49	293	52,51
2007	567	49,48	579	50,52
2008	583	51,41	551	48,59
2009	541	50,61	528	49,39
2010	540	46,71	616	53,29
2011	606	52,29	553	47,71
2012	537	48,73	565	51,27
2013	467	49,42	478	50,58
2014	437	46,15	510	53,85

Подобное различие может указывать на то, что высыпания с локализацией в области лица вызывают у женщин значительно больше переживаний, чем у мужчин, и заставляют чаще прибегать к лечению.

Дерматозы лица в вышеуказанных случаях были представлены: розацеа - 25 пациентов (55%), себорейным дерматитом с лицевой локализацией - 16 (35%), тяжелой степенью акне - 4 (9%). Распределение больных дерматозами лица по

отделениям было следующим: в условиях обычных дерматологических отделений пролечено 15 пациентов (34%), в условиях дневного стационара - 20 (44%), в условиях психосоматического отделения (ПСО) - 10 (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.

Направлены на госпитализацию пациенты с дерматозами лица были по результатам консультации собственно СПб ГУЗ ГорКВД (20 пациентов, 45%), КВД по месту жительства (16 пациентов, 35%), поликлиникой / соматическим стационаром / консультативно-профилактическим кабинетом (9 пациентов, 20%). Ни в одном случае, включая поступления в ПСО, не фигурировало направления от врача-психиатра. Во всех случаях распределение больных дерматозами лица по отделениям выполнялось по решению отборочной комиссии, которая в случае госпитализации в ПСО включала заведующего ПСО, врача приемного покоя и врача-психиатра. При этом в большинстве случаев критерии направления в ПСО отсутствовали. Только в 2 случаях фигурировали указания на «тяжесть кожного процесса» и «повышенную тревожность».

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

Таблица 18 - Распределение пациентов ПСО по возрасту

Год		7-14 Лет	15-17 лет	18-19 лет	20-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60 -69 лет	Старше 70 лет
2006	Абс.число	1	4	11	19	35	66	75	165	-
	Удельный вес	0,3%	1,1%	2,9%	5%	9,3%	17,5%	19,9%	43,9%	-
2007	Абс.число	-	2	11	43	38	61	86	64	115
	Удельный	-	0,5%	2,6%	10,2%	9%	14,5%	20,5%	15,2%	27,5%

Год		7-14 Лет	15-17 лет	18-19 лет	20-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60 -69 лет	Старше 70 лет
	вес									
2008	Абс.число	1	1	4	39	38	55	85	64	122
	Удельный вес	0,3%	0,3%	1,0%	9,5%	9,3%	13,5%	20,7%	15,7%	29,7%
2009	Абс.число	-	2	2	30	28	37	77	64	130
	Удельный вес	-	0,5%	0,5%	8,1%	7,6%	10%	20,8%	17,3%	35,2%
2010	Абс.число	-	1	4	28	48	44	63	68	143
	Удельный вес	-	0,2%	1,0%	7,1%	12,1%	11,1%	16,0%	17,3%	35,2%
2011	Абс.число	-	-	2	23	16	43	44	61	152
	Удельный вес	-	-	0,6%	6,7%	4,7%	12,6%	12,9%	17,9%	44,6%
2012	Абс.число	-	-	5	28	33	37	68	60	161
	Удельный вес	-	-	1,3%	7,1%	8,4%	9,4%	17,4%	15,3%	41,1%
2013	Абс.число	-	-	1	22	37	47	62	64	174
	Удельный вес	-	-	0,3%	5,4%	9,1%	11,5%	15,2%	15,7%	42,8%
2014	Абс.число	-	-	5	18	33	45	54	71	159
	Удельный вес	-	-	1,3%	4,7%	8,6%	11,7%	14,0%	18,4%	41,3%

Доля пациентов старше 70 лет в ПСО выше других возрастных групп и значительно превышала таковую в обычных дерматологических отделениях. Высокий средний возраст пациентов ПСО может быть связан с тем, что встречающиеся в пожилом возрасте когнитивные нарушения расценивались в приемном покое как одни из показателей для стационарного обследования и лечения этих больных врачом-психиатром. Также вероятно повышение с возрастом рисков развития психических расстройств органического, сосудистого генеза.

Период продолжительности пребывания пациентов с дерматозами лица в ПСО был от 1 до 42 койко-дней (к/д) и в среднем составил 20±4 к/д. Стоит отметить, что подобный средний койко-день незначительно отличается от такового в ПСО для псориаза (29 к/д) и экземы (23 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 пациентов с дерматозами лица в обычных дерматологических отделениях составила от 6 до 25 к/д (в среднем - 17±1,4 к/д). Преждевременно по собственному заявлению из обычных дерматологических отделений выписалось 13% пациентов. Продолжительность госпитализации для пациентов с дерматозами лица в условиях дневного стационара варьировала от 2 до 32 к/д (в среднем - 19±1,5 к/д). 1 пациент (5%) был выписан за нарушение стационарного режима.

Таким образом, можно видеть, что продолжительность комплексного лечения в ПСО для больных дерматозами лица превышала таковую в обычных отделениях и условиях дневного стационара. Более высокая частота преждевременных выписок из ПСО может быть объяснена характерологическими особенностями пациентов и сопутствующими психическими нарушениями, ведущими к снижению приверженности терапии.

5.2. Результаты анализа клинико-психопатологических характеристик у пациентов с дерматозами лица, получавших комплексную медицинскую помощь

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. Обращает на себя внимание разнообразие и вычурность жалоб, предъявленных при поступлении некоторыми пациентами ПСО. Так одна из пациенток при поступлении в первичных жалобах указала «розацеа, приведшая к признакам ринофимы, изменениям структуры покровов кожи и лба, дорожки от носа ко рту». Другая пациентка при поступлении сообщала, что «кожа лица и головы стянута как обручем, а по голове ползают букашки». У пациентов ПСО

при поступлении в жалобах чаще фигурировало утрированное описание кожных высыпаний («всё лицо покрыто пятнами», «всё лицо схвачено коркой»). У пациентов обычных дерматологических отделений, консультированных впоследствии психотерапевтом, при поступлении фигурировали жалобы астенического характера и на диффузные боли в суставах. В целом, 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 были сформулированы психиатром ПСО, 4 - консультирующим психотерапевтом обычного дерматологического отделения. Установленные психические расстройства были представлены следующими нозологическими формами (таблица 19).

Таблица 19 - Психические расстройства, диагностированные у стационарных пациентов с дерматозами лица

Заключительный диагноз	Код диагноза 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
Расстройство адаптации в связи с кожным заболеванием	F42.28	1
Органическое бредовое расстройство	F06.2	1
Дистимия с психосоматизацией	F34.1	1

Заключительный диагноз	Код диагноза по МКБ-10	Количество пациентов
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 отягощености психическими заболеваниям не было выявлено ни в одном случае. Также во всех случаях, включая случаи пациентов, проходивших лечение в ПСО, отсутствовали какие-либо данные о наблюдении и лечении у врача-психиатра до поступления в дерматологический стационар. У пациентов с дерматозами лица, прошедших стационарное лечение, все психические расстройства были выявлены первично. В одном случае присутствует информация о приеме пациенткой амитриптилина в прошлом, однако какая-либо дополнительная информация по этому поводу отсутствует. В остальном в рассмотренных случаях не было выявлено информации о наличии таковых в анамнезе, а также данных за получение психофармакотерапии/психотерапии пациентами в прошлом. При этом по имеющимся данным по работе ПСО в целом, первично психическая патология диагностируется в отделении в 66,2% случаев (13,3% из них составляют расстройства психотического спектра) (Смирнова Т.С., Смирнова И.О., Петрова Н.Н. и др., 2014).

Упоминание роли стрессового фактора в обострении дерматологической патологии указано в 18% всех случаев. Все они представлены у пациентов с

розацеа. 28% этих пациентов впоследствии были консультированы врачом-психиатром и психотерапевтом и диагностированы как страдающие психическими нарушениями невротического спектра.

У 53% пациентов с психическими расстройствами была диагностирована сопутствующая соматическая патология, представленная преимущественно хроническими воспалительными и функциональными заболеваниями ЖКТ (хронический гастрит, дискинезии желчевыводящих путей), мочеполового тракта (хронический пиелонефрит), гипертонической болезнью, остеоартритом. Во всех случаях пациенты были консультированы соответствующими специалистами и получали необходимую терапию. Данные за возможные психосоматические механизмы формирования вышеуказанной патологии в документации отсутствуют. В данных о работе ПСО за прошлые годы указано, что в большинстве случаев пациенты отделения имели сопутствующую соматическую патологию, которая зачастую расценивалась как психосоматические нарушения с вовлечением нескольких систем органов (Смирнова Т.С., Смирнова И.О., Петрова Н.Н. и др., 2014).

Психические расстройства у пациентов с дерматозами лица, прошедших стационарное лечение, были представлены преимущественно расстройствами невротического спектра (93% пациентов с психическими нарушениями). Большую часть из них, согласно врачебным заключениям, составили расстройства адаптации и истерическое развитие личности (см. таблицу 19). Выявленные нарушения психотического уровня (7% случаев от общего числа расстройств) были представлены расстройством схемы тела («ощущение увеличения размеров головы»), бредовыми идеями инфестации волосистой части головы насекомыми (со слов пациентки, вся кожная симптоматика и изменения в теле были связаны с их деятельностью). Данная психотическая симптоматика была расценена врачом-психиатром ПСО как проявление органического поражения головного мозга.

Симптоматика невротического уровня у пациентов с дерматозами лица, проходивших лечение в ПСО, была представлена преимущественно

тревожно-ипохондрическим синдромом. Проявления последнего выраженно варьировали. У большей части пациентов (80% от общего числа психических расстройств) они были представлены легкой обеспокоенностью соматическим состоянием и внешним видом. В более тяжелых случаях отмечалась выраженная ипохондрия с убежденностью в том, что кожное заболевание будет прогрессировать в дальнейшем и приведет к развитию непоправимых последствий. В данном случае пациентка требовала от врачей дополнительных методик обследования с проведением биопсии кожи для подтверждения/исключения заболевания. Обращает на себя внимание преобладание, по наблюдениям врача-психиатра ПСО и психотерапевта КВД, у подобных пациентов инфантильных, эгоцентрических личностных черт и высокой эмоциональной лабильности. Такие пациенты было склонны к конфликтам, корили в своем заболевании родных, близких, высказывали недовольство оказываемой врачебной помощью, условиями пребывания в отделении.

Расстройства личности у пациентов с дерматозами лица в ПСО были представлены исключительно «Истерическим развитием личности» (20% пациентов с психическими расстройствами). В анализе данных работы ПСО предыдущих лет истерическое развитие личности также фигурирует как наиболее частое личностное расстройство (13% в структуре всей выявляемой психопатологии).

Данные подробного психологического обследования пациентов с психическими расстройствами в рассмотренной документации отсутствовали. Консультации невролога были назначены только у пациентов пожилого возраста - заключительный неврологический диагноз во всех случаях сформулирован как «энцефалопатия смешанного генеза».

5.3. Результаты анализа комплексной медицинской помощи у пациентов с дерматозами лица

Все пациенты, прошедшие стационарное лечение, получали дерматологическую терапию, включавшую применение как наружных, так и

внутренних средств. 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 также имеются указания на проведение регулярных психотерапевтических бесед).

Психотерапевтические методы без применения лекарственной терапии были применены в 21% случаев. Подробная информация о видах использованных психотерапевтических методик в медицинской документации отсутствовала. Имеются записи о «рациональности» методик, «проработке в течение беседы актуальной проблематики» с указанием положительной динамики психического состояния пациентов. Случаи, при которых психотерапия проводилась без сочетания с лекарственными препаратами, были представлены диагнозами «Психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами, классифицированными в других рубриках» F54.0 и «Острая реакция на стресс/Тревожный синдром». Большинство подобных случаев было представлено у пациентов, проходивших лечение в обычных дерматологических отделениях и в условиях дневного стационара. В единичных случаях психофармакотерапии вне условий ПСО из препаратов использовался только тиоридазин в дозировке 10 мг на ночь.

Психофармакотерпия в условиях ПСО отличалась выраженной вариабельностью вне зависимости от указанных синдромальных и нозологических единиц (таблица 20). При этом обоснования выбора препаратов с указанием основных «мишеней» терапевтического воздействия в проанализированной документации отсутствовали.

Таблица 20 - Психофармакотерапия у больных с дерматозами лица

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 /Седативные/ 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%	

Так, у пациентов с диагнозом «Истерическое развитие личности» (F60.4 по МКБ-10) использовались как психотерапия, так и психофармакотерапия: хлорпротиксен в дозировке 25 мг/сут или тразодон 50 мг/сут в сочетании с агомелатином 25 мг/сут.

При наличии «Расстройства адаптации» в 3 случаях был назначен тиоридазин в дозировке 10 мг на ночь; в 1 случае - таблетки валерианы по 20 мг 3 раза в сутки. При диагнозе «Ипохондрическое расстройство» (F45.2) были назначены таблетки аминофенилмасляной кислоты - 250 мг/сут. Согласно имеющимся литературным рекомендациям сочетания транквилизаторов с низкопотенциальными стандартными нейролептиками могут быть применены при сенситивных нозогенных реакциях с выраженностью тревожного компонента (Дороженок И.Ю., 2009). В то же время при отсутствии тенденций к формированию сверхценных и бредовых идей автором рекомендовано использовать на начальных этапах терапии высокопотенциальные

бензодиазепины и атипичные антипсихотики в минимальных терапевтических дозах.

При дистимии терапия проводилась тразодоном в дозировке 50 мг на ночь. В рекомендациях о психофармакотерапии в клинической практике показаниями для назначения антидепрессантов с седативными свойствами указаны депрессивные состояния, протекающие с ипохондрическими фобиями и явлениями тревоги (Смулевич А.Б., 2011). В зарубежной литературе препаратами первого ряда при терапии коморбидных кожным заболеваниям депрессивных расстройств указаны селективные ингбиторы обратного захвата серотонина или доксепин при наличии выраженного зуда (Wong J., Koo J., 2013).

В единственном случае психотических нарушений пациентка получала инъекционно трифлуоперазин 2 мг однократно, курс инъекций феназепама 1-2 мг 1 раз в сутки в течение 2 недель и метаболическую терапию (инъекции церебролизина внутримышечно, пентоксифиллин внутривенно-капельно, витамины группы В внутримышечно). В дальнейшем, пациентка была переведена на прием антидепрессантов: тразодона – 25 мг на ночь, агомелатина – 25 мг на ночь. При этом необходимо отметить, что подробная информация об актуальности и сохранении бредовых построений в течение терапии отсутствуют. Согласно врачебным записям, пациентка была выписана «с улучшением психического состояния», однако детали состояния на момент выписки и рекомендации по дальнейшему наблюдению в ПНД по месту жительства в истории болезни отсутствуют. Использование в терапии антипсихотического препарата первого поколения совпадает с заключениями крупного европейского исследования, по которому препараты данной группы имеют в случаях патомимии преимущество перед атипичными антипсихотиками (Freudenmann R., Lepping P., Huber M. et al., 2013). Данные об использование антидепрессантов (в частности, ТЦА) в терапии дерматозойного бреда также имеются в литературе, однако эта информация ограничена малыми выборками пациентов (Смулевич А.Б., 2011). Также необходимо отметить, что в

вышеуказанных сообщениях речь идет о вторичной бредовой симптоматике, связанной с депрессивным аффектом.

В рассмотренных нами случаях использования психотерапии психические расстройства были представлены такими диагностическими категориями, как «Психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами, классифицированными в других рубриках» и «Острая реакция на стресс/Тревожный синдром». Психотерапия осуществлялась в дерматологических отделениях и в условиях дневного стационара. Описание видов психотерапевтических методик в документации отсутствовало.

Во всех случаях психических расстройств описано улучшение психического состояния: как правило, в записях на момент выписки отмечаются стабилизация аффективных колебаний и купирование проявлений тревоги.

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») имеются письменные рекомендации дальнейшего наблюдения у врача-психиатра. В двух случаях (14% от всех психических расстройств) даны письменные рекомендации дальнейшего приема поддерживающей психофармакотерапии. В 3 случаях (22% от всех психических расстройств) имеется запись о том, что психиатром при выписке «даны рекомендации» без указания конкретных данных. Информация о передаче медицинских сведений в психоневрологические учреждения по месту жительства, дальнейших посещениях пациентами врача-психиатра и приеме поддерживающей терапии отсутствует. Отсутствие выраженной преемственности между ПСО и другими психоневрологическими учреждениями в ведении пациентов с дерматозами лица может быть связано с умеренной степенью выраженности психических нарушений у этих больных. Согласно общей оценке работы ПСО за прошлые годы, около 33% пациентов отделения в дальнейшем переводятся под наблюдения врача ЛПУ психиатрического профиля.

Таким образом, психические расстройства у пациентов с дерматозами лица, проходивших стационарное лечение в КВД встречались с умеренной частотой. В структуре психической патологии преобладали расстройства невротического спектра. На сегодняшний день единый алгоритма ведения таких больных отсутствует, что способствует трудностям в оценке эффективности лечения этих пациентов. Так при схожих по своей психопатологической симптоматике состояниях используются препараты различных групп, что указывает на отсутствие единого подхода к комплексной терапии этих больных. 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.

ГЛАВА 6. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

При оценке социально-демографических характеристик пациентов с дерматозами лица нами было установлено, что женщины обращались к дерматологу чаще мужчин. Более высокая доля женщин среди пациентов с дерматозами лица может свидетельствовать о том, что лица мужского пола в меньшей степени склонны оценивать кожные высыпания в области лица как патологию, требующую медицинского вмешательства. Это также может быть обусловлено меньшей актуальностью для мужчин кожных высыпаний, как психотравмирующего фактора. Полученные данные соответствуют представлению о том, что даже при отсутствии кожных заболеваний женщины более заинтересованы в своем внешнем виде и склонны к негативной оценке своей внешности в сравнении с мужчинами (Feingold A., Mazzella R., 1998; Smith D., Thompson J., Raczynski J. et al., 1999).

В нашем исследовании доля пациентов группы сравнения, состоявших в браке, превышала таковую у пациентов с дерматозами лица. В то же время, доля пациентов, состоявших в отношениях вне брака, была выше в основной группе. Можно предположить, что у пациентов с дерматозами лица не нарушено формирование межличностных отношений, однако они испытывают трудности в поддержании длительных и стабильных отношений.

Обращает на себя внимание структура жалоб, предъявляемых пациентами с дерматозами лица на приеме у дерматолога. В значительной части случаев (57%) больные основной группы предъявляли жалобы психологического характера (тревога, чувство напряжения, снижение настроения). В группе сравнения превалировали жалобы, связанные с проявлениями кожного заболевания (зуд, жжение), а жалобы на колебания настроения и тревогу фигурировали только в 17% случаев. Таким образом, структура жалоб свидетельствует о большей выраженности психопатологических нарушений у больных дерматозами лица.

Частота психических расстройств у пациентов с дерматозами лица в нашем исследовании составила 44% случаев, что существенно превышает имеющиеся в

литературе показатели для амбулаторной дерматологической практики (21-34%) (Härter H., Baumeister H., Reuter K. et al., 2007) и больше соответствует показателям, характерным для стационарных дерматологических пациентов (31-60%) (Härter H., Baumeister H., Reuter K. et al., 2007).

Исследование структуры психической патологии показало, что для больных дерматозами лица характерно преобладание тревожных расстройств. Для ряда «классических» психосоматических дерматозов (псориаза, атопического дерматита) в литературе указывается более высокая частота коморбидности депрессивных расстройств в сравнении с тревожными (Смулевич А.Б., 2011). В то же время имеются предположения, что гипердиагностика депрессивных расстройств при дерматологических заболеваниях может быть обусловлена включением в выборки легких гипотимических состояний при недооценке тревожных нарушений (Yazici K., Baz K., Yazici A. et al., 2004). Некоторые авторы склонны предполагать, что показатели распространённости депрессии у дерматологических больных является заниженными в виду ненадежности методов её оценки (Смулевич А.Б., Львов А.Н., 2004). Подобные трудности диагностики связаны с тем, что во многих исследованиях распространенности психической патологии в дерматологической практике отсутствует объективное клиническое обследование врача-психиатра, а оценка психического состояния больных осуществляется, преимущественно, путем тестирования пациентов дерматологами (иногда при участии психологов) (Смулевич А.Б., Львов А.Н., 2004; Picardi A., Amerio P., Baliva G. et al., 2004). Другой причиной вариабельности клинических заключений может быть проблема оценки коморбидных тревожных и депрессивных расстройств (Цивилько М.А., Коркина М.В., 2002; Смулевич А.Б., 2009; Краснов В.Н., Довженко Т.В., Бобров А.Е., 2010; Менделевич В.Д., Соловьева С.Л., 2016). Так, например, исследования показали, что наличие социальных фобий у молодых мужчин существенно повышает риск развития в будущем большого депрессивного эпизода (Adams G., Balbuena L., Meng X. et al., 2016). При этом, как отмечают авторы, в таких случаях после дебюта депрессивной симптоматики провести

адекватную дифференциальную диагностику двух коморбидных расстройств становится значительно труднее.

Необходимо отметить, что выборки пациентов в нашем исследовании объективно отражают ситуацию, с которой дерматологи встречаются в реальной клинической амбулаторной практике. Кроме того, психиатрические диагнозы были выставлены на основании комплексного подхода с применением клинико-психопатологического метода и клинико-шкальной оценки. В связи с этим проблема значительной частоты психических расстройств у пациентов с дерматозами лица является объективной и должна быть учтена для оптимизации оказания помощи таким больным.

В нашем исследовании при тревожных расстройствах у больных дерматозами лица отмечена большая выраженность соматизированных эквивалентов тревоги. Аффективная патология в большинстве случаев была представлена стертыми, субсиндромальными формами. Наиболее часто отмечалось сочетание незначительно выраженных аффективных расстройств с соматическими эквивалентами депрессии и тревоги. Выявленные особенности психических нарушений в виде преобладания стертых форм аффективной патологии и соматизированных расстройств могут обусловить трудности своевременной диагностики подобных нарушений. Значительная частота коморбидности тревожных и депрессивных нарушений (19%) подтверждает целесообразность введения в МКБ-10 диагностической категории «Смешанное тревожное и депрессивное расстройство» (F41.2) для применения в общей медицинской практике.

Частота «Соматизированного расстройства» (F45.0) в соответствии с критериями МКБ-10 у пациентов с дерматозами лица составила 4,3%. При этом в структуре всей психической патологии у больных с дерматозами лица его доля была 9,7%. В соматической практике, по данным литературы, распространенность соматизированных расстройств невротического уровня варьирует в пределах 2-18% (Смулевич А.Б., 2011). Обращает на себя внимание, что у многих больных в отсутствии клинических диагнозов «Соматизированного/Ипохондрического

расстройства» отмечались субклинические проявления соматоформных нарушений и соматические эквиваленты тревоги и депрессии. Это соответствует данным эпидемиологических исследований, которые показали, что отдельные проявления «соматоформного синдрома» встречаются значительно чаще, чем клинические случаи «Соматизированного/Ипохондрического расстройства» (Lieb R., Zimmermann P., Friis R. et al., 2002).

Проявления ипохондрического расстройства у больных дерматозами лица были представлены преимущественно в виде неадекватных опасений за своё здоровье, основанных на восприятии высыпаний как признака общего соматического неблагополучия. Подобная клиническая картина позволяет отнести ипохондрические расстройства у больных дерматозами лица в группу расстройств тревожного кластера в соответствии с классификацией форм небредовой ипохондрии (Смулевич А.Б., 2011).

Расстройства личности у нациентов с дерматозами лица были выявлены нами в 17% случаев, что превышает популяционные показатели (5-10%) (Кочорова Л.В., Незнанов Н.Г., Скворцов Н.Л. и др., 2000; Чуркин А.А., Михайлов В.И., Касимова Л.Н., 2000). В частности, отмечена большая частота тревожного и истерического типов расстройств личности.

Зависимость от психоактивных веществ (ПАВ) у больных дерматозами лица была установлена лишь в единичных случаях (2,7% выборки). Данные литературы о частоте аддиктивных расстройств при соматической патологии варьируют. В частности, установлено, что аддикции при различных хронических соматических заболеваниях встречаются в 4,8-8,4% случаев (Härter M., Baumeister H., Reuter K. et al., 2007). В то же время, было выявлено, что зависимости от ПАВ (преимущественно алкогольная зависимость) составляют около 30% всей психической патологии у пациентов психосоматического отделения КВД (Смирнова Т.С., Смирнова И.О., Петрова Н.Н. и др., 2014). Подобные различия частоты аддиктивной патологии в условиях ПСО и нашей выборкой можно объяснить тем, что кожные изменения при злоупотреблении ПАВ, согласно ряду авторов, носят преимущественно вторичный характер и не включают в себя

«классические» дерматозы лица (Stephanie W., Mary H., Neil A., 2010). Употребление алкоголя может усугублять течение розацеа, приводя к большей выраженности телеангиоэктазий и пустулярных высыпаний. Длительное употребление алкоголя может вести к потере вазорегуляторного контроля и формированию хронической эритемы лица (Smith K., Fenske N., 2000).

Оценка ведущих психопатологических синдромов в структуре депрессивных расстройств у пациентов с дерматозами различных локализаций в нашем исследовании показала преобладание атипичных и маскированных депрессивных состояний в соответствии с клинической классификацией депрессий НЦПЗ РАМН (Смулевич А.Б., 2007, 2009). При этом для пациентов с дерматозами лица были характерны проявления тревожно-ипохондрического синдрома с соматовегетативными нарушениями и паранойяльной настроенностью. В литературе имеются данные о том, что пациенты с обезображивающими кожными заболеваниями склонны к формированию сенситивных идей отношения, особенно при соответствующем конституциональном складе (Смулевич А.Б., 2007). У больных с дерматозами других косметически значимых локализаций в структуре депрессии преобладали астенические проявления.

В структуре тревожных расстройств, коморбидных дерматозам лица, образующим фактором являлась психическая тревога, что подтверждает сведения о высокой степени реактивной тревожности у больных акне и розацеа (Терентьева М.А., Белоусова Т.А., 2004; Смулевич А.Б., Дороженок И.Ю., Романов Д.В., Львов А.Н., 2012). Установлены различия ведущих симптомокомплексов соматизированной тревоги у больных с дерматозами разных локализаций. У больных дерматозами лица ключевую роль играли соматовегетативные проявления тревоги, а у больных с дерматозами других локализаций – симптомы мышечного напряжения и сексуальные симптомы. Исследование сексуальной сферы у пациентов с псориазом различной локализации показало, что поражение лица незначительно влияет на развитие

сексуальных дисфункций в сравнении с рядом других областей тела (скальп, живот, бедра) (Mallon E., Newton J., Klassen A. et al., 1999).

Обращает на себя характер психосоматических взаимосвязей, установленных в нашем исследовании. Так, тяжесть кожного заболевания усугубляла выраженность, преимущественно, тревожных симптомов, особенно у пациентов молодого возраста. Выявленная закономерность не в полной мере соответствует явлению психосоматического параллелизма, когда у больных с тяжелым течением дерматоза отмечается большая частота и тяжесть аффективных расстройств (Смулевич А.Б., 2011). Описана и обратная закономерность: усиление психогенных психических расстройств на фоне улучшения соматического состояния (Менделевич В.Д., Соловьева С.Л., 2016). В соответствии с концепцией «кольцевой зависимости» (Менделевич В.Д., Соловьева С.Л., 2016) можно предположить, что у больных дерматозами лица возможно формирование своеобразного «порочного круга», где психические расстройства усугубляют течение кожного заболевания, а обострения последнего способствуют усилению психопатологической симптоматики. Также существуют предположения, что больные дерматозами лица отличаются высокой психосоматической сенсибилизацией – более высоким риском возникновения как кожной, так и клинически значимой психической патологии при действии стрессовых факторов (Менделевич В.Д., Соловьева С.Л., 2016).

Наличие суточных колебаний в структуре депрессивных нарушений отражает сложный, эндореактивный характер депрессии у больных дерматозами лица.

При количественной оценке психопатологических нарушений было установлено, что выраженность тревоги и депрессии по Госпитальной шкале у пациентов с дерматозами лица была выше, чем при дерматозах других локализаций. Кроме того, у этих больных отмечена значительная частота субклинических форм тревожных и депрессивных нарушений. Согласно данным литературы, у пациентов с акне показатели тревоги и депрессии при оценке по Госпитальной шкале выше, чем популяционные, но ниже, чем при тревожных и

аффективных расстройствах в амбулаторной психиатрической практике (Yazici K., Baz K., Yazici A. et al., 2004).

Количественная оценка психопатологических симптомов выявила у пациентов с дерматозами лица более высокие значения, чем в популяции, для соматизации, тревоги, агрессии, фобий, паранойяльной настроенности и общей тяжести симптомов. Имеющиеся исследования с клинико-шкальной оценкой психопатологических симптомов по SCL-90 у пациентов с акне взрослых демонстрируют более высокие показатели соматизации, депрессии и тревоги в сравнении с популяцией и результатами нашего исследования (Gül A., Çölgeçen E., 2015). Это может быть связано с тем, что в статье приводятся данные обследования больных, которые на момент тестирования не получали дерматологической терапии. При этом авторами были использованы только три субшкалы SCL-90, что не позволяет сформировать полное представление о структуре психической патологии в этих случаях.

Показано, что дерматозы лица существенно снижают уровень качества жизни до сопоставимого с больными псориазом и серьезными соматическими заболеваниями (сахарный диабет, артрит, сердечно-сосудистые заболевания) (Петрова Н.Н., 1999, 2000; Sampogna F., Tabolli S., Söderfeldt B. et al., 2006). Как и у больных псориазом (Sampogna F., Tabolli S., Söderfeldt B. et al., 2006), у пациентов с дерматозами лица в структуре нарушений качества жизни в наибольшей степени страдали показатели социального функционирования. У пациентов с дерматозами лица было отмечено негативное влияние возраста на показатели ролевого и физического функционирования. Оценка роли возраста на показатели качества жизни у пациентов с псориазом в свою очередь продемонстрировала противоречивые результаты. Так, в ряде работ упоминается о снижении оценки ролевого функционирования у больных псориазом с течением возраста (Lundberg L., Johannesson M., Silverdahl M. et al., 2000). В то же время, в других работах различий между оценками качества жизни у пациентов молодого и старшего возраста с псориазом выявлено не было (Sampogna F., Tabolli S., Söderfeldt B. et al., 2006).

Созданные на основе полученных данных статусметрические модели могут быть использованы для выделения отдельных групп повышенного риска психической патологии, коморбидной дерматозам различных локализаций. Это отвечает представлению о целесообразности использования для выявления психической патологии в общемедицинской практике информационно-аналитических и психометрических методик с последующим психопатологическим анализом состояния больного врачом-психиатром (Борцов А.В., Дедков Е.Д., Незнанов Н.Г. и др., 2003; Накатис Я.А., Ванчакова Н.П., Попов А.П., 2008; Ванчакова Н.П., Попов А.П., Гелазония Г.Р. и др., 2013; Прокопович Г.А., Пашковский В.Э., Софронов А.Г., 2013).

При оценке различных факторов, влияющих на формирование психических расстройств у больных с дерматозами лица, не было отмечено существенного влияния пола на риск развития психической патологии. Возможно, это было связано с малой долей пациентов мужского пола в нашей выборке. Данные других исследований роли полового фактора достаточно противоречивы (Ванчакова Н.П., 2009). Оценка возраста, пола, тяжести и локализации высыпаний как независимых факторов риска развития психической патологии в одном из исследований показала, что значимо влияла на риск только принадлежность женскому полу (отношение рисков – 1,94, доверительный интервал – 1,11-3,38) (Picardi A., Abeni D., Renzi C. et al., 2001). Оценка в этом же исследовании влияния локализации кожного заболевания на риск развития психической патологии показала, что у женщин частота психических нарушений при дерматозах косметически значимых локализаций возрастала с 18,7 до 28,1%. Интересно, что у мужчин при косметически значимой локализации кожного процесса частота психических расстройств, напротив, снижалась (с 16,7 до 11,8%). Подобные различия были объяснены авторами большей заинтересованностью женщин в своем внешнем виде и их склонностью к изначальной негативной оценке схемы тела.

Известно, что значимую роль в течении и обострении кожных заболеваний играет стрессовый фактор. В нашем исследовании было отмечено умеренное (в

21% случаев в основной группе и в 20% случаев в группе сравнения) влияние стрессоров на течение кожного заболевания. Обращало на себя внимание, что больные обеих групп были склонны недооценивать влияние стрессоров. Значимых различий во влиянии стрессоров в зависимости от локализации кожного заболевания нами выявлено не было. Согласно данным литературы, дерматозы с поражением лица относятся к наиболее распространенным кожным заболеваниям по степени зависимости от психогенных манифестаций и экзацербаций (Смулевич А.Б., 2011). Однако при этом акне и периоральный дерматит отнесены к группе с относительно низкой частотой психогенных обострений (15-20%), а розацеа – со средней частотой (25-70%) (Смулевич А.Б., 2011). Наиболее высокая степень психогенных обострений была отмечена у атопического дерматита (40-80%) и истинной экземы (50-70%) (Смулевич А.Б., 2011). При этом необходимо отметить, что в отличие от атопического дерматита и псориаза, показатели влияния психогенных триггеров при акне и розацеа значительно отличаются в исследованиях различных авторов, достигая 50 и 90%, соответственно (Jafferany M., 2007). При этом практически во всех имеющихся работах оценивается, как правило, лишь влияние острых стрессовых ситуаций без указания специфики стрессора. Первые проявления кожных заболеваний во многих случаях расцениваются авторами исключительно как первичный стрессовый фактор, а не вторичная реакция на психоэмоциональный стресс. Такое разделение представляется не совсем корректным с учетом имеющихся данных о роли стрессовых факторов в развитии кожных заболеваний (Hunter H., Momen S., Kleyn C., 2015).

В настоящее время доказаны биологические механизмы, которыми стресс способен оказывать выраженное влияние на течение кожных заболеваний. В условиях стресса выделяемые ГГНО медиаторы и гормоны (кортикотропин-рилизинг гормон (КТРГ), адренокортикотропный гормон, пропиомеланокортин, β-эндорфин) действуют на собственную нейроэндокринную систему кожи, приводя к ряду изменений в кожных покровах (Hunter H., Momen S., Kleyn C., 2015). Так, длительная провокация тревоги вызывала в кожных покровах мышей

повышение числа клеточных инфильтратов из активированных макрофагов, которые способствовали повреждению волосяных фолликулов и меланоцитов (Paus R., Theohorides T., Arck P., 2006). Имеются данные о том, что в биоптатах пораженной кожи пациентов с хроническими дерматозами отмечалась повышенная экспрессия рецепторов 1 и 2 типа к КТРГ (Katsarou-Katsari A., Singh L., Theoharides T., 2001). Аналогичные изменения были отмечены и в кожных покровах у мышей, у которых обострения контактного дерматита достигалось стрессовым воздействием (Kaneko K., Kawana S., Arai K. et al., 2003).

В литературе имеются данные о патогенезе акне, на основании которых это заболевание правомерно рассматривать как психосоматическое. Было установлено, что в себоцитах кожных покровов представлены мРНК кортикотропин-релизинг гормона (КТРГ), одного из ключевых медиаторов ГГНО, и его рецепторов (Zouboulis C., Seltmann H., Hiroi N. et al., 2002). КТРГ, аутокринно воздействуя на себоциты, усиливает секрецию кожного сала и стимулирует конвертацию дегидроэпиандростерона в тестостерон. КТРГ также усиливает иммуноактивность кератиноцитов, провоцируя секрецию IL-6 и ингибируя продукцию IL-1β. Таким образом, КТРГ играет значительную роль в формировании себореи и акне, а также в ряде других кожных заболеваний, при которых нарушена продукция кожных липидов. В исследовательских работах также отмечено влияние меланокортинов (АКТГ, α-меланоцит-стимулирующего гормона (α-МСГ) на себоциты (Thody A., Shuster S., 1989). Предполагается, что эффект АКТГ на себоциты опосредован повышением секреции надпочечниковых андрогенов (Zouboulis C., Böhm M., 2004).

α-МСГ оказывает непосредственное влияние на себоциты, регулируя липогенез и продукцию провоспалительных цитокинов, однако точные механизмы его действия на сегодняшний день неизвестны (Zouboulis C., Böhm M., 2004). Интересно, что рецепторы к α-МСГ (MC-1R, MC-5R) удалось выделить преимущественно из биоптатов кожи области лица (Thiboutot D., Sivarajah A., Gilliland K. et al., 2001; Boehm M., Schiller M., Staender S. et al., 2002). При этом на животных моделях было установлено, что системное введение α-МСГ

провоцирует развитие тревожного и депрессивного поведения (Kokare D., Dandekar M., Singru P. et al., 2010). Системное введение грызунам α-МСГ и АКТГ также вело к формированию трудностей засыпания и прерывистому беспокойному сну (Koo B., Feng P., Dostal J. et al., 2008). В нашем исследовании расстройства сна вошли в число наиболее значимых факторов в структуре психических нарушений у больных с дерматозами лица. При этом наибольшую значимость имели именно ранний и средний типы бессонницы.

У пациентов с акне также была обнаружена повышенная концентрация окончаний иммунореактивных нервных волокон, продуцирующих субстанцию Р, близ сальных желез (Toyoda M., Nakamura M., Makino T. et al., 2002). При этом экспрессия нейтральной эндопептидазы, инактивирующего субстанцию Р энзима, была повышена в клетках сальных желез пациентов с акне в сравнении с пациентами без дерматоза (Toyoda M., Nakamura M., Makino T. et al., 2002). При эксперименте in vitro было установлено, что субстанция Р увеличивала размеры себоцитов и количество жировых вакуолей в них в дозозависимом отношении (Toyoda M., Morohashi M., 2003).

Существуют гипотезы о том, что ряд личностных характеристик (в особенности, тревожные, избегающие типы личности) увеличивают риск развития тяжелых форм акне (Jones-Caballero M., Chren M., Soler B. et al., 2007). Несмотря на то, что у данных теорий в настоящее время нет однозначного подтверждения, обращает на себя внимание, что в структуре личностных расстройств у пациентов с дерматозами лица в нашем исследовании преобладало именно тревожное расстройство личности. В виду указанных выше особенностей патогенеза акне можно предположить, что у больных, склонных к регулярным тревожным реакциям, постоянная чрезмерная активация ГГНО способствует повышению влияния стрессовых медиаторов (КТРГ, АКТГ, α-МСГ) на себоциты. Это в свою очередь ведет к учащению воспалительных процессов и нарушению липогенеза. Представляет интерес и то, что в одном из исследований у пациентов с тревожно-мнительными личностными чертами был отмечен повышенный риск развития как акне, так и тревожно-депрессивных расстройств (Oztürk P., Orhan F., Özer A. et al.,

2013). Это также может указывать на наличие общих патогенетических механизмов формирования кожной и психической патологии.

Существуют данные о важной роли нервной системы и в патогенезе розацеа. Установлено, что у пациентов с розацеа нарушен обмен серотонина и повышены уровни продуктов обмена триптофана и радикалов кислорода (Steinhoff M., Schauber J., Leyden J., 2013).

Частота психических расстройств у пациентов с дерматозами лица в нашем исследовании значительно превышала таковую у пациентов с дерматозами других косметически значимых локализаций. Оценка данных литературы по взаимосвязи патогенеза психической и дерматологической патологии позволяет выделить несколько основных факторов, которые могут быть причиной вышеуказанных различий. Кожные покровы высоко иннервированы, при этом нервные волокна способны выделять стрессовые медиаторы в ответ не только на периферическое раздражение, но и под влиянием ЦНС (Paus R., Theohorides T., Arck P., 2006). Кожа лица отличается еще более высокой иннервацией в сравнении с другими локализациями и более широко представлена в сенсорной проекции ЦНС (Young P., Hyun R., Beom C. et al., 2004). Как было отмечено выше, в биоптатах кожи лица у пациентов с акне были обнаружены повышенные концентрации рецепторов к КТРГ, α-МСГ и иммунореактивных нервных волокон (Boehm M., Schiller M., Staender S. et al., 2002; Su D., Drummond P., 2012). В связи с этим можно предположить, что при вовлечении области лица в патологический кожный процесс частота и степень психических нарушений может быть выше, чем при схожих дерматозах других локализаций. Есть данные, что при формах псориаза с вовлечением области лица уровень тяжести психических нарушений у пациентов был выше и незначительно улучшался при положительной динамике кожного процесса (Sampogna F., Tabolli S., Abeni D., 2007). Интересно, что показатели психических нарушений у таких пациентов соответствовали таковым при псориазе с поражением суставов. Таким образом, поражение области лица оказывало психотравмирующее влияние, сопоставимое с системным поражением организма. При этом хотелось бы отметить, что вышеуказанные взаимосвязи

могут носить двухсторонний характер. Так, при наличии исходной предрасположенности выраженный психологический стресс может являться триггером для активации воспалительного процесса и ГГН-оси. Манифестация и обострение кожного процесса в таких случаях являются следствием первичной дисфункции нервной системы. Область лица при этом может вовлекаться в патологический процесс чаще в виду высокого числа нейронных взаимосвязей с ЦНС и повышенной концентрации специфических рецепторов к медиаторам стресса. В конечном итоге оба механизма независимо от первичного триггера становятся биологической основой «порочного круга», когда воспалительные процессы в кожных покровах и нервной системе потенцируют и поддерживают друг друга.

Интенсивное сенсорное раздражение ЦНС при поражении области лица способствует повышению секреции провоспалительных цитокинов в кожных покровах и их системному выбросу. Изменения в нервной системе при этом также включают в себя гиперактивацию ГГНО и симпатической нервной системы. Нарушения функционирования последних может вести к развитию выраженных вегетативных симптомов, тревожных реакций и поведенческих нарушений, наблюдавшихся нами у пациентов с дерматозами лица. Системное воспаление, в свою очередь, может поддерживать течение патологического процесса в коже и нервной системе, а вовлечение в воспалительный процесс других компонентов вегетативной нервной системы может объяснять высокую частоту соматизированных расстройств у этих больных.

В структуре психической патологии превалировали аффективные и тревожные расстройства при доминировании тревоги, преимущественно, соматизированных тревожных расстройств. Соматизированные расстройства представлены симптомами нарушения желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы. Подобные различия могут указывать на более выраженную активацию ГГНО и симпатической нервной системы при поражении области лица. Как отмечает ряд авторов, длительная активация данных систем при хронических соматических заболеваниях, включая поражение кожи, может

способствовать стойкому нарушению баланса окислительных радикалов и провоспалительных цитокинов с формированием необратимых повреждений ЦНС и хронизацией психических симптомов (Rodriguez-Vallecillo E., Woodbury-Fariña M., 2014).

Результаты нашей работы отчасти коррелируют с имеющимися в литературе данными о связи психических расстройств и возраста пациентов, больных хроническими дерматозами (Смулевич А.Б., Дороженок И.Ю., Романов Д.В. и др., 2012). Исследование свидетельствует, что пациентам в возрасте до 25 лет были в большей степени свойственны сенситивные идеи отношения, тревожно-фобические расстройства, дисморфофобические переживания. Пациенты 25 лет и старше в значительно меньшей степени были обеспокоены проблемами внешности и чаще отмечали связь обострения дерматологического заболевания (увеличение количества высыпаний и выраженное усиление кожного зуда, жжения) со внешними стрессорами, чаще предъявляли соматические жалобы, не соответствующие по своей выраженности объективной тяжести кожного процесса. В одном из исследований указывается на различия между психическими нарушениями при акне подростков и акне взрослых (Panconesi E., Hautmann G., 1998). По мнению авторов, у молодых пациентов психические расстройства носят преимущественно вторичный (соматопсихический характер). У пациентов старшего возраста, согласно наблюдениям исследователей, в большей степени выражена отрицательная динамика кожного заболевания при стрессовых нагрузках (Panconesi E., Hautmann G., 1998).

В связи с этим, необходимо отметить различия в функционировании иммунной системы при разной длительности стрессового ответа. Так, при острой реакции на стресс происходит мобилизация иммунитета со стимуляцией хемотаксиса и миграцией лимфоцитов, а также выброс резкий эпинефрина и активация ГГНО (Rodriguez-Vallecillo E., Woodbury-Fariña M., 2014). При хронических стрессовых ситуациях, напротив, наблюдается истощение функции иммунной системы с последующей иммуносупрессией, а длительное воздействие

провоспалительных цитокинов ведет к стойким повреждениям клеток и тканей (Rodriguez-Vallecillo E., Woodbury-Fariña M., 2014). Подобные изменения, вероятно, могут играть ключевую роль в формировании отличий структуры психической симптоматики у пациентов с различной длительностью кожного заболевания.

Нами было отмечено, что у больных дерматозами лица более молодого возраста психические расстройства чаще были представлены невротическими и связанными со стрессом расстройствами (29% – для пациентов старшего возраста, 40% – для пациентов молодого возраста). В то же время, для пациентов старшего возраста были более характерны аффективные расстройства (11% – для пациентов старшего возраста, 3% – для пациентов младшего возраста). На основании вышеуказанных данных можно предположить, что у более молодых пациентов влияние стрессора в виде дебюта кожного заболевания чаще носило острый характер и способствовало резкой активации ГГНО с повышенным выбросом кортизола и эпинефрина. Подобные изменения функции ГГНО, как указано в литературе, характерны именно для развития тревожной симптоматики (Dhabhar F., 2009). В свою очередь, длительное стрессовое воздействие, как, например, при хроническом течении дерматоза, может способствовать развитию иммуносупрессии, которую в настоящее время рассматривают как одно из возможных звеньев патогенеза депрессивных расстройств (Evans D.L., Ten Have T.R., Douglas S.D., 2002).

При хроническом течение дерматоза длительное влияние провоспалительных цитокинов на нервные клетки может вести к накоплению дефектов ДНК (Flint M., Baum A., Chambers W., 2007) и способствовать формированию стойких повреждений ЦНС, что клинически может проявляться в усугублении и патоморфозе психических нарушений с развитием стойких аффективных расстройств.

Оценка общих биологических «звеньев» коморбидности психических расстройств и кожных заболеваний представляет особый интерес для разработки новых подходов к комплексной терапии пациентов. Известно, что селективные

ингибиторы обратного захвата серотонина обладают антивоспалительным эффектом, ингибируя высвобождение IL-6 и TNF-α (Hannestad J., Dellagioia N., Bloch M., 2011). Исходя из этого, можно предположить, что антидепрессивная терапия может быть патогенетически обоснована не только для лечения тревожных и депрессивных нарушений, коморбидных дерматозам, но и собственно кожных заболеваний.

В литературе одной из основных концепций для разработки современных подходов к организации и оказанию психосоматической помощи является модель «встречного движения» (Смулевич А.Б., 2011). Основными её принципами являются двусторонняя направленность, профилизация, глобализация и методическая вертикаль. Двусторонняя направленность в данном случае подразумевает междисциплинарный подход, требующий взаимообучения специалистов и своевременной диагностики психических расстройств в соматической практике. Результаты анализа медицинской документации в нашем исследовании показали, что доля пациентов с дерматозами лица от общего числа больных ПСО была ниже, чем доли больных псориазом, экземой и атопическим дерматитом. В то же время, имеются данные опроса дерматологов, согласно которым врачи отмечали акне как заболевание с наибольшей частотой коморбидной психической патологии в своей практике (Jafferany M., Vander Stoep A., Dumitrescu A. et al., 2010). При этом в том же исследовании большинство дерматологов сообщало о том, что могут самостоятельно курировать таких больных, не прибегая к помощи врача-психиатра. Согласно оценке направлений больных с кожными заболеваниями на консультацию врача-психиатра депрессивные нарушения были причиной лишь 10,7% случаев, а тревожные – 8,8% (Jafferany M., Vander Stoep A., Dumitrescu A. et al., 2010). На основании этих данных можно предположить, что врачи-дерматологи зачастую склонны оценивать пограничные, стертые формы психической патологии, как не требующие психиатрического вмешательства. Этим же можно объяснить различия между высокой долей психических

расстройств у таких больных, установленных нами в амбулаторной практике, но низкой частотой направления этих больных в ПСО.

В структуре психической патологии у пациентов с дерматозами лица в ПСО, как и в амбулаторной практике преобладали расстройства невротического спектра. Как показывает анализ работы ПСО за предыдущие годы, «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F40 - F48) являются наиболее часто диагностируемой психической патологией у пациентов отделения (Смирнова Т.С., Смирнова И.О., Петрова Н.Н. и др., 2014). Они наблюдаются в среднем у 41,64% пациентов и представлены преимущественно «Расстройством приспособительных реакций» (F43.2). Схожая структура психической патологии наблюдалась, согласно медицинской документации, и у пациентов ПСО с дерматозами лица. В то же время обращает на себя внимание, что для пациентов с дерматозами лица было характерно значительно меньшая частота расстройств аффективного спектра (6,67%), чем для пациентов ПСО в целом (16,98%). Необходимо отметить, что преобладание тревожных расстройств над депрессивными было отмечено нами и при оценке структуры психической патологии у пациентов с дерматозами лица в амбулаторной практике. Осведомленность врача-психиатра о спектре психических расстройств, характерных для конкретной соматической патологии, составляет основу принципа профилизации психосоматической службы в модели «встречного движения» (Смулевич А.Б., 2011).

Использованная в условиях ПСО психофармакотерапия лишь отчасти соответствовала имеющимся в литературных источниках рекомендациям (Смулевич А.Б., 2011). В первую очередь обращает на себя внимание выбор разных препаратов при схожих нозологических единицах без указания четких критериев для той или иной терапии. При этом реальная ситуация по применению психофармакотерапии у больных дерматозами лица во многом сходна с таковой для психосоматической практики в целом (Смулевич А.Б., 2011). Так, по данным программы «СИНТЕЗ», было отмечено недостаточное использование антидепрессантов и небензодиазепиновых транквилизаторов для курсового

лечения коморбидных соматическим заболеваниям психических расстройств (Смулевич А.Б., 2011). При этом, по данным литературы, наименее разработана проблема терапии субклинических расстройств (ипохондрические нарушения, дистимии, тревожные симтомокомплексы) (Смулевич А.Б., 2011), в значительной степени представленных в нашей выборке.

Информация о видах использованных психотерапевтических методик в медицинской документации ПСО отсутствовала. Как отмечают в своих работах зарубежные авторы, для наибольшего эффекта психотерапевтические методики на начальных этапах терапии у таких больных должны преследовать наиболее простые и конкретные цели: уменьшение тревоги, улучшение сна, уменьшение социальной изоляции (Fried R., Hussain S., 2008).

Нами было установлено, что продолжительность комплексного лечения пациентов с дерматозами лица в ПСО превышала таковую в обычных отделениях и условиях дневного стационара. Более высокая частота досрочных выписок из ПСО может быть объяснена характерологическими особенностями пациентов и сопутствующими психическими нарушениями, ведущими к снижению приверженности терапии.

Оптимизации помощи пациентам с дерматозами лица могут способствовать формирование четких показаний для госпитализации в ПСО и введение критериев использования психотерапевтических, психофармакологических методов лечения у таких больных. Результаты исследования свидетельствуют, что необходимо развивать преемственность в работе ПСО и психиатрических ЛПУ. Коррекция психических расстройств у пациентов с дерматозами лица может способствовать улучшению комплайенса, оптимизации и уменьшении сроков дерматологической терапии. По данным литературы, для развития организации и оказания психосоматической помощи необходимо проведение глобализации психосоматической службы с выделением единых принципов и классификаций (Кочорова Л.В., Незнанов Н.Г., Скворцов Н.Л. и др., 2000; Борцов А.В., Дедков Е.Д., Незнанов Н.Г. и др., 2003, Накатис Я.А., Ванчакова Н.П., Попов А.П., 2008; Смулевич А.Б., 2011; Петрова Н.Н., Кутузова А.Э., 2014).

Также одним из направления работы психосоматической службы должно быть формирование преемственности в курации пациентов с созданием системы методических центров с вертикальным подчинением (Смулевич А.Б., 2011).

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 уделить 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 СОКРАЩЕНИЙ

АКТГ – Адренокортикотропный гормон

ГГНО – Гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось

ГорКВД – Городской кожно-венерологический диспансер

ДИКЖ – Дерматологический индекс качества жизни

ДНК – Дезоксирибонуклеиновая кислота

ЖКТ – Желудочно-кишечный тракт

КТРГ – Кортикотропин-рилизинг гормон

ЛПУ – Лечебно-профилактическое учреждение

МКБ – Международная классификация болезней

мРНК – Матричная рибонуклеиновая кислота

МСГ – Меланоцит-стимулирующий гормон

ПАВ – Психоактивные вещества

ПСО – Психосоматическое отделение

ПЭВМ – Персональная электронно-вычислительная машина

СИОЗС – Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

СУБД – Система управления базами данных

ТЦА – Трициклические антидепрессанты

ЦНС – Центральная нервная система

HADS – Госпитальная шкала тревоги и депрессии

HAM-A – Шкала тревоги Гамильтона

HAM-D – Шкала Гамильтона для оценки депрессии

IL – Интерлейкин

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

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

TNF – Фактор некроза опухолей

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аравийская, Е.Р. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных акне / Е.Р. Аравийская, А.В. Самцов // Москва, 2013. – 20 с.

2. Аравийская, Е.Р. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных розацеа / Е.Р. Аравийская, А.В. Самцов // Москва, 2013. – 19 с.

3. Борцов, А.В. Подготовка врачей различных специальностей по вопросам психопрофилактики, выявления на ранних стадиях психических расстройств и расстройств поведения / А.В. Борцов, Е.Д. Дедков, Н.Г. Незнанов, Е.Н. Пенюгина // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – № 2. – С. 155-156.

4. Ванчакова, Н.П. Тревога в структуре психосоматических расстройств и её гендерные различия / Н.П. Ванчакова // Психосоматическая медицина – 2009: сборник материалов IV международного психосоматического конгресса. – СПб.: Человек, 2009. – С. 10-16.

5. Ванчакова, Н.П. Психиатрия консультирования и взаимодействия: оценка потребностей и организации службы / Н.П. Ванчакова, А.П. Попов, Г.Р. Гелазония и др. // Клиническая больница. – 2013. – №1(4). – С. 114-115.

6. Волкова, Е.Н. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных алопецией гнездной / Е.Н. Волкова, А.А. Григорьева, И.Н. Кондрахина, А.Н. Мареева // Москва, 2013. – 16 с.

7. Дороженок, И.Ю. Психические расстройства, коморбидные хроническим дерматозам / И.Ю. Дороженок // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2009. – №3 – С. 18-25.

8. Дороженок, И.Ю. Дисморфофобия у дерматологических больных с фациальной локализацией процесса / И.Ю. Дороженок, Е.Н. Матюшенко, О.Ю. Олисова // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2014. – № 1. – С. 42-47.

9. Каннабих, Ю.В. История психиатрии / Ю.В. Каннабих. – М.: АСТ, Мн.: Харвест, 2014. – 559 с.

10. Коркина, М.В. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте / М.В. Коркина. – М.: «Медицина», 1984. – 224 с.

11. Краснов, В.Н. Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов первичной медицинской сети / В.Н. Краснов, Т.В. Довженко, А.Е. Бобров // Мед. вестник. – 2010. – № 11. – С. 516.

12. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Под редакцией Нуллера Ю.Л., Циркина С.Ю. – Киев: Сфера, 2005. – 298 с.

13. Менделевич, В.Д. Неврозология и психосоматическая медицина / В.Д. Менделевич, С.Л. Соловьева. – М.: ИД «Городец», 2016. – 596 с.

14. Накатис, Я.А. Проблемы организации работы и финансирования центров психосоматической медицины / Я.А. Накатис, Н.П. Ванчакова, А.П. Попов // Вестник СПбГУ. Серия 11. Медицина. – 2008. – №51. – С. 241-246.

15. Незнанов, Н.Г. Социально-демографические характеристики и качество жизни больных с аффективными и соматоформными расстройствами в общемедицинской сети / Н.Г. Незнанов, Л.Г. Кочорова, А.С. Ломаченков // Росс. конф.: «Аффективные и шизоаффективные расстройства». Совещание главных психиатров, наркологов и руководителей учреждений, оказывающих психиатрическую помощь. Пленум Правл. Росс. общества психиатров. – М., 2003. – С. 73.

16. Незнанов, Н.Г. Качество жизни как мера оценки эффективности реабилитации больных / Н.Г. Незнанов, Н.Н. Петрова // Психосоциальная реабилитация и качество жизни: Сборник научных трудов. – СПб.: СПбНИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2001. – С. 301-11.

17. Охлопков, В.А. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных экземой / В.А. Охлопков, О.В. Правдина, Е.Ю. Зубарева // Москва, 2013. – 18 с.

18. Петрова, Н.Н. Качество жизни с позиции биопсихосоциального подхода / Н.Н. Петрова // Качество жизни в психоневрологии: материалы международной конференции. – СПб., 2000. – С. 95-97.

19. Петрова, Н.Н. Сравнительный анализ качества жизни больных с нервно-психическими и соматическими расстройствами / Н.Н. Петрова, А.Ю. Дмитриев, С.Д. Случевская // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 1999. – №2. – С. 60-63.

20. Петрова, Н.Н. Междисциплинарный подход к ведению пациентов с жизнеопасным соматическим состоянием / Н.Н. Петрова, А.Э. Кутузова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2014. – № 1. – С. 97–104.

21. Проблема раннего выявления психических расстройств у пациентов общепрактикующих врачей / Л.В. Кочорова, Н.Г. Незнанов, Н.Л. Скворцов [и др.] // Ученые записки. – 2000. – Т. 7, № 3. – С. 169–171.

22. Прокопович, Г.А. Основные клинические показатели пациентов, поступивших в многопрофильный стационар с попытками самоубийства / Г.А. Прокопович, В.Э. Пашковский, А.Г. Софронов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2013. – №2. – С. 50-53.

23. Психическое здоровье городского населения / Чуркин А. А., Михайлов В. И., Касимова Л. Н. – М., Хабаровск: Изд-во Хабар. краев. центра псих. здоровья, 2000. – 376 с.

24. Психические расстройства в клинической практике / под ред. Академика РАМН А.Б. Смулевича. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 720 с.

25. Разработка методики интерперсональной психотерапии для лечения невротических расстройств и оценка ее эффективности: Методические рекомендации / СПб. науч.-иссл. психоневрол. инт-т им.В.М.Бехтерева; Авторы-сост.: В.А.Абабков и др. – СПб., 2007. – 50 с.

26. Рахматулина, М.Р. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных периоральным дерматитом / М.Р. Рахматулина и соавт. // Москва, 2015. – 12 с.

27. Разоренов, Г.И. Функциональное моделирование как инструмент автоматизации медицинских исследований / Г.И. Разоренов // Всеросс. научно-

практ. конф. Проблемы терапевтической и хирургической пульмонологии. СПб, ГНЦП. – 20-22 октября, 1997. – С. 15-16.

28. Родионов, А.Н. Дерматокосметология. Поражение кожи лица и слизистых. Диагностика, лечение и профилактика / А.Н. Родионов. – СПб.: Наука и Техника, 2012. – 912 с., ил.

29. Романов, Д.В. Пограничные психические и психосоматические расстройства в общей медицине (эпидемиологические аспекты): монография «Психические расстройства в клинической практике» / Д.В. Романов, А.В. Андрющенко; под общ.ред. А. Б. Смулевича. – М., 2011. – С. 100-229.

30. Романов, Д.В. Психопатология психических расстройств в дерматологической клинике (модель психической патологии, ограниченной пространством кожного покрова) / А.Б. Смулевич, И.Ю. Дороженок, Д.В. Романов, А.Н. Львов // Психические расстройства в общей медицине. – 2012. – №1. – С. 4-14.

31. Смирнова, И.О. Изотретиноин: эффективность и безопасность / И.О. Смирнова, Я.Г. Петунова, Е.А. Куликова, А.С. Еремеева // Клиническая дерматология и венерология. – 2015. – №6. – С. 20-27.

32. Смирнова, Т.С. Клинико-организационные аспекты работы психосоматического отделения дерматологического стационара / Т.С. Смирнова, И.О. Смирнова, Н.Н. Петрова, и др.// Психические расстройства в общей медицине. – 2014. – № 03-04. – С. 39-43.

33. Смулевич, А.Б. Психодерматология: современное состояние проблемы / А.Б. Смулевич, О.Л. Иванов, А.Н. Львов, И.Ю. Дороженок // Журнал неврология и психиатрия им. С.С.Корсакова. – 2004. – №11. – С. 4–14.

34. Смулевич, А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А.Б. Смулевич. – М.: Медицинское информационное агентство, 2007. – 432 с.

35. Смулевич, А.Б. Расстройства личности / А.Б. Смулевич. – М.: Медицинское информационное агентство, 2007. – 117 с.

36. Смулевич, А.Б. К проблеме классификации психических расстройств в дерматологии / А.Б. Смулевич, А.Н. Львов // Психические расстройства в общей медицине. – 2008. – №1. – С. 22–5.

37. Смулевич, А.Б. Психопатология личности и коморбидных расстройств / А.Б. Смулевич. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 202 с.

38. Смулевич, А.Б. Ипохондрия sine materia как психосоматическая проблема (на модели ипохондрических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова) / А.Б. Смулевич, И.Ю. Дороженок, Д.В. Романов, А.Н. Львов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 2012. - №1. - С. 14-25.

39. Терентьева, М.А. Психогенные (нозогенные) расстройства при хронических дерматозах / М.А. Терентьева, Т.А. Белоусова // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – № 6. – С. 270–2.

40. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению атопического дерматита/ под ред. Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов. – Москва, 2013. – 27 с.

41. Цивилько, М.А. Особенности и условия формирования аффективной патологии при хронических соматических заболеваниях / М.А. Цивилько, М.В. Коркина // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2002. – №6. – С. 30-35.

42. Чикин, В.В. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных красным плоским лишаем/ В.В. Чикин, А.А. Минеева // Москва, 2013. – 19 с.

43. Юрьев В.К. Влияние стационарного лечения на качество жизни больных псориазом / В.К. Юрьев, М.Г. Хведелидзе // Врач-аспирант. – 2013. – №1.2 (Том 56). – С. 302–7.

44. Adams, G. When social anxiety and depression go together: A population study of comorbidity and associated consequences/ G. Adams, L. Balbuena, X. Meng, G. Asmundson// J Affect Disord. – 2016. – Vol. 206. – P. 48-54.

45. Aguilar-Duran, S. How to set up a psychodermatology clinic / S. Aguilar-Duran, A. Ahmed, R. Taylor, A. Bewley// Clin Exp Dermatol. – 2014. – Jul; Vol. 39 (5). – P. 577-82.

46. Aktan, S. Psychiatric disorders in patients attending a dermatology outpatient clinic / S. Aktan, E. Ozmen, B. Sanli// Dermatology. – 1998. – Vol. 197 (3). – P. 230-4.

47. Arck, P. Neuroimmunology of Stress: Skin Takes Center Stage / P. Arck, A. Slominski, T. Theoharides, et al. // The Journal of investigative dermatology. – 2006. – 126 (8). – P. 1697-1704.

48. Basavaraj, K. Relevance of psychiatry in dermatology: Present concepts / K. Basavaraj, M. Navya, R. Rashmi // Indian J Psychiatry. – 2010. – Vol.52, №3. – P. 270-5.

49. Bewley, A. Psychodermatology services guidance: the report of the British Association ofDermatologists'Psychodermatology Working Party / A. Bewley, A, Affleck, C. Bundy// Br J Dermatol. – 2013. – Jun; Vol. 168(6). – P. 1149-50.

50. Boehm, M. Evidence for expression of melanocortin-1 receptor in human sebocytes in vitro and in situ / M. Boehm, M. Schiller, S. Staender, et al. // J Invest Dermatol. – 2002. – Vol. 118. – P. 533–539.

51. Brazzini, B. The neuro-immuno-cutaneous-endocrine network: relationship between mind and skin / B. Brazzini, I. Ghersetich, J. Hercogova, T. Lotti // Dermatol Ther. – 2003. – Vol. 16 (2). – P.123-31.

52. Bremner, J. Retinoic acid and affective disorders: the evidence for an association / J. Bremner, K. Shearer, P. McCaffery// J Clin Psychiatry. – 2012. – Jan; Vol. 73 (1). – P. 37-50.

53. Brown, G. Psychodermatology / G. Brown, M. Malakouti, E. Sorenson, et al.// Adv Psychosom Med. – 2015. – Vol. 34. – P. 123-34.

54. Calabrese, J. Rash in multicenter trials of lamotrigine in mood disorders: Clinical relevance and management / J. Calabrese, J. Sullivan, C. Bowden, et al.// J Clin Psychiatry. – 2002. – Vol. 63. – P. 1012–9.

55. Capitanio, B. Underestimated clinical features of postadolescent acne / B. Capitanio, J. Sinagra, V. Bordignon, et al. // J Am Acad Dermatol. – 2010. – Nov; Vol. 63 (5). – P. 782-8.

56. Capoore, H. Does psychological intervention help chronic skin conditions? / H. Capoore, C. Rowland Payne, D. Goldin // Postgraduate Medical Journal. – 1998. – Vol. 74(877). – P. 662-664.

57. Chan, H. A control study of the cutaneous side effects of chronic lithium therapy / H. Chan, Y. Wing, R. Su, et al. // J Affect Disord. – 2000. – Vol. 57. – P. 107–13.

58. Chung, W. A review of patients managed at a combined psychodermatology clinic: a Singapore experience / W. Chung, S. Ng, M. Koh, et al. // Singapore Med J. – 2012. – Dec; Vol. 53(12). – P. 789-93.

59. Cömert, A. Psychiatric comorbidities and alexithymia in patients with seborrheic dermatitis: a questionnaire study in Turkey / A. Cömert, B. Akbaş, E. Kılıç, et al. // Am J Clin Dermatol. – 2013. – Aug; Vol. 14 (4). – P. 335-42.

60. Cotterill, J. Suicide in dermatological patients / J. Cotterill, W. Cunliffe // Br J Dermatol. – 1997. – Aug; Vol. 137(2). – P. 246-50.

61. Cossidente, A., Sarti M. History and fundamentals of psychosomatic dermatology / A. Cossidente, M. Sarti// Clin Dermatol. – 1984. – Oct-Dec; 2(4). – P. 1-16.

62. Dalgard, F. The Psychological Burden of Skin Diseases: A Cross-Sectional Multicenter Study among Dermatological Out-Patients in 13 European Countries / F. Dalgard, U. Gieler, L. Tomas-Aragones, et al. // The Journal of Investigative Dermatology. – 2015. – Vol. 135 (4). – P. 984-991.

63. Demet, M. Obsessive-compulsive disorder in a dermatology outpatient clinic / M. Demet, A. Deveci, E. Taskin, et al.// Gen Hosp Psychiatry. – 2005. – Nov-Dec; Vol. 27 (6). – P. 426-30.

64. Derogatis, L. The SCL–90: An outpatient psychiatric rating scale—Preliminary report / L. Derogatis, R. Lipman, L. Covi// Psychopharmacology Bulletin. – 1973. – Vol. 9. – P.13–28.

65. Dhabhar, F. Enhancing versus suppressive effects of stress on immune function: implications for immunoprotection and immunopathology / F. Dhabhar // Neuroimmunomodulation. – 2009. – Vol.16, №5. – P. 300–17.

66. Dhabhar, F. Psychological stress and immunoprotection versus immunopathology in the skin / F. Dhabhar // Clin Dermatol. – 2013. – Vol. 31. – P. 18-30.

67. Evans, D.L. Association of depression with viral load, CD8 T lymphocytes, and natural killer cells in women with HIV infection / D.L. Evans, T.R. Ten Have, S.D. Douglas // Am. J. Psychiatry. – 2002. – №159. – P. 1752–9.

68. Feingold, A. Gender differences in body image are increasing / A. Feingold, R. Mazzella // Psychol Sci. – 1998. – Vol. 9. – P. 190-195.

69. Filaković, P. Comorbidity of depressive and dermatologic disorders – therapeutic aspects / P. Filaković, A. Petek, O. Koić, et al. // Psychiatr Danub. – 2009. – Sep; Vol. 21 (3). – P. 401-10.

70. Flint, M. Induction of DNA damage, alteration of DNA repair and transcriptional activation by stress hormones / M. Flint, A. Baum, W. Chambers // Psychoneuroendocrinology. – 2007. – Vol.32, №5. – P. 470–9.

71. França, K. Pyschodermatology: a trip through history / K. França, A. Chacon, J. Ledon, et al.// An Bras Dermatol. – 2013. – Vol.88, №5. – P. 842-3.

72. Fried, R. Psychological problems in the acne patients / R. Fried, A. Weschsler // Dermatol Ther. – 2006. – Vol. 19. – P. 237–40.

73. Fried, R. Nonpharmacologic management of common skin and psychocutaneous disorders / R. Fried, S. Hussain // Dermatol Ther. – 2008. – Jan-Feb; Vol. 21(1). – P. 60-8.

74. Freud, S. The wolfman and other cases / S. Freud, Huish L.A., translator. – London: Penguin Books; 2002. – 384 p.

75. Freudenmann, R. Delusional infestation / R. Freudenmann, P. Lepping // Clin Microbiol Rev. – 2009. – Vol. 22. – P. 690-732.

76. Freudenmann, R. Delusional infestation and the specimen sign: a European multicentre study in 148 consecutive cases / R. Freudenmann, P. Lepping, M. Huber, et al.// Br J Dermatol. – 2012. – Aug; Vol. 167(2). – P. 247-51.

77. Goulden, V. Long-term safety of isotretinoin as a treatment for acne vulgaris / V. Goulden, A. Layton, W. Cunliffe // Br J Dermatol. – 1994. – Sep; Vol. 131 (3). – P. 360-3.

78. Ghosh, S. Psychiatric Evaluation in Dermatology: An Overview / S. Ghosh, R. Behere, P. Sharma, K. Sreejayan // Indian Journal of Dermatology. – 2013. – Vol. 58 (1). – P. 39-43.

79. Gupta, M. Psychodermatology: an update / M. Gupta, A. Gupta// Journal of the American Academy of Dermatology. – 1996. – Vol. 34 (6). – P. 1030-46.

80. Gupta, M. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis / M. Gupta, A. Gupta// Br J Dermatol. – 1998. – Nov; Vol. 139 (5). – P. 846-50.

81. Gupta, A. Rosacea and its management: an overview / A. Gupta, M. Chaudhry // J Eur Acad Dermatol Venereol. – 2005. – May; Vol. 19(3). – P. 273-85.

82. Gupta, M. Evaluation of cutaneous body image dissatisfaction in the dermatology patient / M. Gupta, A. Gupta// Clin Dermatol. – 2013. – Jan-Feb; 31(1). – P. 72-9.

83. Gupta, M. Current concepts in psychodermatology / M. Gupta, A. Gupta// Curr Psychiatry Rep. – 2014. – Jun; Vol. 16 (6). – P. 449.

84. Gül, A. Personality traits and common psychiatric conditions in adult patients with acne vulgaris / A. Gül, E. Çölgeçen // Ann Dermatol. – 2015. – Vol. 27(1). – P. 48-52.

85. Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating / M. Hamilton // British Journal of Medical Psychologyю – 1959. – Vol. 32. – P. 50-55.

86. Hamilton, M. A rating scale for depression / M. Hamilton // Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry. – 1960. – Vol. 23. – P. 56-62.

87. Hannestad, J. The effect of antidepressant medication treatment on serum levels of inflammatory cytokines: a metaanalysis / J. Hannestad, N. Dellagioia, M. Bloch // Neuropsychopharmacology. – 2011. – №36. – P. 2452–2459.

88. Härter, M. Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases / M. Härter, H. Baumeister, K. Reuter, et al.// Psychother Psychosom. – 2007. – Vol. 76 (6). – P. 354-60.

89. Harth, W. New lifestyle drugs and somatoform disorders in dermatology/ W. Harth, K. Seikowski, B. Hermes, U. Gieler // Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. – 2008. – Vol. 22. – P. 141–149.

90. Harth, W. Clinical Management in Psychodermatology/ W. Harth, U. Gieler, D. Kusnir, F. Tausk // Springer-Verlag Berlin Heidelberg. – 2009. – p. 297.

91. Hunter, H. The impact of psychosocial stress on healthy skin / H. Hunter, S. Momen, C. Kleyn // Clin Exp Dermatol. – 2015. – Vol.40, №5. – P. 540-6.

92. Jafferany, M. Psychodermatology: A Guide to Understanding Common Psychocutaneous Disorders / M. Jafferany // Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry. – 2007. – Vol. 9 (3). – P. 203-213.

93. Jafferany, M. The knowledge, awareness, and practice patterns of dermatologists toward psychocutaneous disorders: results of a survey study / M. Jafferany, A. Vander Stoep, A. Dumitrescu, R. Hornung // Int J Dermatol. – 2010. – Jul; 49 (7). – P. 784-9.

94. Jones-Caballero, M. Quality of life in mild to moderate acne: relationship to clinical severity and factors influencing change with treatment / M. Jones-Caballero, M. Chren, B. Soler, et al. // J Eur Acad Dermatol Venereol. – 2007. – Vol. 21. – P. 219-26.

95. Kaneko, K. Corticotropin-releasing factor receptor type 1 is involved in the stress-induced exacerbation of chronic contact dermatitis in rats / K. Kaneko, S. Kawana, K. Arai, T. Shibasaki // Exp Dermatol. – 2003. – №12. – P. 47–52.

96. Katsarou-Katsari, A. Alopecia areata and affected skin CRH receptor upregulation induced by acute emotional stress /A. Katsarou-Katsari, L. Singh, T. Theoharides // Dermatology. – 2001. – №203. – P. 157–61.

97. Kellett, S. The psychological and emotional impact of acne and the effect of treatment with isotretinoin / S. Kellett, D. Gawkrodger // Br J Dermatol. – 1999. – Feb; Vol. 140 (2). – P. 273-82.

98. Kini, S. A pilot study in discrepancies in quality of life among three cutaneous types of rosacea / S. Kini, K. Nicholson, L. DeLong, et al. // J Am Acad Dermatol. – 2010. – Vol. 62. – P. 1069–1071.

99. Koblenzer, C. The broken mirror-the dysmorphic syndrome in the dermatologist's practice / C. Koblenzer// Fitzpatrick's J Clin. – 1994. – March/April. – P. 14-19.

100. Koblenzer, C. The emotional impact of chronic and disabling skin disease: a psychoanalytic perspective / C. Koblenzer // Dermatol Clin. – 2005. – Oct; Vol. 23 (4). – P. 619-27.

101. Kokandi, A. Evaluation of Acne Quality of Life and Clinical Severity in Acne Female Adults / A. Kokandi// Dermatology Research and Practice. – 2010. – 2010: 410809.

102. Kokare, D. Involvement of alpha-MSH in the social isolation induced anxiety- and depression-like behaviors in rat /D. Kokare, M. Dandekar, P. Singru, et al.// Neuropharmacology. – 2010. – Vol. 58(7). – P. 1009-18.

103. Koo, J. Psychodermatology: the mind and skin connection / J. Koo, A. Lebwohl // Am Fam Physician. – 2001. – Dec 1; Vol. 64(11). – P. 1873-8.

104. Koo, B. Alpha-melanocyte stimulating hormone and adrenocorticotropic hormone: an alternative approach when thinking about restless legs syndrome? / B. Koo, P. Feng, J. Dostal, K. Strohl // Mov Disord. – 2008. – Vol. 23(9). – P. 1234-42.

105. Korte, S. The Darwinian concept of stress: benefits of allostasis and costs of allostatic load and the trade-offs in health and disease / S. Korte, J. Koolhaas, J. Wingfield, B. McEwen// Neurosci Biobehav Rev. – 2005. – Vol.29, №1. – P. 3-38.

106. Lanigan, S. Psychological disabilities amongst patients with port wine stains / S. Lanigan, J. Cotterill// British Journal of Dermatology. – 1989. – Vol. 121. – P. 209–215.

107. Lee, C. Psychopharmacology in dermatology / C. Lee, R. Accordino, J. Howard, J. Koo // Dermatol Ther. – 2008. – Jan-Feb; Vol. 21(1). – P. 69-82.

108. Lieb, R. The natural course of DSM-IV somatoform disorders and syndromes among adolescents and young adults: a prospective-longitudinal community study / R. Lieb, P. Zimmermann, R. Friis, et al. // Eur Psychiatry. – 2002. – Vol. 17 (6). – P. 321-31.

109. Leon, A. Psychodermatology: an overview / A. Leon, E. Levin, J. Koo // Semin Cutan Med Surg. – 2013. – Jun; Vol. 32 (2). – P. 64-7.

110. Lepping, P. How to approach delusional infestation / P. Lepping , M. Huber , R. Freudenmann // BMJ. – 2015. – Apr, # 1. – P. 350.

111. Lewis, D. Steroid-induced psychiatric syndromes. A report of 14 cases and a review of the literature / D. Lewis, R. Smith // J Affect Disord. – 1983. – Vol. 5. – P. 319–32.

112. Lotti, T. Can the brain inhibit inflammation generated in the skin? The lesson of gamma-melanocyte-stimulating hormone / T. Lotti, B. Bianchi, I. Ghersetich, et al.// Int J Dermatol. – 2002. – Jun; Vol. 41 (6). – P. 311-8.

113. Lowry, C. A study of service provision in psychocutaneous medicine / C. Lowry, R. Shah, C. Fleming, et al. // Clinical and Experimental Dermatology. – 2014. – Vol. 39. – P. 13–18.

114. Lundberg, L. Health-related quality of life in patients with psoriasis and atopic dermatitis measured with SF-36, DLQI and a subjective measure of disease activity / L. Lundberg, M. Johannesson, M. Silverdahl, et al. // Acta Derm Venereol. – 2000. – Vol. 80. – P. 430–4.

115. Magin, P. Psychological sequelae of acne vulgaris: Results of a qualitative study / P. Magin, J. Adams, G. Heading // Can Fam Physician. – 2006. – Vol. 52. – P. 978–9.

116. Maietta, G. Patients with mood depression have a high prevalence of seborrhoeic dermatitis / G. Maietta, P. Fornaro, F. Rongioletti, A. Rebora // Acta Derm Venereol. – 1990. – Vol. 70(5). – P. 432-4

117. Mallon, E. The quality of life in acne: a comparison with general medical conditions using generic questionnaires / E. Mallon, J. Newton, A. Klassen, et al.// Br J Dermatol. – 1999. – Apr; Vol. 140(4). – P. 672-6.

118. McEwen, B. The concept of allostasis in biology and biomedicine / B. McEwen, J. Wingfield// Horm Behav. – 2003. – Vol.43, №1. – P. 2-15.

119. Misery, L. Langerhans cells in the neuro-immuno-cutaneous system / L. Misery// J Neuroimmunol. – 1998. – Aug 14; Vol. 89(1-2). – P. 83-7.

120. Misery, L. Stress and seborrheic dermatitis / L. Misery, S. Touboul, C. Vincot, et al.// Ann Dermatol Venereol. – 2007. – Vol. 134. – P. 833–7.

121. Misery, L. Consequences of psychological distress in adolescents with acne / L. Misery// J Invest Dermatol. – 2011. – Feb; Vol. 131 (2). – P. 290-2.

122. Misery, L**.** Psychogenic skin excoriations: diagnostic criteria, semiological analysis and psychiatric profiles / L. Misery, M. Chastaing, S. Touboul, et al. // Acta Derm Venereol. – 2012. – Jul; 92(4). – P. 416-8.

123. Molina-Leyva, A. Distribution pattern of psoriasis, anxiety and depression as possible causes of sexual dysfunction in patients with moderate to severe psoriasis / A. Molina-Leyva, A. Almodovar-Real, J. Carrascosa, et al. // Anais Brasileiros de Dermatologia. – 2015. – Vol. 90 (3). – P. 338-345.

124. Mufaddel, A. A Review of Body Dysmorphic Disorder and Its Presentation in Different Clinical Settings / A. Mufaddel, O. Osman, F. Almugaddam, M. Jafferany// The Primary Care Companion for CNS Disorders. – 2013. – Vol. 15(4). – PCC.12r01464.

125. Ng, C. Acne, isotretinoin treatment and acute depression / C. Ng, M. Tam, S. Hook // World J Biol Psychiatry. – 2001. – Vol. 2. – P. 159–61.

126. Niemeier, V. Acne vulgaris – psychosomatic aspects / V. Niemeier, J. Kupfer, U. Gieler // J Dtsch Dermatol Ges. – 2006. – Dec; Vol. 4 (12). – P. 1027-36.

127. Orion, E. Psychologic consequences of facial dermatoses / E. Orion, R. Wolf // Clin Dermatol. – 2014. – Nov-Dec; Vol. 32 (6). – P. 767-71.

128. Orion, E. Psychologic factors in the development of facial dermatoses / E. Orion, R. Wolf // Clin Dermatol. – 2014. – Vol.32, №6. – P. 763–6.

129. O'Sullivan, R. The neuro-immuno-cutaneous-endocrine network: relationship of mind and skin / R. O'Sullivan, G. Lipper, E. Lerner // Arch Dermatol. – 1998. – Nov; Vol. 134 (11). – P. 1431-5.

130. Oztürk, P. Assessment of Temperament and Character Profile with Anxiety and Depression in Patients with Acne / P. Oztürk, F. Orhan, A. Özer, et al.// Balkan medical journal. – 2013. – Vol. 30 (2). – P. 161-166.

131. Panconesi, E. Psychotherapeutic approach in acne treatment / E. Panconesi, G. Hautmann // Dermatology. – 1998. – Vol. 196 (1). – P. 116-8.

132. Panconesi, E. Psychosomatic dermatology: past and future / E. Panconesi // Int J Dermatol. – 2000. – Vol. 39. – P. 732-4.

133. Paus, R. Neuroimmunoendocrine circuitry of the ‘brain-skin connection’ / R. Paus, T. Theohorides, P. Arck // Trends Immunol. – 2006. – Vol.27, №1. – P. 32-9.

134. Peters, E. Mental stress in atopic dermatitis--neuronal plasticity and the cholinergic system are affected in atopic dermatitis and in response to acute experimental mental stress in a randomized controlled pilot study / E. Peters, A. Michenko, J. Kupfer, et al. // PLoS One. – 2014. – Dec 2; Vol. 9 (12). – e113552.

135. Petrova, N. Translation of quality of life questionnaire: first experience in Russia / N. Petrova, S. Varshavsky, I. Vasilyeva// 2nd Congress of the International Society of Quality of Life Research, Montreal, Canada. – 1995. – P. 498.

136. Peyri, J. Clinical and therapeutic profile and quality of life of patients with seborrheic dermatitis / J. Peyri, M. Lleonart// Actas Dermosifiliogr. – 2007. – Vol. 98. – P. 476–82.

137. Picardi, A. Increased psychiatric morbidity in female outpatients with skin lesions on visible parts of the body / A. Picardi, D. Abeni, C. Renzi, et al. // Acta Derm Venereol. – 2001. – Nov-Dec, Vol. 81 (6). – P. 410-4.

138. Picardi, A. Recognition of depressive and anxiety disorders in dermatological outpatients / A. Picardi, P. Amerio, G. Baliva, et al. // Acta Derm Venereol. – 2004. – Vol. 84 (3). – P. 213-7.

139. Picardi, A. Integration of multiple criteria for psychosomatic assessment of dermatological patients / A. Picardi, P. Porcelli, P. Pasquini, et al. // Psychosomatics. – 2006. - Mar-Apr; 47(2). – P. 122-8.

140. Plewig, G. Acne: morphogenesis and treatment / G. Plewig, A. Kligman // New York: Springer-Verlag. – 1975. – p. 162-3

141. Poot, F. Basic knowledge in psychodermatology / F. Poot, F. Sampogna, L. Onnis // J Eur Acad Dermatol Venereol. – 2007. – Feb; Vol. 21 (2). – P. 227-34.

142. Poot, F. Doctor-patient relations in dermatology: obligations and rights for a mutual satisfaction / F. Poot // J Eur Acad Dermatol Venereol. – 2009. – Nov; Vol. 23(11). – P. 1233-9.

143. Pruthi, G. Physical and Psychosocial Impact of Acne in Adult Females / G. Pruthi, N. Babu // Indian Journal of Dermatology. – 2012. – Vol. 57 (1). – P. 26-29.

144. Purvis, D. Acne, anxiety, depression and suicide in teenagers: a cross-sectional survey of New Zealand secondary school students / D. Purvis, E. Robinson, S. Merry, P. Watson // J Paediatr Child Health. – 2006. – Dec; Vol. 42 (12). – P. 793-6.

145. Rivers, J. Why psychodermatology is gaining ground / J. Rivers // J Cutan Med Surg. – 2013. – Vol.17, №1. – P. 1-4.

146. Rodríguez-Cerdeira, C. Psychodermatology: Past, Present and Future / C. Rodríguez-Cerdeira, J. Pera, R. Isa-Isa, R. Arenas // The Open Dermatology Journal. – 2011. – Vol. 5. – P. 21-27.

147. Rodriguez-Vallecillo, E. Dermatological manifestations of stress in normal and psychiatric populations / E. Rodriguez-Vallecillo, M. Woodbury-Fariña // Psychiatr Clin North Am. – 2014. – Vol.37, №4. – P. 625-51.

148. Roosterman, D. Neuronal control of skin function: the skin as a neuroimmunoendocrine organ / D. Roosterman, T. Goerge, S. Schneider, N. Bunnett, M. Steinhoff // Physiol Rev. – 2006. – Vol.86, №4. – P. 1309-79.

149. Sampogna,F.Measuring quality of life of patients with different clinical typ es of psoriasis using the SF-36 /F. Sampogna, S. Tabolli, B. Söderfeldt, et al.// Br J Dermatol. – 2006. – Vol. 154 (5). – P. 844-9.

150. Sampogna, F. The impact of changes in clinical severity on psychiatric morbidity in patients with psoriasis: a follow-up study / F. Sampogna, S. Tabolli, D. Abeni // Br J Dermatol. – 2007. – Vol.157, №3. – P. 508-13.

151. Schwartz, R. Seborrheic dermatitis: an overview /R. Schwartz, C. Janusz, C. Janniger // Am Fam Physician. – 2006. - Jul 1; Vol. 74 (1). – P. 125-30.

152. Settineri, S. Depression profiles in skin disorders / S. Settineri, F. Guarneri, A. Saitta, et al.// Open Journal of Psychiatry. – 2013. – Vol. 3. – P. 186-190.

153. Shukla, R. Psychopharmacology in psychodermatology /R. Shukla, D. Sasseville // J Cutan Med Surg. – 2008. – Nov-Dec; Vol. 12(6). – P. 255-67.

154. Smith, D. Body image and increased prevalence of psychiatric disorders among men and women in a biracial cohort: the CARDIA Study / D. Smith, J. Thompson, J. Raczynski, J. Hilner // Int J Dermatol. – 1999. – Vol. 25. – P. 71-82.

155. Smith, K. Cutaneous manifestations of alcohol abuse / K. Smith, N. Fenske // J Am Acad Dermatol. – 2000. – # 43. – P. 1-18.

156. Sowinska-Glugiewicz, I. Role of psychological factors in course of the rosacea / I. Sowinska-Glugiewicz, V. Ratajczak-Stefanska, R. Maleszka // Rocz Akad Med Bialymst. – 2005. – Vol. 50 (Suppl 1). – P. 49–53.

157. Steinhoff, M. Clinical, Cellular, and Molecular Aspects in the Pathophysiology of Rosacea / M. Steinhoff, J. Buddenkotte, J. Aubert, et al. // The journal of investigative dermatology Symposium proceedings. – 2011. – Vol. 15(1). – P. 2-11.

158. Steinhoff, M. New insights into rosacea pathophysiology: review of recent findings / M. Steinhoff, J. Schauber, J. Leyden // J Am Acad Dermatol. – 2013. – Vol. 69(6: Suppl 1). - P. S15-26.

159. Stephanie, W. The effects of alcohol and drug abuse on the skin / W. Stephanie, H. Mary, A. Neil// Clinics in Dermatology. – 2010. – Vol. 28. – P. 391–399.

160. Su, D. Blushing propensity and psychological distress in people with rosacea / D. Su, P. Drummond // Clin Psychol Psychother. – 2012. – Nov-Dec; Vol. 19 (6). – P. 488-95.

161. Thiboutot, D. The melanocortin 5 receptor is expressed in human sebaceous glands and rat preputial cells / D. Thiboutot, A. Sivarajah, K. Gilliland, et al.// J Invest Dermatol. – 2001. – Vol. 115. – P. 614–619.

162. Thody, A. Control and function of sebaceous glands / A. Thody, S. Shuster// Physiol Rev. – 1989. – Vol. 69. – P. 383–416.

163. Tilles, G. The history of nosology in dermatology / G. Tilles, D. Wallach // Ann Dermatol Venereol. – 1989. – Vol. 116. – P. 9-26.

164. Toyoda, M. Sebaceous glands in acne patients express high levels of neutral endopeptidase / M. Toyoda, M. Nakamura, T. Makino, et al. // Exp Dermatol. – 2002. – Vol. 11. – P. 241–247.

165. Toyoda, M. New aspects in acne inflammation / M. Toyoda, M. Morohashi // Dermatology. - 2003. - Vol. 206. - P. 17–23.

166. Ware, J. Jr. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection / J. Ware Jr., C. Sherbourne // Medical Care. – 1992. – Vol. 30, No. 6 (Jun.). – P. 473-483.

167. Wilson, J. Delusion of parasitosis / J. Wilson, H. Miller// Arch Dermatol. – 1946. – Vol. 54. – P. 39-56.

168. Wong, J. Psychopharmacological therapies in dermatology / J. Wong, J. Koo // Dermatol Online J. – 2013. – Vol. 19(5). – P. 18169.

169. Yazici, K. Disease-specific quality of life is associated with anxiety and depression in patients with acne / K. Yazici, K. Baz, A. Yazici, et al.// J Eur Acad Dermatol Venereol. – 2004. – Vol. 18 (4). – P. 435-9.

170. Young, P. Facial psoriasis: comparison of patients with and without facial involvement / P. Young , R. Hyun, C. Beom , Y. Il // J Am Acad Dermatol. – 2004. – Vol.50, №4. – P. 582-4.

171. Zegarska, B. Clinical and experimental aspects of cutaneous neurogenic inflammation / B. Zegarska, A. Lelińska, T. Tyrakowski // Pharmacol Rep. – 2006. – Jan-Feb; Vol. 58 (1). – P. 13-21.

172. Zigmond, A. The hospital anxiety and depression scale / A. Zigmond, R. Snaith // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1983. – Vol. 67 (6). – P. 361–370.

173. Zouboulis, C. Corticotropin releasing hormone: an autocrine hormone that promotes lipogenesis in human sebocytes / C. Zouboulis, H. Seltmann, N. Hiroi, et al. // Proc Natl Acad Sci USA. - 2002. - Vol. 99. - P. 7148–7153.

174. Zouboulis, C. Neuroendocrine regulation of sebocytes – a pathogenetic link between stress and acne / C. Zouboulis, M. Böhm// Exp Dermatol. – 2004. – 13 Suppl 4. – P. 31-5.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Карта оценки организации и оказания комплексной медицинской помощи больным дерматозами лица в СПб ГУЗ ГорКВД

1) Ф.И.О.:
2) Паспортная часть:
3) Возраст:
4) Кем направлен в КВД:
5) Жалобы при поступлении:
6) Диагноз на момент обращения в КВД (дерматологический/психиатрический):
7) В какое отделение направлен и причины направления:
8) Наследственность:
9) Подробные характеристики болезни: дерматоза и психического расстройства (давность, тяжесть, течение):
10) Психический и дерматологический статусы на момент поступления:
11) Наблюдение, лечение у психиатра до поступления в КВД:
12) Психические расстройства в анамнезе? Их характеристика, при наличии таковых:
13) Получал ли ранее психотропную терапию, психотерапию?
14) Диагноз клинический (дерматологический/психиатрический): где и кем установлен?
15) Клиническая характеристика психических нарушений: синдром?
16) Данные неврологического, психологического обследования – при наличии:

17) Лечение (дерматологическое, психиатрическое):

18) Результаты лечения: терапевтический ответ психиатрический, дерматологический; наличие ремиссии:

19) Длительность госпитализации:

20) Куда выписан/направлен?