

ДЕРМАТОЛОГИЯ

УДК 616.58

Г. В. Рукавишников, С. С. Леденцова, Н. Н. Петрова, И. О. Смирнова

ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОК С АКНЕ В ДИНАМИКЕ ТЕРАПИИ НАРУЖНЫМИ РЕТИНОИДНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Акне — один из наиболее частых дерматозов, поражающий до 85% людей в возрасте от 12 до 24-х лет. При этом с каждым годом возрастает количество пациентов с акне старше 25-ти лет [1–3]. Это длительное хроническое заболевание не является жизнеугрожающим, но значительно влияет на психосоциальную адаптацию, самооценку и психическое состояние больных [3].

Для лечения акне используется комбинированная терапия ретиноидными, антибактериальными препаратами и бензоил-пероксидом, формы и сочетания которых определяются тяжестью кожного заболевания. Топические ретиноиды — наиболее эффективные «комедолитические и антикомедогенные» препараты, которые не только нормализуют десквамацию эпителия, но и обладают определенным иммуномодулирующим действием [4]. Тем не менее, данный вид терапии на начальных этапах сопровождается значительными побочными эффектами [5]. Побочные эффекты топических ретиноидов (раздражение, жжение, зуд кожи), как правило, проявляются достаточно быстро, особенно у пациентов с чувствительной кожей [6, 7]. В первые 10–14 дней терапии они возникают в результате конкурентного связывания RAR-рецепторами лекарственного препарата и α -линолевой кислотой, которая является основным регулятором процессов десквамации и кератинизации в протоке сально-волосяного фолликула и пролиферации и дифференцировки себоцитов [7].

Целью исследования было изучение динамики психического состояния и качества жизни пациенток с акне на фоне лечения наружными ретиноидами в общей дерматологической практике.

Материал и методы. Под наблюдением находились 53 пациентки с акне (средний возраст составил $27,3 \pm 6,0$ лет). Исследование носило междисциплинарный ха-

Рукавишников Григорий Викторович — клинический ординатор, Санкт-Петербургский государственный университет; e-mail: grigory_v_r@mail.ru

Леденцова Светлана Сергеевна — аспирант, Санкт-Петербургский государственный университет; e-mail: led23@mail.ru

Петрова Наталия Николаевна — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии и наркологии, Санкт-Петербургский государственный университет; e-mail: petrova_nn@mail.ru

Смирнова Ирина Олеговна — доктор медицинских наук, профессор, Санкт-Петербургский государственный университет; e-mail: driosmirnova@yandex.ru

© Г. В. Рукавишников, С. С. Леденцова, Н. Н. Петрова, И. О. Смирнова, 2013

раक्टर и осуществлялось с применением клинического, экспериментально-психологического методов и методов лабораторной диагностики. Диагностика психических расстройств осуществлялась в соответствии с МКБ-10.

Степень тяжести и форма кожного заболевания оценивались в соответствии с критериями Американской шкалы и классификации A. Kligman и G. Plewig (1994). Оценка психического состояния проводилась с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии. Отсутствие клинически очерченной тревоги или депрессии устанавливается при выраженности расстройства менее 7 баллов, для сомнительных случаев — 8–10 и для клинически очерченных расстройств — 11 баллов и более. Для оценки качества жизни (КЖ) были использованы опросник Дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ) и нозологически специфический Опросник социального и психологического воздействия акне (APSEA). Анализ ДИКЖ проводился по 6 разделам: симптомы и ощущения, ежедневная деятельность, отдых, работа и учеба, межличностные отношения и лечение. Минимальное общее значение индекса — 0, максимальное — 30 баллов, причем, чем больше показатель, тем большее влияние оказывает заболевание на КЖ больных. Выраженность показателя по APSEA может варьировать от 0 до 144 баллов, при этом, чем большее количество баллов набрано, тем более выражено влияние акне на повседневную жизнь.

Оценка КЖ и психического статуса осуществлялась в динамике: до начала, через 2 недели и через 3 месяца после начала амбулаторного лечения, включавшего наружные ретиноиды.

Все пациентки получали комплексное лечение, заключавшееся в применении наружных ретиноидов на протяжении всего курса в сочетании с наружными антибиотиками (клиндамицин) в течение не более 5-ти недель при наличии средней и тяжелой степени кожного заболевания. При крайней выраженности кожного процесса применялись антибиотики тетрациклинового ряда внутрь в дозе 200 мг в сутки на протяжении 6-ти недель. Кроме того, 6 пациенток с тяжелой степенью и 2 — с очень тяжелой степенью заболевания получали корректирующую антиандрогенную терапию у гинеколога-эндокринолога препаратами ципротерона ацетата, этинилэстрадиола и диеногеста, этинилэстрадиола и дроспиренона.

Статистический анализ полученных результатов проводили с применением t-критерия, корреляционный анализ выполняли с помощью тестов Pearson и Spearman. Расчеты выполнялись программой SPSS Statistics 17.0 для персонального компьютера. Достоверным было принято значение $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. У 28-ми пациенток была выявлена средняя (папулезная) форма заболевания, у 16-ти — тяжелая (папуло-пустулезная). Легкая (комедональная) и очень тяжелая (кистозно-папулезная) формы акне встречались значительно реже — у 4-х и 5-ти пациенток соответственно.

До начала лечения тревога разной степени выраженности была выявлена у 37,5% пациенток, в том числе клинически выраженная тревога — у 7,5% и субклинически выраженная тревога — у 30% больных. Субклинически выраженная депрессия встречалась практически в 2,5 раза реже — у 11% пациенток.

Через 2 недели лечения тревога отмечалась заметно чаще — у 56,6% ($p < 0,05$) пациенток, при этом клинически выраженная тревога была диагностирована у 13%, а субклинически выраженная — у 43% пациенток ($p < 0,05$). Субклинически выра-

женная депрессия встречалась практически в 2 раза чаще, чем до начала лечения — 24,5% случаев ($p < 0,05$).

Через 3 месяца лечения клинически выраженной тревоги не наблюдалось ни у одной пациентки. Субклиническая тревога также встречалась значительно реже — у 18% пациенток ($p < 0,05$). Признаки субклинической депрессии были отмечены только у 3,7% пациенток.

Данные, представленные на рисунке, иллюстрируют динамику тревоги и депрессии в процессе терапии акне. Следует отметить отчетливое нарастание выраженности расстройств настроения ко второй неделе терапии с отчетливым снижением к третьему месяцу лечения, причем уровень тревоги заметно снижается по сравнению с исходным уровнем.

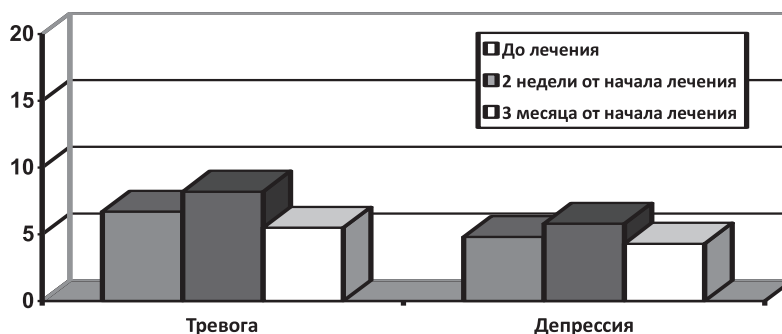


Рис. Выраженность тревоги и депрессии у пациенток с акне в баллах по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (* — $p < 0,05$)

Уровень КЖ был умеренно снижен до начала лечения и составлял $9,09 \pm 0,69$ балла по опроснику ДИКЖ. Через 2 недели от начала терапии КЖ больных значительно снизилось ($14,28 \pm 0,83$ балла; $p < 0,05$). Через 3 месяца лечения КЖ отчетливо улучшилось ($7,6 \pm 0,43$ балла; $p < 0,05$).

В наибольшей степени у пациенток страдали параметры КЖ, отражающие влияние симптомов кожного заболевания ($2,79 \pm 0,23$ балла), ежедневную деятельность ($1,83 \pm 0,2$ балла) и межличностные отношения ($1,75 \pm 0,18$ балла). Через 2 недели от начала лечения наблюдалось достоверное ухудшение КЖ по всем показателям за исключением удовлетворенности работой или учебой. Обращает на себе внимание значительное негативное влияние терапии на повседневное функционирование больных ($1,66 \pm 0,14$ балла, $p = 0,05$). Через 3 месяца от начала лечения было отмечено достоверное улучшение всех показателей, в наименьшей степени эти изменения касались ограничивающего влияния терапии на повседневную жизнь ($1,45 \pm 0,15$ балла, $p < 0,05$) (табл. 1).

Психологический и социальный эффект акне, согласно результатам обследования по APSEA, был значительно (от 49 баллов и выше) выражен у 36% всех пациенток. Высокие значения индекса достигались за счет показателей, связанных с недовольством собственной внешностью и ощущением неловкости, психологическими трудностями пребывания в общественных местах. Средние показатели по шкале APSEA составили $53,36 \pm 3,34$ балла. Через 2 недели от начала лечения значительно

Таблица 1. Характеристика качества жизни пациенток с акне в динамике терапии по ДИКЖ

Этапы наблюдения	Выраженность показателя в баллах						
	Симптомы и ощущения	Ежедневная деятельность	Отдых и досуг	Работа и учеба	Межличностные отношения	Влияние терапии	Итоговый показатель
До лечения	2,79±0,23	1,83±0,20	1,07±0,15	0,72±0,13	1,75±0,18	0,9±0,13	9,09±0,68
Через 2 недели от начала лечения	3,6±0,24*	3,07±0,22*	2,43±0,22*	0,66±0,12	2,85±0,25*	1,66±0,15*	14,28±0,83*
Через 3 месяца от начала лечения	1,41±0,12**	1,56±0,13**	1,28±0,13**	0,28±0,07**	1,6±0,14**	1,45±0,15**	7,6±0,43**

Примечание. * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$.

выраженный индекс психосоциальной дезадаптации в связи с акне был отмечен у 67,9% пациенток (в среднем по группе — $69,6 \pm 3,54$ балла, $p < 0,05$ по сравнению с фоновым показателем). Через 3 месяца высокие значения индекса были у 33,9% пациенток ($46,85 \pm 2,59$ балла, $p < 0,05$ по сравнению с показателями от 2-х недель лечения).

В целом, коморбидная акне психическая патология (в соответствии с критериями диагностики МКБ-10) была обнаружена у 28% больных (табл. 2).

Таблица 2. Психические расстройства у пациенток с акне (по МКБ-10)

Диагностическая категория МКБ-10	Количество пациенток
Генерализованное тревожное расстройство (F41.1)	13%
Соматоформное расстройство (F45.0)	4%
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2)	7,5%
Смешанная тревожная и депрессивная реакция (F43.22)	4%
Всего больных с расстройствами психики	28%

На фоне проводимой терапии отмечалась стабилизация дерматологического процесса, со значительным улучшением состояния к 3-му месяцу лечения. Однако практически у всех пациенток в первые 2 недели от начала терапии отмечалась картина ретиноидного дерматита разной степени выраженности, разрешающегося по мере адаптации к препарату ретиноидного ряда, как правило, к окончанию первого месяца лечения.

В литературе имеются указания на отсутствие при акне взаимосвязи между тяжестью кожного заболевания и выраженностью психопатологической симптома-

тики, в частности, нозогенных реакций [8–12]. В нашем исследовании была установлена умеренная положительная корреляция между степенью тяжести акне до начала лечения и показателями КЖ, связанными с симптомами кожного заболевания ($r = 0,306, p < 0,05$), а также был отмечен прямой параллелизм между степенью тяжести акне и выраженностью тревоги ($r = 0,347, p < 0,05$) и депрессии ($r = 0,398, p < 0,01$). При этом корреляции показателей КЖ и тревоги, и депрессии со степенью тяжести акне отсутствовали в группе больных с психическими расстройствами.

Таким образом, на начальном этапе терапии ретиноидами отмечается ухудшение психического состояния и большинства параметров КЖ больных акне. Это возможно объяснить побочными эффектами проводимой терапии, которые наблюдались у всех пациенток и были представлены сухостью, жжением, раздражением кожи. Влияние особенностей терапии на КЖ, тревожные и депрессивные расстройства подтверждены результатами корреляционного анализа. Положительные корреляции были обнаружены между ухудшением показателей КЖ, связанных с побочными эффектами терапии, и общими показателями КЖ ($r = 0,781, p < 0,01$), а также между побочными эффектами и тревогой и депрессией ($r = 0,364, p < 0,01$ и $r = 0,412, p < 0,01$ соответственно). По мере проведения терапии и адаптации к ней, уменьшения кожных проявлений КЖ пациенток заметно улучшается — отмечается умеренный прямой параллелизм между снижением влияния побочных эффектов терапии на КЖ и общими показателями КЖ ($r = 0,554, p < 0,01$). Отчетливого параллелизма между переносимостью терапии и психическими расстройствами выявить не удалось, что косвенно свидетельствует об их многофакторности, включая психогенные (нозогенные) и личностно-психологические факторы.

Акне характеризуется значительной частотой психических расстройств тревожного и депрессивного характера, существенным снижением КЖ больных, особенно в сферах ограничивающего влияния на функционирование пациенток кожного заболевания и межличностных отношений. При терапии топическими ретиноидами наблюдаются значительные изменения как психического состояния, так и КЖ пациенток. При этом на начальной стадии терапии происходят усиление выраженности тревоги и депрессии и снижение КЖ, связанные с побочными эффектами топических ретиноидов. Впоследствии в связи с адаптацией пациенток к терапии отмечается положительная динамика как психического статуса, так и КЖ. При этом не удалось установить взаимосвязи между побочными эффектами терапии и психическими расстройствами, выявленными до начала лечения, что может свидетельствовать о сложном генезе последних.

Комплексный подход к терапии пациентов с акне с учетом их КЖ позволит улучшить качество оказываемой медицинской помощи и будет способствовать повышению комплаентности больных.

Литература

1. *Yadav S., Narang T., Kumaran M. S.* Psychodermatology: a comprehensive review // *Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol.* 2013. Vol. 2, N 79. P. 176–192.
2. *Klassen Anne F., Newton John N., Mallon E.* Measuring quality of life in people referred for specialist care of acne: Comparing generic and disease-specific measures // *J. Am. Acad. Dermatol.* 2000. N 43. P. 229–233.
3. *Morgan M., McCreedy R. et al.* Dermatology quality of life scales — A measure of the impact of skin diseases // *Br. J. Dermatol.* 1997. N 136. P. 202–206.

4. *Leyden J. J.* A review of the use of combination therapies for the treatment of acne vulgaris // *J. Am. Acad. Dermatol.* 2003. N 49. P. 200–210.
5. *Katugampola R. P., Finlay A. Y.* Impact of skin diseases on quality of life // *Eur. J. Dermatol.* 2007. Vol. 1, N 17. P. 102–108.
6. *Wolverton S. E., Harper J. C.* Important controversies associated with isotretinoin therapy for acne // *Am. J. Clin. Dermatol.* 2013. Vol. 2, N 14. P. 71–76.
7. *Anderson R. T., Rajagopalan Rukmini* Development and validation of a quality of life instrument for cutaneous diseases // *J. Am. Acad. Dermatol.* 1997. N 37. P. 1–50.
8. *Смулевич А. Б., Львов А. Н., Иванов О. Л.* Психодерматология: современное состояние проблемы // *Журн. неврол. и психиатр. им. Корсакова.* 2004. № 11. С. 4–13.
9. *Дороженко И. Ю.* Психические расстройства, коморбидные хроническим дерматозам // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева.* 2009. № 3. С. 18–25.
10. *Смулевич А. Б.* Психические расстройства в дерматологии (к построению современной классификации) // *Психиатрия и психофармакотерапия.* 2004. Т. 6, № 6. С. 33–40.
11. *Potocka A., Turczyn-Jablocka K., Merez D.* Psychological correlates of quality of life in dermatology patients: the role of mental health and self-acceptance // *Acta Dermatoven APA.* 2009. Vol. 18, N 2. P. 53–62.
12. *Gieler U., Kupfer J., Niemeier V., Brosig B.* Psyche and Skin: What's new? // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venerol.* 2003. N 17. P. 128–130.

Статья поступила в редакцию 21 мая 2013 г.