

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ СИМПТОМОВ ТРЕВОГИ У БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ПСОРИАЗА В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

**Р.Г. ШАПОВАЛОВ¹, Л.В.СИЛИНА¹,
И.И. БОБЫНЦЕВ¹, С.М. ЯЦУН²
Е.В. ПИСЬМЕННАЯ¹, Д.С. СУМИНА¹**

¹⁾ *Курский государственный
медицинский университет*

²⁾ *Курский государственный
университет*

e-mail: daryasumina@yandex.ru

237 больных различными формами псориаза проходили полное клинико-физикальное обследование. Изучен психо-эмоциональный статус с помощью психологических опросников. Были обнаружены изменения психологической сферы в форме психических и соматических симптомов тревоги, что свидетельствует о выраженном нарушении ее нормального состояния. Выявленное превалирование частоты встречаемости некоторых симптомов находится в тесной зависимости от возраста пациентов, длительности заболевания и его формы (вульгарный псориаз, псориатическая артропатия и эритродермия).

Обнаруженные нами факты свидетельствуют о необходимости дифференцированного подхода к выбору фармакопрепаратов, корректирующих психоэмоциональный статус больных псориазом.

Ключевые слова: псориаз, психо-эмоциональное состояние, коррекция, психологические опросники.

Тревожное состояние хорошо знакомо каждому человеку, ответная реакция же на него зависит от его психологических особенностей. Клинически значимая тревога встречается у 5-7% в общей популяции и у 25% или более пациентов, наблюдающихся врачами-интернистами. Заболеваемость тревожными расстройствами в течение дальнейшей жизни может составлять более 30% [10]. Особое значение имеет синдром тревоги в подростковом и молодом возрасте, когда в дальнейшем она перерастает в депрессию. Депрессиям подвержены и обычные люди, и люди творческих профессий. Известны повторяющиеся тревожные эпизоды и тревожно-депрессивные периоды жизни поэтов Иосифа Бродского и Владислава Ходасевича, художников Винсента Ван Гога и Амедео Модильяни, актера Джона Траволты и певицы Лайзы Минелли. Каждый из них пытался самостоятельно справиться со своими тревожными состояниями, затем прибегал к помощи специалистов или корректировал их медикаментозно.

Психологический или биологический стресс вызывает нормальный/физиологический ответ организма человека, который, в свою очередь, проявляется тревожными симптомами различной выраженности и вегетативной дисфункцией. Как правило, эти симптомы преходящи, кратковременны и достаточно хорошо нивелируются самоконтролем человека и некоторыми его волевыми усилиями. Считается, что такое состояние подготавливает пациента со встречей с последующей стрессорной ситуацией. Тревожные симптомы учитываются врачом и приобретают диагностическую и клиническую ценность, если:

- 1) нарушаются физическая, социальная деятельности индивидуума, его профессиональная активность претерпевает трансформацию;
- 2) удлиняется время действия симптомов и их интенсивность;
- 3) выраженность уже имеющихся симптомов достигает тяжелой степени.

В настоящее время в практической деятельности выделяют психические и соматические симптомы тревоги. Физические, или соматические симптомы тревоги в большинстве случаев связаны с активацией вегетативной нервной системы.

К числу заболеваний, относящихся к психосоматическим, по праву относится и псориаз [1, 2]. Псориаз, или чешуйчатый лишай – хроническое воспалительное заболевание кожи, расцениваемое как системное, известное со времен античности, мультифакториальность возникновения которого не вызывает сомнений [5, 8, 9]. Среди этиопатогенетических факторов одним из лидирующих является психострессорное

воздействие различной степени выраженности, приводящее к дебюту болезни или его обострениям [1, 3, 4]. Течение болезни невозможно предсказать, но псориаз – болезнь – «спутник» человека на всю его жизнь [6]. Понятно, что наличие обширного патологического процесса на коже, захватывающего ее открытые участки, волосистую часть головы, ногти, сопровождающееся кожным зудом различной интенсивности, поражением суставов, чувством жжения кожи, ощущением неизбежного появления псориатических высыпаний вновь и вновь – все это способствует разбалансировке психоэмоционального статуса пациентов, появлению тревожных мыслей, ощущений, невротических и депрессивных симптомов. Именно поэтому рациональная психофармакотерапия является важной составной частью комплексной терапии псориатической болезни [7, 11]. Несмотря на то, что в большинстве случаев псориаз не угрожает жизни, тем не менее он является причиной серьезных психологических проблем и социальной дезадаптации. При обострении дерматоза у пациента, как правило, возникает тяжелый эмоциональный стресс, неудовлетворенность жизнью, значительное изменение уровня социально-психологического комфорта, ощущение собственной неполноценности. До 5% больных псориазом имеют выраженные депрессивные расстройства, особенно страдают молодые люди и лица среднего возраста в возрасте до 45 лет. В последние годы наблюдается рост заболеваемости псориазом, в том числе тяжелых форм дерматоза, рефрактерных к терапии. Поражая кожные покровы, опорно-двигательный аппарат, дерматоз оказывает негативное влияние на качество жизни пациентов и психологическое состояние, что определяет не только медицинскую, но и социальную значимость данной проблемы [4]. При этом психические расстройства имеют не только клиническое, но и патогенетическое значение и в различной степени вовлечены в динамику кожной патологии [9].

Из психопатологических нарушений у больных псориазом часто выявляют эмоциональную неустойчивость, тревожность, раздражительность, депрессию [2, 5]. Возникновение первых псориатических высыпаний и дальнейших рецидивов у подавляющего большинства больных связано с эмоциональным напряжением, психическими травмами, хроническими стрессовыми ситуациями [9]. Помимо явной подчас хронологической зависимости между воздействием эмоционального стресса и развитием или рецидивом кожного страдания, выявляется нередко четкий параллелизм между тяжестью течения того или иного дерматоза и выраженностью функциональных расстройств высшей нервной деятельности. Возникновение или обострение кожного патологического процесса оказывается порой наиболее наглядным или даже первым признаком ухудшения психического состояния больного [7].

В различных исследованиях было показано, что личностная тревожность у больных, страдающих псориазом, выше реактивной, т.е. обострение соматической патологии при восприятии определённых стимулов лишь активизирует устойчивую индивидуальную предрасположенность субъекта к тревоге. Необходимо учитывать, что личностная тревожность характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие и реагировать на такие ситуации состоянием тревоги, являясь относительно стабильной и не связанной с ситуацией, поскольку является свойством личности. [6]. Реактивная тревожность характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью. Очень высокая реактивная тревожность вызывает нарушение внимания, иногда – тонкой координации. Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, эмоциональными, невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями. Реактивная тревожность, наоборот, бывает вызвана какой-либо конкретной ситуацией [6].

Таким образом, влияние псориаза на качество жизни пациентов связано не только с клиническими проявлениями псориаза, характером течения, частотой обострений, давностью заболевания, субъективными проявлениями; а так же и с психоэмоциональным состоянием больного псориазом, его личностными особенностями. Исходя из этих позиций, можно утверждать, что выявление сложных психических и психосоматических взаимоотношений может способствовать повышению эффективности терапии псориатической болезни [3].

Цель исследования — изучение степени выраженности симптомов тревоги у больных различными формами псориаза в стадии обострения патологического процесса.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 237 больных различными формами псориаза (138 мужчин и 99 женщин, средний возраст — $42 \pm 12,5$ лет), состоящих на учёте в Курском областном кожно-венерологическом диспансере и медико-консультативном центре г. Алексеевки, Белгородской области в 2006 – 2010 гг. Нами было обследовано 116 пациентов с диагнозом вульгарный псориаз (ВП), 95 – с диагнозом артропатический псориаз (АП) и 26 человек с псориатической эритродермией (ПЭ). Контрольную группу составили 35 здоровых лиц (25 мужчин и 10 женщин, средний возраст $39 \pm 6,9$ лет).

Обследование включало осмотр дерматологом и консультацию психотерапевта. Нами было проведено анкетирование всех пациентов на предмет определения психических и соматических симптомов тревоги, наиболее часто встречающихся в клинической практике. Психическое состояние пациентов исследовалось методом психодиагностического тестирования (шкалы тревоги Спилберга и опросника Тейлора).

Шкала Ч.Д. Спилберга (шкала самооценки уровня тревожности) является надежным и информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивной тревожности как состояния) и личностной тревожности (как устойчивой характеристики человека). Показатели подсчитываются по специальным формулам и при интерпретации результат оценивается следующим образом: до 30 баллов - низкая тревожность; 31-45 баллов - умеренная тревожность; 46 и более — высокая тревожность.

Личностная шкала проявления тревоги Тейлора представляет собой опросник, состоящий из 50 утверждений. Оценка результатов исследования производится путем подсчета количества ответов обследуемого, свидетельствующих о тревожности. Суммарная оценка 40-50 баллов рассматривается как показатель очень высокого уровня тревоги, 25-40 баллов свидетельствует о высоком уровне тревоги, 15-25 баллов – о среднем (с тенденцией к высокому) уровне, 5-15 баллов о среднем (с тенденцией к низкому) уровне и 0-5 баллов о низком уровне тревоги.

Для оценки тяжести псориаза и эффективности проводимой терапии использовался индекс PASI, а для определения уровня качества жизни больных псориазом применялась специфическая анкета, разработанная и адаптированная для дерматологических больных «СКИНДЕКС – 29» [1, 8].

Статистический анализ полученных результатов выполнен с использованием критерия Стьюдента, метода линейной корреляции Пирсона.

Результаты исследования и их обсуждение.

Проведенное нами исследование выявило, что дебют псориаза чаще выявлялся в возрасте от 28 до 46 лет (53,2%). По данным анамнеза в качестве триггерного фактора псориаза у наибольшего числа пациентов отмечались психоэмоциональное перенапряжение и стресс (68,2%), в меньшем числе случаев пациенты указывали на инфекционные заболевания (12,6%), злоупотребление алкоголем (7,7%), физические травмы (6,9%) и приём некоторых лекарственных препаратов (4,6%). Ни с чем не связывали возникновение псориаза 5,8 % больных.

Было отмечено, что у 47,3 % больных обострения псориаза возникали ежегодно, у 21,4 % рецидивы возникали два раза в год и чаще, у 22,8 % обострения возникали 1 раз в два года и реже, у 8,5 % пациентов высыпания появились впервые. Давность заболевания колебалась в широких пределах: 1 – 5 лет – у 12,2%, 6 – 10 лет – у 36,9%, более 10 лет – у 50,9 % больных псориазом.

При первичном обследовании клинические проявления псориаза характеризовались значительной распространенностью эфлоресценций на коже. Средний индекс PASI составил $41,2 \pm 1,17$ ($p < 0,05$).

При обследовании психического состояния пациентов методом психодиагностического тестирования по различным шкалам нами были выявлены психические нарушения, отраженные в табл. 1.

Таблица 1

Степень выраженности психических симптомов тревоги у больных различными формами псориаза в стадии обострения заболевания

№	Психические симптомы тревоги	Группы		
		ВП,% (n= 116)	АП,% (n= 95)	ПЭ,% (n= 26)
1	Раздражительность (Р)	65,4	70,5	100
2	Нарушение сна (НС)	60,2	65,4	95,2
3	Внутреннее напряжение (ВН)	45,4	50,6	57,5
4	Страх и мрачные предчувствия (СМ)	43,7	50,7	76,5
5	Нарушение концентрации (НК)	45,7	68,4	69,6
6	Повышенная чувствительность к соматическим ощущениям (склонность к ипохондрии) (ПСС)	34,2	45,3	90,2
7	Повышение старт-ответа (импульсный, раздраженный ответ) (ПСО)	18,4	36,2	38,4

Примечание: ВП – вульгарный псориаз, АП – артропатический псориаз, ПЭ – псориазная эритродермия

Поскольку у одного больного могли наблюдаться несколько синдромов психических расстройств одновременно, сумма долей в группах более 100%. По данным проведенного нами исследования наиболее часто у пациентов встречались такие психические симптомы тревоги, как раздражительность, нарушение концентрации и нарушение сна. В половине случаев отмечались страх и мрачные предчувствия, а также состояние внутреннего напряжения. Склонность к ипохондрическим настроениям, а также повышение старт-ответа встречались реже.

Также нами была исследована степень выраженности соматических симптомов тревоги у больных инфильтративной формой псориаза в стадии обострения патологического процесса до начала терапии. Полученные данные представлены в табл. 2.

Таблица 2

Степень выраженности соматических симптомов тревоги у больных различными формами псориаза в стадии обострения заболевания

№	Соматические симптомы тревоги	Группы		
		ВП,% (n= 116)	АП,% (n= 95)	ПЭ,% (n= 26)
1	Мышечное напряжение	13,7	20,2	33,1
2	Тремор	14,4	41,5	40,8
3	Потливость	21,3	51,6	52,4
4	Сердцебиение	20,4	40,7	57,9
5	«Стеснение» в груди и дискомфорт	19,6	29,8	43,7
6	Дыхательный дистресс	6,5	16,9	37,8
7	Сухость во рту	10,4	30,4	75,6
8	Трудности глотания	2,3	7,5	12,4
9	Диарея	4,1	4,4	13,8
10	Учащенное мочеиспускание	3,6	13,7	26,7
11	Снижение сексуального интереса	14,6	34,8*	67,7
12	Головокружение	15,8	25,4	78,4
13	Онемение и/или парестезии в конечностях	7,2	87,6	85,4
14	Слабость	50,5	67,8*	91,3

Примечание: ВП – вульгарный псориаз, АП – артропатический псориаз, ПЭ – псориазная эритродермия.

Из представленной таблицы видно, что максимально часто у пациентов исследуемой группы в целом встречались симптомы тревоги, характерные для большинства лиц, болеющих любым заболеванием краткосрочно или длительно – это тремор, гипергидроз, сердцебиение, слабость, сухость во рту. Такие симптомы, как трудности глотания, диарея и учащенное мочеиспускание отмечались редко. При дальнейшей детализации частоты встречаемости симптомов нами выявлено, что симптомы, встречающиеся в целом по группе часто, приобретают наибольшее значение при осложнённых формах псориаза. Полученные результаты соответствуют данным литературы, указывающим на повышение уровня психической дезадаптации и наличие психосоматических влияний у больных различными формами псориаза [2]. По данным литературы, развернутые синдромы психических нарушений диагностируются у 64,8% больных псориазом, тогда как клинические проявления психических расстройств отсутствуют лишь у 22,2% больных псориазом [3].

Результаты психического состояния пациентов, оцененных методом психодиагностического тестирования, отражены в табл. 3.

Таблица 3

Показатели различных шкал, отражающие психическое состояние и качество жизни пациентов, страдающих псориазом

№	Показатели	Группы		
		ВП,% (n= 116)	АП,% (n= 95)	ПЭ,% (n= 26)
2	Личностная тревога по тесту Спилберга	43,7±0,84	44,3±0,89	46,4±1,17 ^{1,2}
3	Шкала Тейлора	31,7±0,97	35,5±0,67*	42,1±0,56 ^{1,2}
4	СКИНДЕКС-29	52,5±1,23	60,5±1,81*	61,1±1,86 ²

Примечание: * – $p < 0,05 - 0,001$ – ВП в сравнении с АП; ¹ – $p < 0,05 - 0,001$ – АП в сравнении с ПЭ; ² – $p < 0,05 - 0,001$ – ВП в сравнении с ПЭ.

Проведенный анализ показал, что средние показатели реактивной и личностной тревоги по тесту Спилберга у больных осложнёнными формами псориаза достоверно превышали средние показатели среди больных вульгарным псориазом. Кроме того, нами было отмечено, что у больных более старшего возраста и длительно болеющих не наблюдалось активных жалоб на такие симптомы, как слабость, одышка, гипергидроз, так как пациенты интерпретировали их как своеобразный вариант «нормы» своего состояния. Более того, такие симптомы, как периодическое головокружение, сердцебиение проходили для пациентов инаперицептно (неосознаваемо). В группе молодых респондентов, болеющих недлительно, психологический статус оказывал более значительное влияние на качество жизни. Проблемы сексуального плана, парестезии кожи лица, конечностей, мышечное напряжение, возникающее периодически, беспокоили больных молодого и среднего возраста значительно больше, чем лиц более старшего возраста с длительным анамнезом болезни. Нами были выявлены положительные корреляции между величиной показателя реактивной тревоги и возрастом начала псориаза ($r=0,38$; $p < 0,05$), длительностью заболевания ($r=0,35$; $p < 0,05$), тяжестью заболевания определяемой клинической формой ($r=0,65$; $p < 0,05$).

По данным литературы, наиболее часто из всех психических нарушений в группе больных псориазом диагностируются синдромы расстройств личности, у большинства обследованных выявляются тревожные расстройства, в меньшей степени депрессивные расстройства и легкие когнитивные расстройства. В редких случаях обнаруживаются синдромы, которые можно отнести к расстройствам влечений [3].

Влияние псориаза на качество жизни пациентов связано с многочисленными 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). Многими исследователями анализируется взаимосвязь клинических проявлений псориаза, психического состояния больных, вида терапии и показателей качества жизни. Как показало проведенное нами исследование, псориаз оказывает существенное влияние на качество жизни больных. Все больные псориазом в той или иной степени оценивали качество жизни как низкое по общим показателям и по шкале Скиндекс-29, характеризующих различные стороны жизни больного.

Таким образом, изучение особенностей психической сферы больных псориазом в нашем исследовании выявило высокую распространенность различных психических нарушений, что соответствует данным литературы [2,3,6,7,9]. Результаты психодиагностического исследования указывают на высокий уровень психической дезадаптации у больных псориазом. Кроме того, анализ сложных психосоматических взаимоотношений бесспорно будет способствовать повышению эффективности терапии всех форм псориаза. Следовательно, фармакопрепараты, действие которых направлено на коррекцию психо-эмоционального состояния и повышение устойчивости к стрессам, целесообразно включать в схему лечения псориаза.

Список литературы

1. Адашкевич, В.П. Диагностические индексы в дерматологии./В.П. Адашкевич – Москва: Медицинская книга, 2004. – 165 с.
2. Дороженко, И.Ю. Терапия психических расстройств в дерматологической практике: современный взгляд на проблему / И.Ю. Дороженко, А.Н. Львов // Рос. журн. кож. и вен. бол.- 2006.-№4.- С.16-21.
3. Особенности психической сферы у больных псориазом /Л.Н. Касимова [и др.]// Нижегородский медицинский журнал. – 2004. - № 1. – С. 8-12.
4. Кочергин, Н.Г. Псориаз: последние новости /Н.Г. Кочергин//Дерматология. Приложение к журналу Consilium Medicum. -2007. -№2. –С. 14–17.
5. Кочергин, Н.Г. Дерматологическое качество жизни как психосоматический симптом дерматоза / Н.Г. Кочергин, Л.М. Смирнова // Рос. журн. кож. и вен. бол.- 2006.-№4.- С.11-15.
6. Павлова, О.В. Новые аспекты патогенетической терапии псориаза /О.В. Павлова// Вестн. дерматол.- 2005.-№6.- С.36-39.
7. Разнатовский, К.И. Роль психологических, сосудистых и гормональных нарушений в патогенезе дерматозов ладонно-подошвенной локализации/ К.И. Рознатовский// Журн. дерматовенерол. и косметол.- 1996. -№1.-С. 25-29.
8. Собчик, В.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. Метод. руководство./В.Н. Собчик - М; 1990; 75 с.
9. Якубович, А.И. Психофармакотерапия тревожных состояний у больных псориазом / А.И. Якубович, Н.Н. Новицкая // Сибирский медицинский журнал.- 2008.-№4.- С.97-99

REVEALING A DEGREE OF ANXIETY SYMPTOMS IN PATIENTS WITH DIFFERENT FORMS OF PSORIASIS WITHIN A STAGE OF EXACERBATION

R.G. SHAPOVALOV¹, L.V. SILINA¹, I.I. BOBINCEV¹, S.M. YATSUN², E.V. PISMENNAYA¹, D.S. SUMINA¹

¹⁾ Kursk State Medical University

²⁾ Kursk State University

e-mail: daryasumina@yandex.ru

We observed 237 patients with different forms of psoriasis. All the patients underwent full clinical investigation. It has been noticed that patients, suffering from different forms of psoriasis, had evident changes of psychological sphere, deviating from normal condition, such as psychic and somatic anxiety symptoms. Revealed prevalence of the rate of some symptoms has a close dependence on the age of the patients and duration of a disease. These facts prove a necessity of a differential choice and administration of drugs, correcting psychoemotional status of patients with psoriasis.

Key words: psoriasis, psychological changes, psychoemotional condition.