

На правах рукописи

Новицкая Наталья Николаевна

**ВЛИЯНИЕ ПСОРИАЗА НА КАЧЕСТВО
ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ**

14.00.11 – кожные и венерические болезни

Автореферат
диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

Новосибирск – 2009

Работа выполнена в Иркутском государственном медицинском университете
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Якубович Андрей Игоревич

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор

Пестерев Петр Николаевич

кандидат медицинских наук, доцент

Терещенко Виктор Николаевич

Ведущее учреждение: Владивостокский государственный медицинский университет
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию

Защита диссертации состоится «___» _____ 2009 г. в ___ часов на заседании
диссертационного совета ДМ 208.062.06 при Новосибирском государственном
медицинском университете Федерального агентства по здравоохранению и со-
циальному развитию (630091, Новосибирск, Красный проспект, 52; тел.: (383)
229-10-83)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Новосибирского государст-
венного медицинского университета Росздрава

Автореферат разослан «___» _____ 2009 г.

Ученый секретарь диссертационного совета

доктор медицинских наук, профессор

Т. Б. Решетникова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Распространённость псориаза по различным источникам литературы среди населения Земли составляет от 0,1 % до 7 % (Аковбян В. А., 1992; Мордовцев В. Н., 1992; Иванов О. Л., 1997; Скрипкин Ю. К., 2001; Кочергин Н. Г., 2005; Хобейш М. М., 2008; Paiva E. S., 2000; Diepgen T. L., 2003). Высокий уровень заболеваемости псориазом на современном этапе развития цивилизации объясняется стремительным темпом жизни общества, увеличением эмоциональной нагрузки, требующей огромных нервных и интеллектуальных усилий, в результате чего нередко возникают «ножницы» между возможностями биологической природы человека и условиями жизни. Исходя из этого, псориаз нередко относят к группе так называемых «болезней цивилизации» (Довжанский С. И., 2001).

В последние годы оценка качества жизни становится предметом клинического интереса, научных исследований, критерием назначения или коррекции применения лекарственных препаратов. Как известно, заболевания влияют как на физическое состояние индивидуума, так и на психологию его поведения, эмоциональные реакции, часто изменяют его место и роль в социальной жизни. Следовательно, важно получить наиболее полное представление о характере воздействия болезни на важнейшие функции человека, что позволяет сделать метод оценки качества жизни. Данные о качестве жизни дают возможность осуществлять постоянный мониторинг состояния больного и в случае необходимости проводить коррекцию терапии. Оценка качества жизни, сделанная самим больным, является ценным и надёжным показателем его общего состояния. Показатели качества жизни наряду с традиционным медицинским заключением, сделанным врачом, позволяют составить полную и объективную картину болезни (Новик А. А., 2002; Кубанова А. А., 2004; Кочергин Н. Г., 2006). В связи с этим исследование качества жизни больных псориазом представляется весьма актуальным.

Цель работы. Изучить качество жизни больных псориазом с учётом клинических проявлений дерматоза, психологических, социально-биологических факторов и обосновать применение медикаментозной психокоррекции в комплексной терапии псориаза.

Задачи исследования:

1. Установить корреляционную связь показателей качества жизни с социально-биологическими факторами (пол, возраст, социальная активность) и клиническими проявлениями псориаза (возраст дебюта заболевания, частота обострений и давность дерматоза, провоцирующие факторы, тяжесть и распространённость кожного процесса, локализация высыпаний, субъективные симптомы).

2. Оценить распространённость тревоги и депрессии у больных псориазом и установить уровень их корреляции с социально-биологическими факторами, клиническими проявлениями псориаза, показателями качества жизни.

3. Определить уровень личностной тревожности, алекситимии, склонность к тревоге и депрессии, тип акцентуации как факторов, характеризующих личностный профиль больных псориазом и предрасполагающих к психосоматической патологии.

4. Провести анализ клинической эффективности традиционной терапии больных псориазом в сравнении с комплексным лечением, включающим применение медикаментозной психокоррекции, на основании динамики данных индекса PASI, теста Спилбергера и показателей качества жизни.

Научная новизна. Впервые доказано, что у больных псориазом на качество жизни оказывают влияние не только клинические проявления дерматоза, но и психоэмоциональное состояние больных: так коэффициент корреляции показателей качества жизни (опросник PDI) с индексом PASI составляет $r = 0,5$, а с реактивной тревожностью – $r = 0,8$ ($p < 0,05$).

Впервые у больных псориазом выявлены высокий уровень алекситимии (54,7 %), склонность к тревоге и депрессии (89 %), наличие акцентуации по циклотимическому (78 %), педантичному (75 %), тревожному (77 %), «застре-

вающему» (70 %), низкому демонстративному (77 %) и гипотимному (93 %) типам, что является факторами, предрасполагающими к психосоматическим расстройствам.

Впервые доказано, что применение в комплексном лечении больных псориазом с симптомами тревоги селективного анксиолитика повышает эффективность традиционного дерматотропного лечения, что достоверно выявляется в положительной динамике данных индекса PASI, теста Спилбергера и показателей качества жизни.

Практическая значимость. Непосредственным результатом исследования была разработка, апробация и внедрение метода лечения больных псориазом с симптомами тревоги, включающего назначение наряду с дерматотропными препаратами медикаментозной психокоррекции (на примере селективного анксиолитика). Предложенный метод повышает эффективность терапии больных псориазом с симптомами тревоги и улучшает их качество жизни.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Качество жизни пациентов, страдающих псориазом, обусловлено не только клиническими проявлениями дерматоза и социально-биологическими факторами, но и в не меньшей степени психическим состоянием больных.

2. Особенности личностного профиля больных псориазом предрасполагают к развитию психосоматических расстройств и негативно отражаются на качестве жизни.

3. В комплекс терапевтических и профилактических мероприятий у больных псориазом необходимо включать методы, направленные на коррекцию психоэмоционального состояния. Применение в комплексном лечении больных псориазом с симптомами тревоги медикаментозной психокоррекции способствует значительному повышению их качества жизни.

Апробация работы. Основные положения диссертации доложены на III Байкальской межрегиональной конференции «Психосоматические и сомато-

формные расстройства в клинической практике» (Иркутск, 2007), IV Байкальской межрегиональной конференции «Психосоматические и соматоформные расстройства в клинической практике» (Иркутск, 2008), научно-практической конференции молодых учёных «Психосоматическая медицина» (Иркутск, 2009).

Внедрение результатов исследования. Результаты, полученные в настоящем исследовании, внедрены в практическую деятельность факультетской клиники кожных и венерических болезней Иркутского государственного медицинского университета, а также в работу Иркутского областного кожно-венерологического диспансера, Читинского областного кожно-венерологического диспансера, Тулунского кожно-венерологического диспансера. Материалы диссертации используются в учебном процессе кафедры дерматовенерологии Иркутского государственного медицинского университета.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 14 печатных работ, из них 2 – в ведущих рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ.

Объём и структура диссертации. Диссертация изложена на 129 страницах машинописного текста. Состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, трёх глав результатов собственных исследований, обсуждения результатов, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, приложения. Работа содержит 28 таблиц и иллюстрирована 6 рисунками. Список литературы включает работы отечественных и зарубежных авторов (227 источников).

Личный вклад автора. Весь материал диссертационного исследования собран, обработан и проанализирован лично автором.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа проводилась на базе факультетской клиники кожных и венерических болезней Иркутского государственного медицинского университета. Исследование

одобрено локальным этическим комитетом Иркутского государственного медицинского университета. У всех пациентов получено информированное согласие на участие в научном исследовании. Под наблюдением с 2006 по 2009 год находились 157 больных псориазом. Из них 85 (54,1 %) человек – женщины и 72 (45,9 %) – мужчины. В исследуемую выборку вошли пациенты в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст составил $38,6 \pm 2,21$ лет) с диагнозом псориаз обыкновенный по МКБ 10. В исследование не были включены больные с каплевидным, артропатическим, генерализованным пустулёзным и ладонно-подошвенным пустулёзным псориазом, псориатической эритродермией, а также пациенты с зависимостью от психоактивных веществ (наркомания), с выраженными отклонениями (по лабораторным показателям) и тяжёлым соматическим состоянием, требующим коррекции соматотропной терапии и/или определяющим высокий (по оценке специалистов) риск обострения соматической патологии в период исследования, беременные или кормящие грудью.

Дебют псориаза чаще отмечался в возрасте от 26 до 40 лет (43,1 %). В качестве предполагаемой причины возникновения псориаза (по данным анамнеза) отмечались психоэмоциональное перенапряжение и стресс (60,5 %), переохлаждения и простудные заболевания (17,8 %), приём лекарственных препаратов (5,1 %), алкоголь (5,7 %), травмы (физические) (5,1 %). Ни с чем не связывали возникновение псориаза 5,8 % больных. Оценивая клиническое течение по частоте обострений псориаза, было отмечено, что у 59 (37,6 %) больных обострения псориаза возникали ежегодно, у 35 (22,3 %) – дважды в год и чаще, у 48 (30,5 %) – обострения возникали редко (1 раз в два года и реже), у 15 (9,6 %) пациентов высыпания появились впервые. При выяснении факторов, предшествовавших наступлению обострения, было отмечено, что они чаще наблюдались после нервно-психического перенапряжения (62,4 %). Давность псориаза варьировалась в широких пределах: до 1 года – у 24 (15,3 %), 1 – 5 лет – у 31 (19,7 %), 6 – 10 лет – у 26 (16,6 %), более 10 лет – у 76 (48,4 %) больных псориазом.

Клинические проявления псориаза при обращении в стационар характеризовались значительной распространённостью высыпаний. Средний индекс PASI по выборке ($n = 157$) составил $30,6 \pm 1,34$. В соответствии с МКБ 10 у всех больных в исследуемой выборке был диагностирован псориаз обыкновенный (L40.0). Из них у 35 (22,3 %) больных отмечались псориатические высыпания с экссудативным компонентом и у 16 (10,2 %) – ладонно-подошвенная форма. У 32,5 % больных псориаз сопровождался субъективными симптомами (жжение, зуд разной степени интенсивности). Наиболее выраженный зуд отмечался у пациентов с экссудативной формой псориаза (22,3 %). Для оценки тяжести псориаза и эффективности проводимой терапии использовался индекс PASI. Индекс PASI рассчитывали до лечения и через 1 месяц.

Одной из составляющих понятия «качество жизни» является социальная активность. Выделено три степени социальной активности обследованных больных. Первая степень – низкая социальная активность – это пенсионеры, безработные, инвалиды (25,4 %). Вторая степень – средняя социальная активность (38,9 %). В эту группу были отнесены лица, чьи профессии не связаны с общественной деятельностью (например, электрик, механик и др.). Третью группу (высокая социальная активность) составили больные псориазом (35,7 %), которые в силу своей профессии вынуждены активно общаться с людьми.

В психологическом исследовании приняли участие 116 больных псориазом. Применялись следующие адаптированные методики: шкала самооценки Ч. Д. Спилбергера, Ю. Л. Ханина (реактивная и личностная тревожность), шкала Гамильтона для оценки тревоги, шкала Гамильтона для оценки депрессии, опросник MMPI («Мини-мульт» – для составления личностного профиля больных псориазом), Торонтская Алекситимическая Шкала (ТАШ – для определения уровня алекситимии) и Акцент 2-90 (для определения типа акцентуации).

Следующим этапом исследования было определение уровня качества жизни больных псориазом (КЖ). Необходимо отметить, что в данном случае

под понятием «качество жизни» понимается «качество жизни, связанное со здоровьем и специфичное для данного заболевания». Соответственно использовались специфические анкеты, разработанные и адаптированные для дерматологических больных («СКИНДЕКС – 29» и «ПСОРИАТИЧЕСКИЙ ИНДЕКС НАРУШЕНИЙ – PDI») (Адаскевич В.П., 2004).

Статистический анализ полученных результатов выполнен с использованием метода линейной корреляции Пирсона, факторного анализа (при составлении личностного профиля).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Влияние псориаза на качество жизни пациентов связано со следующими факторами:

- во-первых, это клинические проявления псориаза, характер течения, частота обострений, давность заболевания, субъективные проявления (зуд, жжение и т. д.), так называемые соматические факторы;
- во-вторых, психоэмоциональное состояние больного псориазом, его личностные особенности – психологические факторы;
- в-третьих, лечение кожного заболевания (постоянные материальные затраты, потеря времени и в ряде случаев необходимость пребывания в медицинском учреждении). Именно исходя из этих позиций, в данном исследовании детально проанализировано влияние псориаза на качество жизни больных. При этом, используя корреляционный анализ, была предпринята попытка выявить взаимосвязь клинических проявлений псориаза, психического состояния больных, вида терапии и показателей качества жизни.

Как показало проведённое исследование, псориаз оказывает существенное влияние на качество жизни больных. Все больные псориазом ($n = 157$) в той или иной степени оценивали качество жизни как низкое по общим показателям и по отдельным шкалам опросников Скиндекс-29 и PDI (Псориатический индекс нарушений), характеризующих различные стороны жизни больного.

Анализ качества жизни больных псориазом в зависимости от пола показал наличие достоверных отличий между качеством жизни мужчин и женщин. Обнаружены умеренные статистически значимые корреляции на уровне $r = -0,43$ ($p < 0,05$) между полом и общими показателями качества жизни опросника PDI и на уровне $r = -0,34$ ($p < 0,05$) по опроснику Скиндекс-29, то есть женщины, страдающие псориазом, оценивали качество жизни ниже, чем мужчины. Особенно это касалось межличностных отношений ($r = -0,81$, $p < 0,05$ по шкале межличностные отношения PDI). Возникающие трудности в процессе межличностного взаимодействия рассматривались ими как катастрофические. Кроме того, у женщин, больных псориазом, оказались более выраженные расстройства в эмоциональной сфере ($r = -0,55$; $p < 0,05$, по шкале эмоции опросника Скиндекс-29). Они были чаще подвержены смене настроений, раздражительны, несдержанны.

Что касается влияния возраста больных псориазом на качество жизни, то здесь нельзя однозначно сказать, что чем старше пациент, тем ниже качество жизни, хотя выявлена незначительная корреляция возраста больных псориазом с показателями качества жизни ($r = 0,22$ и $r = 0,25$ ($p < 0,05$) по PDI и Скиндекс-29). То есть псориаз оказывал влияние на качество жизни и в молодом, и в пожилом возрасте. Скорее всего, принципиальное значение имеет социальная активность больных псориазом.

Проведённый анализ выявил статистически значимые корреляции между показателями качества жизни и любым отклонением от среднего уровня социальной активности (понижение или повышение). Так у лиц с низкой степенью социальной активности коэффициент корреляции $r = -0,54$ ($p < 0,05$) по опроснику PDI и $r = -0,68$ ($p < 0,05$) по опроснику Скиндекс-29, а у лиц с высокой степенью социальной активности $r = 0,59$ ($p < 0,05$) по опроснику PDI и $r = 0,62$ ($p < 0,05$) по опроснику Скиндекс-29.

Необходимо отметить, что в данном исследовании была выявлена достоверная корреляция степени социальной активности больных с тяжестью и распространённостью псориаза, локализацией высыпаний на открытых участках

тела, частотой обострений, а также с эмоциональным состоянием (тревогой, депрессией) больных (табл. 1).

Существенное влияние на качество жизни больных оказывали клинические проявления псориаза (тяжесть и распространённость псориатического процесса, локализация высыпаний, давность заболевания, частота обострений и т. д.).

Таблица 1

Уровень корреляции степени социальной активности с тяжестью и распространённостью псориаза, частотой обострений, эмоциональным состоянием больных ($p < 0,05$)

Критерии	Низкая социальная активность	Высокая социальная активность
Индекс PASI	$r = -0,47$	$r = 0,51$
Открытые участки тела	$r = -0,71$	$r = 0,45$
Частота обострений	$r = -0,17$	$r = 0,30$
Тревога	$r = -0,29$	$r = 0,29$
Депрессия	$r = 0,34$	$r = -0,32$

Дебют псориаза в исследуемой выборке чаще всего отмечался в возрасте от 26 до 40 лет – 43,1 % больных. В результате корреляционного анализа статистически значимые корреляции были выявлены между общими показателями качества жизни (Скиндекс-29) и возрастом начала заболевания – 31–40 лет ($r = 0,19$; $p < 0,05$).

Анализ влияния давности псориаза на качество жизни показал, что статистически значимые корреляции выявлены только между давностью псориаза более 10 лет и шкалой «симптомы» опросника Скиндекс-29 ($r = 0,17$; $p < 0,05$). В то же время в исследуемой выборке не выявлено достоверной взаимосвязи между продолжительностью кожного заболевания и качеством жизни в целом (общими показателями). Пациенты с разной давностью псориаза примерно одинаково оценивали качество жизни. Скорее всего, это можно объяснить личностными особенностями входящих в исследуемую выборку больных псориа-

зом, то есть характерной для них ригидностью (негибкостью), а также их низкой способностью в связи с этим адаптироваться.

Другим важным фактором в оценке влияния псориаза на качество жизни больных является частота обострений заболевания. Наиболее низкое качество жизни отмечалось у больных псориазом с частотой обострения два раза в год и чаще (табл. 2).

Таблица 2

Уровень корреляции показателей качества жизни больных с частотой обострений псориаза ($p < 0,05$)

Опросники по КЖ	Шкалы	2 раза в год и чаще	1 раз в год	1 раз в два года и реже
Скиндекс-29	общий	$r = 0,41$	$r = 0,27$	$r = -0,66$
	эмоции	$r = 0,39$	$r = 0,21$	$r = -0,61$
	функции	$r = 0,35$	$r = 0,30$	$r = -0,65$
	симптомы	$r = 0,34$	—	$r = -0,39$
PDI	общий	$r = 0,41$	$r = 0,19$	$r = -0,55$
	повседневная деятельность	$r = 0,21$	—	$r = -0,23$
	работа	$r = 0,26$	$r = 0,29$	$r = -0,54$
	межличностные отношения	$r = 0,26$	—	$r = -0,27$
	отдых	$r = 0,25$	—	$r = -0,45$
	лечение	$r = 0,17$	—	$r = -0,29$

Установлена достоверная прямая корреляция индекса PASI (отражающего тяжесть и распространённость псориазического процесса) с показателями качества жизни (табл. 3). То есть чем тяжелее клинические проявления псориаза (чем более выражены эритема, инфильтрация и шелушение, а также чем больше площадь поражения псориазическими элементами), тем ниже качество жизни. Особое внимание заслуживали пациенты (66,2 %), у которых псориазические элементы располагались на открытых участках тела: лицо, волосистая часть головы, тыл кистей и т. д. Они хуже оценивали качество жизни, причем, по всем шкалам (табл. 3). Им намного тяжелее было в общении с другими

людьми (63 % стеснялись подать руку при рукопожатии), многие из них (68 %) не посещали общественные места, например, парикмахерские.

Таблица 3

Уровень корреляции показателей качества жизни с индексом PASI и локализацией высыпаний на открытых участках кожи ($p < 0,05$)

Шкалы	Индекс PASI	Опросники по КЖ	Локализация высыпаний
общий	$r = 0,62$	Скиндекс-29	$r = 0,72$
эмоции	$r = 0,55$		$r = 0,66$
функции	$r = 0,53$		$r = 0,68$
симптомы	$r = 0,55$		$r = 0,46$
общий	$r = 0,50$	PDI	$r = 0,66$
повседневная деятельность	$r = 0,32$		$r = 0,37$
работа	$r = 0,34$		$r = 0,52$
межличностные отношения	$r = 0,20$		$r = 0,33$
отдых	$r = 0,41$		$r = 0,40$
лечение	$r = 0,25$		$r = 0,41$

Выявлена прямая корреляция субъективных симптомов заболевания с индексом PASI ($r = 0,43$; $p < 0,05$), эмоциональным состоянием – тревогой ($r = 0,34$; $p < 0,05$), депрессией ($r = 0,33$; $p < 0,05$) и показателями качества жизни ($r = 0,60$; $p < 0,05$). Естественно, пациенты, в клинической картине которых присутствовали субъективные симптомы (зуд, жжение и т. д.), ниже оценивали качество жизни.

В результате проведённого психологического исследования у 87 (75 %) больных псориазом была выявлена высокая реактивная тревожность (тревога), у 63 (54,5 %) – высокая личностная тревожность, у 71 (61,2 %) – состояние депрессии. Тревога и депрессия достоверно коррелировали с тяжестью псориаза, субъективными симптомами, высокой и низкой социальной активностью и показателями качества жизни (табл. 4). Кроме того, дополнительно выявлена взаимосвязь между уровнем тревоги и полом: $r = -0,27$; $p < 0,05$ (чаще тревога

встречалась у женщин) и локализацией псориатических элементов на открытых участках кожи: $r = 0,22$; $p < 0,05$.

Таблица 4

Уровень корреляции тревоги и депрессии с клиническими проявлениями псориаза, социальной активностью и показателями качества жизни больных ($p < 0,05$)

Критерии	Тревога	Депрессия
Низкая социальная активность	$r = -0,29$	$r = 0,34$
Высокая социальная активность	$r = 0,29$	$r = -0,32$
Индекс PASI	$r = 0,24$	$r = 0,31$
Субъективные симптомы	$r = 0,34$	$r = 0,33$
Качество жизни	$r = 0,44$	$r = 0,53$

Интересен тот факт, что между депрессией и тревогой выявлена прямая умеренная статистически значимая корреляция: $r = 0,43$ ($p < 0,05$). То есть чем тяжелее депрессия, тем более выражены тревожные расстройства и наоборот.

Особый интерес представляют личностные особенности, ответственные за возникновение психосоматических расстройств. Так, был выявлен высокий уровень алекситимии у 54,7 % больных псориазом. Как известно, алекситимическая личность характеризуется трудностями в определении и описании собственных переживаний, сложностью в различении чувств и телесных переживаний, снижением способности к символизации, о чём свидетельствует бедность фантазии (Карвасарский Б. Д., 2004).

С точки зрения опросника MMPI («Мини-мульт»), личностный портрет больного псориазом характеризовался подъёмом профиля по шкалам: ипохондрии, депрессии, истерии, психопатии, психастении, шизоидности. В то же время по шкалам паранойяльности и гипомании повышение профиля у больных псориазом не отмечалось (табл. 5). Для статистической обработки данных опросника Мини-мульт был использован факторный анализ: 1-й фактор – пред-

расположенность к психосоматическим расстройствам; 2-й фактор – достоверность ответов (искренность испытуемого, правдивость ответов).

Таблица 5

Результаты факторного анализа данных опросника Мини-мульти у больных псориазом ($p < 0,05$)

Шкалы опросника Мини-мульти	1-й фактор	2-й фактор
Шкала лжи	—	-0,74
Шкала достоверности	—	0,71
Шкала коррекции	—	—
Ипохондрии	0,93	—
Депрессии	0,89	—
Истории	0,88	—
Психопатии	0,77	—
Паранойяльности	—	—
Психастении	0,85	—
Шизоидности	0,83	—
Гипомании	—	—

Анализ типа акцентуации показал, что у больных псориазом отмечаются акцентуации по циклотимическому, педантичному, тревожному, «застревающему», низкому демонстративному и гипотимному типам (табл. 6).

1-й фактор был обозначен как «циклотимический». Здесь базовая черта – периодичность, то есть склонность с определённой периодичностью, например, впадать в депрессию или болеть. 2-й фактор – это «шизоидный» фактор. Для таких пациентов характерна низкая активность, хроническая усталость, скрытность, нежелание публичности, страх публичности. 3-й фактор – фактор личностной тревожности. Главными чертами людей с тревожным типом личности являются большая впечатлительность и чувство собственной неполноценности. Тревожность более всего сказывается опасением произвести неблагоприятное впечатление на других. 4-й фактор отражает выраженный у больных псориазом застревающий (параноидный) тип личности. Пациенты склонны к «застрева-

нию» на событиях и обстоятельствах негативного плана (в том числе и наличие кожного заболевания).

Таблица 6

**Результаты факторного анализа данных опросника Акцент 2-90
больных псориазом ($p < 0,05$)**

Тип акцентуации	1-й фактор	2-й фактор	3-й фактор	4-й фактор
Гипертимный	—	-0,93	—	—
Застревающий	—	—	—	0,70
Эмотивный	—	—	—	—
Педантичный	—	—	0,75	—
Тревожный	—	—	0,77	—
Циклотимический	0,78	—	—	—
Демонстративный	—	-0,77	—	—
Возбудимый	—	—	—	—
Дистимический	—	—	—	—
Экзальтированный	—	—	—	—
Интровертированный	—	—	—	—

Необходимо отметить, что подъём по шкале педантичности с одновременным подъёмом профиля по шкалам тревожности и циклотимности указывает на меланхолический стиль реагирования, фиксацию тревоги и ограничительное поведение, особенно при снижении при этом уровня гипертимности.

Анализ психологического статуса больных псориазом продемонстрировал высокую частоту встречаемости в клинической картине у больных псориазом тревоги (75 %), депрессии (61,2 %), что обусловлено, прежде всего, характерными для них особенностями личностного профиля (высокой личностной тревожностью, алекситимией, тревожным типом акцентуации и т. д.).

То есть изначально личностные особенности, предопределяющие возможность патологической реакции на болезнь, формируют повышенную готовность к развитию психосоматических расстройств. Однако необходимо отметить, что тревога и депрессия, ассоциированные с псориазом, по большей части носят нозогенный характер (Смулевич А. Б., 2005) и обусловлены психотравмирующим воздействием кожного заболевания, связанным с его косметической зна-

чимостью, распространёнными среди населения представлениями об опасности диагноза, ограничениями, налагаемыми кожным страданием на качество жизни.

Несомненно, в терапии псориаза, ассоциированного с психическими расстройствами, наиболее целесообразным считается комплексный подход, предусматривающий сочетанное использование дерматотропных и психотропных средств. При этом некоторые авторы отмечают, что недооценка стрессорных факторов и психических расстройств при псориазе лишает эффективного лечения не менее 40 % обращающихся к ним больных (Gupta M. A., 1990).

Было выделено две группы больных псориазом. Первая группа ($n = 57$) – больные псориазом с симптомами тревоги, которым был назначен селективный анксиолитик – 2[-2- (морфолино)-этил]-тио-5-этоксibenзилимидазола дигидрохлорид (комплексное лечение). Вторая группа ($n = 30$) – больные псориазом с симптомами тревоги, не получавшие селективный анксиолитик (традиционное лечение), – контрольная группа.

В первой группе 35 (61,4 %) человек составили женщины, 22 (38,6 %) – мужчины. Средний возраст – $42,2 \pm 0,49$ года. Средний индекс PASI составил $34,45 \pm 2,72$. Согласно МКБ 10 у всех ($n = 57$) больных диагностирован псориаз обыкновенный. Средний показатель реактивной тревожности – $49,32 \pm 7,01$, личностной тревожности – $60,58 \pm 5,25$. Пациентам данной группы был назначен дополнительно к традиционной дерматотропной терапии, включающей общее (гипосенсибилизирующие лекарственные средства – натрия тиосульфат, препараты кальция; антигистаминные препараты) и местное (глюкокортикоиды для наружного применения, кератолитические мази – серно-салициловая, борно-салициловая) лечение, анксиолитик – 2[-2- (морфолино)-этил]-тио-5-этоксibenзилимидазола дигидрохлорид в дозе 10 мг 3 раза в сутки в течение 4-х недель.

Во второй группе женщины составили 19 (63 %) человек, мужчины – 11 (37 %), средний возраст – $46,3 \pm 0,37$ лет. Средний индекс PASI составил $32,53 \pm 2,81$. Согласно МКБ 10 у всех ($n = 30$) больных диагностирован псориаз обыкновенный. Средний показатель реактивной тревожности – $46,32 \pm 1,65$, лично-

стной тревожности – $56,43 \pm 6,45$. Пациенты этой группы получали только дерматотропную терапию, включающую общее (гипосенсибилизирующие – натрия тиосульфат, препараты кальция, антигистаминные препараты) и местное (глюкокортикоиды для наружного применения, кератолитические мази – серно-салициловая, борно-салициловая) лечение. Психофармакокоррекция не проводилась.

В результате лечения были выявлены статистически значимые различия между первой и второй группами (табл. 7).

Таблица 7

Характеристика различий первой и второй групп после лечения

Исследуемый признак	Методы	Шкала 1
Дерматологический статус	Индекс PASI	$r = -0,34$
Психоэмоциональный статус	Реактивная тревожность	$r = -0,90$
	Личностная тревожность	$r = -0,12$
Качество жизни	Скиндекс-29 (общий)	$r = -0,68$
	Эмоции	$r = -0,80$
	Функции	$r = -0,28$
	Симптомы	$r = -0,12$
	PDI (общий)	$r = -0,72$
	Повседневная деятельность	$r = -0,58$
	Работа	$r = -0,60$
	Межличностные отношения	$r = -0,63$
	Отдых	$r = -0,47$
	Лечение	$r = -0,72$

Наличие статистически значимых корреляций интересующих признаков (психоэмоциональный статус, дерматологический статус, качество жизни) с первой шкалой означает наличие принципиальных различий между группами после окончания лечения (в таблице 7 указаны статистически значимые корреляции жирным шрифтом). Отрицательные корреляции указывают на то, что во второй группе (традиционное лечение) показатели более высокие, а в первой группе (комплексное лечение) – более низкие.

Во-первых, в группе, где не применялся анксиолитик, после лечения отмечались более высокие показатели реактивной тревожности ($r = -0,90$; $p < 0,05$), чем в группе с комплексным лечением. То есть применение в комплексном ле-

чении больных псориазом с симптомами тревоги 2[-2- (морфолино)-этил]-тио-5-этоксibenзилимидазола дигидрохлорида достоверно улучшает их психоэмоциональное состояние.

Во-вторых, между группами выявлены статистически значимые различия по дерматологическому статусу ($r = 0,34$; $p < 0,05$) после лечения. Необходимо отметить, что длительное состояние тревоги вызывает перестройку центральной нервной системы по тревожному типу и разбалансировку основных медиаторных систем. Следовательно, можно предположить, что при псориазе нейрофизиологические механизмы тревоги играют существенную роль (Павлова О. В., 2004, Скрипкин Ю. К., 2007). И, соответственно, назначение анксиолитика будет иметь не только симптоматическое, но и в какой-то степени патогенетическое значение. При этом улучшение психоэмоционального статуса коррелировало с положительной динамикой кожного процесса, о чём свидетельствует прямая достаточно выраженная статистически значимая взаимосвязь между уровнем реактивной тревожности и индексом PASI: $r = 0,52$ ($p < 0,05$).

В-третьих, выявлены достоверные различия между группами в оценке пациентами качества жизни как по общим показателям, так и по отдельным шкалам. Больные псориазом с симптомами тревоги, получавшие комплексное лечение, достоверно выше оценивали качество жизни, чем пациенты второй группы.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что применение селективного анксиолитика (2[-2- (морфолино)-этил]-тио-5-этоксibenзилимидазола дигидрохлорида) в комплексном лечении больных псориазом с наличием в клинической картине симптомов тревоги по сравнению с традиционным дерматотропным лечением более эффективно.

Итак, проведённое исследование продемонстрировало достоверную взаимосвязь показателей качества жизни с психосоматическим статусом больных псориазом, а также комплексным лечением. Конечно, качество жизни не является синонимом понятия «психическая адаптация», но может быть его адекватным индикатором, поскольку субъективная удовлетворённость жизнью в опре-

делённой мере отражает успешность адаптации к болезни. Психическое здоровье теснейшим образом связано с качеством жизни. Своевременная диагностика эмоциональных расстройств, а также их коррекция в условиях дерматологического учреждения является неотъемлемой частью лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий.

Таким образом, показатели качества жизни являются ценным и чувствительным инструментом оценки психосоматического статуса больного псориазом и его динамики в процессе терапии, отражая состояние больного (субъективное и объективное), эффективность проводимого лечения.

ВЫВОДЫ

1. Качество жизни больных псориазом в большей степени зависит от тяжести и распространённости кожного процесса, локализации высыпаний, наличия субъективных симптомов, частоты обострений, уровня социальной активности, в меньшей степени – от пола, возраста пациентов, начала и давности заболевания, что подтверждают установленные статистически значимые корреляции.

2. У больных псориазом выявлена высокая распространённость тревоги (75 %) и депрессии (61,2 %). Установлена статистически значимая корреляционная связь тревоги и депрессии с уровнем социальной активности (низкой и высокой), тяжестью и распространённостью кожного процесса, субъективными симптомами и показателями качества жизни.

3. У пациентов, страдающих псориазом, в исследуемой выборке отмечаются личностные особенности, характеризующие личность больного как стрессонеустойчивую и предрасполагающие к психосоматической патологии – высокий уровень алекситимии (54,7 %), высокая личностная тревожность (54,5 %), склонность к тревоге и депрессии (89 %), наличие акцентуации по циклотимическому (78 %), педантичному (75 %), тревожному (77 %), «застревающему» (70 %), низкому демонстративному (77 %) и гипотимному (93 %) типам.

4. Применение медикаментозной психокоррекции в комплексном лечении больных псориазом с наличием в клинической картине симптомов тревоги повышает эффективность традиционного дерматотропного лечения, о чём свидетельствует положительная динамика данных индекса PASI, теста Спилбергера и показателей качества жизни ($p < 0,05$).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. У больных псориазом рекомендуется исследовать психоэмоциональное состояние и качество жизни, связанное со здоровьем.
2. В качестве скринингового теста для определения тревожности может быть использован тест Спилбергера, для определения качества жизни – опросники Скиндекс-29, PDI (Псориазический индекс нарушений).
3. Для повышения эффективности лечения больных псориазом с симптомами тревоги рекомендуется использовать в комплексной терапии селективный анксиолитик (2[-2- (морфолино)-этил]-тио-5-этоксibenзилимидазола дигидрохлорид).

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. **Новицкая Н. Н.** Качество жизни и псориаз: психологические аспекты / **Н. Н. Новицкая, А. И. Якубович** // **Сибирский медицинский журнал.** – 2008. – № 2. – С. 9-13.
2. Якубович А. И. Психотерапия тревожных состояний у больных псориазом / А. И. Якубович, **Н. Н. Новицкая** // **Сибирский медицинский журнал.** – 2008. – № 4. – С. 97-100.
3. Якубович А. И. Влияние псориаза на качество жизни больных (обзор литературы) / А. И. Якубович, **Н. Н. Новицкая** // **Сибирский журнал дерматологии и венерологии.** – 2006. – № 7. – С. 20-25.
4. Якубович А. И. Влияние фототерапии на качество жизни больных псориазом / А. И. Якубович, **Н. Н. Новицкая** // **Дальневосточный вестник дерматологии, дерматокосметологии и сексопатологии.** – 2007. – № 1. – С. 28-30.

5. Якубович А. И. Псориаз и качество жизни / А. И. Якубович, **Н. Н. Новицкая**, А. Р. Корепанов // Сибирский журнал дерматологии и венерологии. – 2009. – № 10 (1). – С. 34-38.
6. Якубович А. И. Личностные особенности пациентов, страдающих псориазом / А. И. Якубович, **Н. Н. Новицкая**, Н. З. Терлецкая // Сибирский журнал дерматологии и венерологии. – 2009. – № 10 (2). – С. 38-40.
7. **Новицкая Н. Н.** Некоторые аспекты комплексного лечения псориатической болезни / **Н. Н. Новицкая**, А. И. Якубович // Сибирский журнал дерматологии и венерологии. – 2009. – № 10 (2). – С. 53-54.
8. Якубович А. И. Использование селективного анксиолитика в лечении псориатической болезни / А. И. Якубович, **Н. Н. Новицкая** // I международный форум медицины и красоты. : материалы научных трудов. Москва, 2008. – С. 316-317.
9. Якубович А. И. Особенности психоэмоционального состояния пациентов, страдающих псориазом / А. И. Якубович, **Н. Н. Новицкая** // V съезд дерматовенерологов республики Узбекистан, посвящённый 75-летию со дня образования НИИ дерматологии и венерологии : сборник научных трудов. – Ташкент, 2008. – С. 152.
10. Якубович А. И. Влияние псориаза на психоэмоциональное состояние больных псориазом / А. И. Якубович, **Н. Н. Новицкая** // Межрегиональная научно-практическая конференция дерматовенерологов и врачей смежных специальностей, посвящённая 75-летию УрНИИДВиИ : сборник материалов. – Екатеринбург, 2007. – С. 66-68.
11. Качество жизни пациентов, страдающих псориазом / А. И. Якубович, **Н. Н. Новицкая**, И. Г. Сергеева, Л. С. Салдамаева // Актуальные вопросы дерматовенерологии : материалы научно-практической конференции. – Иркутск, 2006. – С. 78-84.
12. Якубович А. И. Псориаз как психосоматическое заболевание / А. И. Якубович, **Н. Н. Новицкая** // Психосоматические и соматоформные рас-

стройства в клинической практике : сборник материалов III Байкальской межрегиональной конференции. – Иркутск, 2007. – С. 69-72.

13. Якубович А. И. Особенности комплексного лечения больных псориазом / А. И. Якубович, **Н. Н. Новицкая** // Психосоматические и соматоформные расстройства в клинической практике : сборник материалов IV Байкальской межрегиональной конференции. – Иркутск, 2008. – С. 39.

14. Якубович А. И. Особенности комплексного лечения больных псориазом / А. И. Якубович, **Н. Н. Новицкая** // Конференция, посвящённая памяти члена-корр. Росс. Академии Естественных Наук, профессора А. Л. Машкиллейсона : тезисы докладов. – Москва, 2008. – С. 90-92.