

За период 2013–2014 гг. данной методикой в ГУЗ «СОКВД» пролечено 19 больных с различными видами рубцовых образований на коже, из них: 10 с гипертрофическими рубцами и 9 с келоидными.

Оценка результатов лечения пациентов с рубцовыми изменениями кожи определялась с учетом показателей дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ):

значительное улучшение — прекращение роста рубца, исчезновение субъективных ощущений, уплощение, размягчение, сглаживание контура рубца, уменьшение разницы в цвете между рубцовой и окружающими тканями;

улучшение — остановка и прекращение роста рубца, исчезновение или значительное уменьшение субъективных ощущений, уплощение, размягчение, оседание, уменьшение интенсивности окраски рубца;

без эффекта — отсутствие заметной динамики;

ухудшение — сохранение отрицательной динамики или дальнейшее прогрессирование процесса.

Результаты. В ходе клинических наблюдений отметили, что у 50% пациентов уже после 2–3 инъекций препарата изменялась консистенция рубца. При выполнении второй инъекции более легко игла входила в рубцовую ткань и при меньшем давлении достигалась инфильтрация рубца раствором «Лонгидаза 3000 МЕ». У остальных пациентов ощутимые изменения в консистенции рубца были отмечены после 4–5 инъекций.

После проведенного лечения значительное улучшение наблюдалось у 15 пациентов; улучшение — у двух; без эффекта — у двух; ухудшение не отмечено.

При сравнении отдаленных результатов через 3–6 месяцев после проведенного лечения у 90% пациентов отмечалось прекращение роста рубца, исчезновение субъективных ощущений, уплощение, размягчение, сглаживание контура рубца, уменьшение разницы в цвете между рубцовой и окружающими тканями, что можно оценивать как положительный косметический и лечебный эффект.

Обсуждение. Все пациенты достаточно высоко оценили эффективность и безопасность применения «Лонгидаза 3000 МЕ» в виде внутрирубцовых введений и методом ультрафонофореза. Ни в одном случае не было выявлено ни местных, ни общих побочных реакций [1, 2]. Проведенное исследование подтвердило эффективность комбинированного метода в предотвращении реактивного роста соединительной ткани и способности вызывать обратное развитие фиброза, то есть корректировать сложный комплекс ауторегуляторных реакций соединительной ткани, что клинически выражается в рассасывании и оседании рубца.

Выводы. Комбинированный метод коррекции ранних и длительно существующих гипертрофиче-

ских и келоидных рубцов путем внутрирубцового введения препарата «Лонгидаза 3000МЕ» и ультрафонофореза:

— эффективен при ранних и при длительно существующих рубцах;

— ускоряет процесс сглаживания рубца и дает более выраженный косметический и лечебный эффект;

— может применяться длительное время без развития побочных эффектов;

— повышает «качество жизни» пациентов с патологическими рубцами.

Конфликт интересов отсутствует.

References (Литература)

1. Ozersky OS. Scarring of the skin. Experimental and clinical dermatocosmetology 2004. Russian (Озерская О. С. Рубцы кожи. Экспериментальная и клиническая дерматокосметология 2004.)
2. Ozersky OS. Scarring of the skin and derma-cosmetic correction. SPb., 2007. Russian (Озерская О. С. Рубцы кожи и их дерматокосметологическая коррекция. СПб., 2007.)
3. Vasilevskaya EA, Ivanova EV, Kuzmina TS. Using high-frequency ultrasonic apparatus for the study of the skin in health and disease. Experimental and clinical dermatocosmetology 2005; (1). Russian (Василевская Е. А., Иванова Е. В., Кузьмина Т. С. Использование высокочастотной ультразвуковой аппаратуры для исследования кожи в норме и при патологии. Экспериментальная и клиническая дерматокосметология 2005; (1).)
4. Kruglova LS, Abrahamian GO, Navasardyan MG. Application of enzyme drug Longidata in restorative correction of cicatricial changes. In: For restorative medicine and rehabilitation: Proceedings of the VII international Congress. M., 2010. Russian (Круглова Л. С., Абрамян Г. О., Навасардян М. Г. Применение ферментного препарата Лонгидаза в восстановительной коррекции рубцовых изменений. В кн.: Восстановительная медицина и реабилитация: Труды VII международного конгресса. М., 2010.)
5. Orehova EM, Konchugova TV, Zmazova VG, et al. Applying the drug Longidaza 3000ME diseases involving disorders of connective tissue: Manual for doctors, M., 2008. Russian (Орехова Э. М., Кончугова Т. В., Змазова В. Г., Круглова Л. С. и др. Применение препарата Лонгидаза 3000МЕ при заболеваниях, сопровождающихся патологией соединительной ткани: Пособие для врачей. М., 2008.)
6. Vissarionov VA, Stenco AG, Zmazova VG, Konovalova TA. Treatment of cicatricial lesions: the drug, "Longidata 3000 IU". Bulletin of aesthetic medicine 2008; 7 (4). Russian (Виссарионов В. А., Стенько А. Г., Змазова В. Г., Коновалова Т. А. Лечение рубцовых повреждений: препарат «Лонгидаза 3000 МЕ». Вестник эстетической медицины 2008; 7 (4).)
7. Taganov AV. Modern technology in the treatment of scar hypertrophy: Experimental and clinico-morphological study: DSc diss. M., 2010. Russian (Таганов А. В. Современные технологии в лечении рубцовых гипертрофий: экспериментальное и клинко-морфологическое исследование: дис.... д-ра мед. наук. М., 2010.)

УДК616.53–002.282:159.923 (045)

Краткое сообщение

ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ С РОЗАЦЕА

А. В. Давыдова — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, аспирант кафедры кожных и венерических болезней; **А. Л. Бакулев** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, профессор кафедры кожных и венерических болезней, доктор медицинских наук.

RESEARCH OF PERSONAL FEATURES OF PATIENTS WITH ROSACEA

A. V. Davydova — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Post-graduate student; **A. L. Bakulev** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Professor, Doctor of Medical Science

Дата поступления — 8.09.2014 г.

Дата принятия в печать — 22.09.2014 г.

Давыдова А.В., Бакулев А.Л. Исследование личностных особенностей пациентов с розацеа. Саратовский научно-медицинский журнал 2014; 10 (3): 560–564.

Цель: изучение личностных особенностей пациентов с различными подтипами розацеа и установление взаимосвязи с клиническими проявлениями дерматоза. **Материал и методы.** Посредством опросников дерматологического качества жизни, SKINDEKS-29, шкалы Цунга для самооценки больными чувства тревоги, шкалы Гамильтона для оценки тревожных расстройств врачом, Торонтской алекситимической шкалы и клинической тестовой методики, направленной на диагностику типа отношения к болезни (ТОБОЛ), опрошены 42 пациента с различными подтипами розацеа. Полученные данные обработаны статистически. **Результаты.** Розацеа снижает качество жизни пациентов, повышает субъективную оценку тревоги по шкалам Цунга и Гамильтона с преобладанием показателей тревоги в сфере психики. Диагностирована промежуточная степень алекситимии, определены анозогнозический, эргопатический и сенситивный типы отношения к болезни. **Заключение.** Предрасположенность, а также развитие тревожных расстройств, нарушение социальной адаптации, снижение качества жизни пациентов с розацеа подчеркивают необходимость введения в их алгоритм обследования оценку личностных особенностей.

Ключевые слова: розацеа, качество жизни, алекситимия, тревожные расстройства.

Davydova AV, Bakulev AL. Research of personal features of patients with rosacea. Saratov Journal of Medical Scientific Research 2014; 10 (3): 560–564.

Aim: to study the personal characteristics of patients with different subtypes of rosacea and the establishment of the relationship with the clinical manifestations of dermatosis. **Materials and methods.** Through questionnaires of dermatological quality of life, SKINDEKS-29, The Zung Self-Rating Anxiety Scale, The Hamilton Anxiety Rating Scale, Toronto Alexithymia Scale and the method of «Type of attitude to the disease» interviewed 42 patients with different subtypes of rosacea. The data obtained were processed statistically. **Results.** Rosacea reduces the quality of life of patients, increases the subjective assessment of anxiety scales Zung and Hamilton with a predominance of performance anxiety in the mind. Diagnosed with intermediate degree of alexithymia and anosognosic, ergopathic, anxious and the sensitive types of attitude towards the disease. **Conclusions.** Predisposition, as well as the development of anxiety disorders, impaired social adjustment, reduced quality of life of patients with rosacea emphasizes the need to implement their algorithm survey assessment of personal characteristics.

Key words: rosacea, quality of life, alexithymia, anxiety disorders.

Введение. Психологические особенности больных хроническими заболеваниями кожи изучаются не один десяток лет, но по-прежнему являются одной из актуальных проблем современной медицины. Выявление сложных эмоционально-соматических и соматопсихологических взаимоотношений влияет на успех лечения хронических дерматозов. Психогенные факторы вызывают изменения в коже посредством вегетативной нервной системы, гуморальных и сосудистых механизмов. По данным отечественной и зарубежной литературы, около 80% дерматологических пациентов страдают психоземональными расстройствами [1–4]. Среди данных нарушений преобладают расстройства депрессивного и тревожно-ипохондрического характера. С одной стороны, хроническое рецидивирующее течение, резистентность к проводимой терапии, социальный дискомфорт, а следовательно, и снижение качества жизни дерматологических пациентов способствуют развитию психоземональных изменений. Но с другой стороны, вызвать развитие и обострение кожного заболевания могут особенности личности, сформированные наследственным, конституциональным, индивидуальным образом, а также реакция индивидуума на стрессовые ситуации [1]. В настоящее время активно изучается роль психо-нейроиммунных взаимодействий в развитии болезней кожи, в том числе и розацеа. По современным представлениям, патогенез розовых угрей включает комплекс дополняющих друг друга нейроиммунных, сосудистых, паразитарно-инфекционных, метаболических механизмов. Но точный этиологический фактор заболевания до сих пор не установлен. Потенциальную роль в развитии розацеа отводят воспалению на фоне активизации врожденного иммунитета с повышением концентрации калликреина и кининов плазмы крови и синтеза брадикинина, являющегося мощным вазодилататором [5]. Активация окислительных процессов,

а также витаминообразующей функции при воздействии УФ-излучения приводит к окислительному повреждению тканей, изменению липидного баланса кожи, производству кератиноцитами, фибробластами и эндотелиальными клетками цитокинов и медиаторов воспаления с образованием пустулезных элементов [6, 7].

Таким образом, изменение просвета сосудов и кровотока в области кожи лица при частой и быстрой смене эмоций, стрессе может подготовить почву для возникновения розацеа, способствуя возникновению воспалительного процесса. Доказано, что иммунные клетки и клетки кожи имеют рецепторы к нейромедиаторам (норадреналин, серотонин, дофамин). Соответственно, изменение уровня нейромедиаторов, которое характерно для депрессивных расстройств, может оказывать влияние на развитие дерматоза [8–10]. Это говорит о том, что кожа играет немаловажную роль в отражении реакции организма на стресс и регуляции психических функций. Окончательное понимание патогенеза хронических дерматозов может сформироваться только при изучении особенностей личности и организма в целом, так как именно от этих особенностей зависит чувствительность к стрессовым ситуациям. Поэтому необходимо исследование качества жизни пациентов, тревожных расстройств, оценки отношения к заболеванию и его влияние на социальную адаптацию.

Цель: изучение личностных особенностей пациентов с розацеа и установление взаимосвязи с клиническими проявлениями.

Задачи исследования: оценка и детализация психологических особенностей пациентов с различными подтипами розацеа.

Материал и методы. В исследовании участвовали 42 пациента в возрасте от 25 до 68 лет с различными клиническими формами розацеа. Общими критериями включения пациентов в группу наблюдения являлись:

— информированное согласие пациента на участие в исследовании и соблюдение указаний врача;

Ответственный автор — Давыдова Анна Владимировна
Тел.: +79179861126
E-mail: shtoda-sarderma@rambler.ru

— наличие клинически подтвержденного диагноза розацеа в стадии обострения;

— возраст от 25 до 68 лет.

Критерии исключения из исследования:

— наличие физиологических состояний (беременность, лактация);

— наличие тяжелых сопутствующих соматических и инфекционных заболеваний в стадии декомпенсации, способных повлиять на проведение исследования.

Средний возраст пациентов составил $35,9 \pm 1,3$ года, а длительность заболевания — от 1 месяца до 15 лет. 20 практически здоровых лиц в возрасте от 25 до 58 лет вошли в состав контрольной группы. Исследование кожного статуса основывалось на классификации National Rosacea Society (NRS), где подтип 1 (эритематозно-телеангиэктатическая розацеа) выявлен у 13 пациентов (30,9%), подтип 2 (папулопустулезная) — у 27 больных (64,3%), подтип 3 (фиматозная розацеа) обнаружен у 2 мужчин (4,8%). Наибольшее число больных (39%) были в возрасте от 31 до 40 лет. Пациенты старше 50 лет составили 10%, до 30 лет 28,5%. Оценка показателей качества жизни проводилась в ходе стандартизированного интервьюирования с помощью русскоязычной версии опросника дерматологического качества жизни («The Dermatology Life Quality Index»), состоящего из 10 вопросов, детализированных по шести разделам: симптомы и ощущения, лечение, ежедневная деятельность, отдых, межличностные отношения, работа и/или учеба [11]. Отношение пациентов к заболеванию и влияние дерматоза на их жизнь изучались посредством сокращенной версии оригинала опросника SKINДЕКС, состоящего из 29 вопросов (SKINДЕКС-29) [12]. Выраженность тревожных расстройств определялась с помощью шкал Цунга [13] и Гамильтона («The Hamilton Anxiety Rating Scale») [14]. Оценка уровня алекситимии и психоэмоционального статуса проводилась при исследовании результатов Торонтской алекситимической шкалы [15]. Также применялась клиническая тестовая методика, направленная на диагностику типа отношения к болезни (ТОБОЛ).

Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0 (Statsoft Inc, США). Применяли параметрические методы статистики (критерий Стьюдента — для независимых выборок) и статистические коэффициенты парной корреляции между различными показателями, коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Различия оценивались как статистически значимые при $p < 0,05$. При значении $p < 0,001$ достоверность считалась высокой. Для графического отображения результатов применяли программу Microsoft Excel XP™.

Результаты. Проведенное исследование выявило, что дебют розацеа чаще возникает в возрасте от 31 до 40 лет (39%). Наиболее низкие показатели дерматологического качества жизни у пациентов с розацеа были зафиксированы по разделам, оценивающим ежедневную деятельность и межличностные отношения. Полученные результаты подтверждают факт влияния розацеа на социальную адаптацию больных, в том числе на способность заводить новые знакомства, заниматься спортом. Но в целом у 64,3% опрошенных значение дерматологического индекса качества жизни было в диапазоне от 6 до 10, что говорит об умеренном влиянии дерматоза на жизнь пациентов. 11 больных считают, что розацеа

оказывает очень сильное влияние на их жизнь. А у 4 пациентов показатель ДИКЖ находился в диапазоне от 2 до 5 баллов, что свидетельствует о незначительном влиянии дерматоза на социальную активность, при этом длительность их заболевания составляла от 10 до 15 лет, что можно трактовать как «свыкание» с заболеванием и психологическое отстранение от него. Максимальное значение индекса при анкетировании лиц контрольной группы — 1, что соответствует отсутствию влияния кожного заболевания на жизнь опрошенных. При детализации ответов пациентов с розацеа было установлено, что в 78,6% оказывается влияние на социальную активность, в 57% случаев качество жизни снижают субъективные ощущения, в 42,8% вынужденность каким-либо образом менять свою ежедневную активность, а 21% опрошенных вызывают беспокойство вопросы, связанные с лечением. С помощью опросника SKINДЕКС-29 получены следующие данные при статистически значимом различии $p < 0,05$: по шкале «симптомы» $33,8 \pm 0,9$ балла, «функции» $38,0 \pm 1,0$ балла, «эмоции» $46,2 \pm 0,8$ балла. На показатели качества жизни SKINДЕКС-29 наибольшее влияние оказало эмоциональное состояние пациента и его психологическая реакция на болезнь, проявляющаяся некоторым беспокойством, подавленностью, тревожностью. При анализе полученных значений при исследовании дерматологического индекса качества жизни и SKINДЕКС-29 подтверждается умеренное снижение качества жизни пациентов с различными подтипами розацеа.

По шкале субъективной оценки тревоги Цунга у 19% больных выявлен высокий уровень тревожности, соответствующий диапазону баллов от 61 до 80. Преимущественно это были пациенты со вторым подтипом розацеа. Средний и низкий уровни тревожности — у 60% и 21% пациентов соответственно, с различными клиническими формами дерматоза. Интересным оказался факт выявления высокого уровня тревожности у трех пациентов с легкой степенью тяжести заболевания. Длительность заболевания не оказывала достоверно значимого изменения данного показателя. Также была исследована степень выраженности симптомов тревоги по шкале Гамильтона у пациентов с различными клиническими формами розацеа. При интерпретации данной шкалы, значения в 17 баллов и менее свидетельствовали об отсутствии тревоги у 16,7% больных розацеа, 18–24 балла — о средней выраженности тревожного расстройства у 73,8%, 25 баллов и выше — о тяжелой тревоге у 9,5% пациентов. Чаще всего тревожное состояние характеризовалось такими признаками, как снижение настроения, плаксивость, раздражительность, покраснение кожи, головные боли, суточные колебания настроения в сочетании с идеями физического недостатка, неприятного для окружающих. Такое состояние наблюдалось у лиц со вторым и третьим подтипами розацеа и давностью заболевания более 4 лет. У 76% опрошенных с различными подтипами розацеа преобладали показатели проявления тревоги в сфере психики, а у 24% в соматической сфере. При этом у данных 24% пациентов чаще встречались сопутствующие заболевания, что может быть связано с влиянием сопутствующей патологии на оценку данного показателя. Наиболее часто у пациентов с различными подтипами розацеа встречались неспецифические симптомы тревоги, относящиеся к вегетативным симптомам (покраснение кожи, потливость, головные боли с чувством напряжения, сухость во рту), а также соматические сенсор-

**Степень выраженности симптомов тревоги по шкале Гамильтона
у больных с различными подтипами розацеа**

Группы					
№	Симптомы тревоги	Подтип 1, % (n=13)	Подтип 2, % (n=27)	Подтип 3, % (n=2)	Контрольная группа, % (n=20)
1	Тревожное настроение	68±2,7	81±1,7	50	45±0,2
2	Напряжение	38,5±1,1	59,3±1,5	50	55±0,7
3	Страхи	15,4±0,3	18,5±0,6	0	40±0,2
4	Инсомния	15,4±0,2	22,2±0,4	0	15±0,2
5	Интеллектуальные нарушения	0	11,1±0,2	0	5±0,4
6	Депрессивное настроение	38,5±1,3	14,8±1,2	50	10±0,3
7	Соматические мышечные симптомы	0	3,7±0,6	0	0
8	Соматические сенсорные симптомы	53,8±0,3	48,1±0,3	0	10±0,4
9	Сердечно-сосудистые симптомы	15,4±0,2	14,8±1,1	0	0
10	Респираторные симптомы	0	11,1±0,6	0	0
11	Гастроинтестинальные симптомы	7,7±0,5	29,6±0,4	0	15±0,8
12	Мочеполовые симптомы	0	7,4±0,3	0	0
13	Вегетативные симптомы	61,5±1,3	77,7±0,6	100	20±0,4

Примечание: $p < 0,05$ для всех показателей, представленных в таблице

ные симптомы (приливы жара и холода, ощущение слабости, покалывания). Соматические мышечные, сердечно-сосудистые, респираторные, мочеполовые симптомы отмечались очень редко. Степень выраженности симптомов тревоги по шкале Гамильтона у больных с различными подтипами розацеа представлена в таблице.

Установлена корреляция ДИКЖ и высокого уровня тревоги по шкалам Цунга и Гамильтона (ДИКЖ 11–20 / шкала Цунга $66 \pm 1,6$ / шкала тревоги Гамильтона $22 \pm 1,1$ при $p < 0,05$). У лиц контрольной группы значения шкал тревоги Цунга и Гамильтона оказались в пределах нормы.

При подсчете итоговых значений Торонтской алекситимической шкалы получены следующие результаты: пациенты с первым подтипом розацеа — $70,3 \pm 1,43$ балла, со вторым подтипом розацеа — $72,4 \pm 1,40$ балла, пациенты с фиматозными изменениями — $62 \pm 1,2$ балла. Контрольная группа — $48 \pm 1,22$ при $p < 0,05$. Ни у одного пациента с розацеа сумма набранных баллов не превысила 74, то есть явной алекситимии выявлено не было. Но у больных с эритематозно-телеангиэктатической (подтип 1) и папулопустулезной (подтип 2) формами розацеа диагностирована промежуточная степень алекситимии, то есть предрасположенность к возможным психосоматическим расстройствам при определенных стрессовых ситуациях, частых и длительных обострениях дерматоза, неэффективности проводимой терапии. Данные пациенты с розацеа склонны к пассивным формам поведения, замкнутости, настороженности, слабому использованию механизмов психологической защиты. Им свойственны такие качества, как тревожность, эмоциональная неустойчивость, ранимость. У двух пациентов с третьим подтипом розацеа нормальный уровень значений Торонтской алекситимической шкалы, что может объясняться индивидуальной психологической зрелостью и недостаточной количественной выборкой.

В использованном нами опроснике ТОБОЛ три шкалы отражают адаптивные варианты отношения к болезни, то есть позволяющие сохранять пациенту

высокий уровень социальной активности (гармоничный, эргопатический и анозогнозический) и девять дезадаптивных типов отношения к болезни, то есть препятствующих полноценной социальной адаптации (тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический, сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойяльный). При интерпретации результатов тестовой методики, направленной на диагностику типа отношения к болезни (ТОБОЛ) пациенты с розацеа разделились по первому (гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы), второму (тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический) и третьему (сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойяльный) «блокам» типов отношения к заболеванию. Эргопатический тип — у 16,7% больных розацеа, стремящихся во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности в прежнем качестве. У 9,5% пациентов — анозогнозический тип с активным отбрасыванием мысли о болезни, легкомысленным отношением к лечению, легкостью нарушений режима и врачебных рекомендаций. Доминирующим является сенситивный тип отношения к болезни, встречающийся у 50% больных и проявляющийся чрезмерной ранимостью, озабоченностью неприятия внешнего вида окружающими, приводящий к нарушению межличностных контактов. Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни наблюдается у 23,8% пациентов с розацеа, что свидетельствует о выявлении тревожного типа отношения к болезни. Для таких пациентов большое значение имеют объективные данные обследований, поиск новых способов лечения, «авторитетного» мнения, частая смена врача. Им свойственно угнетенное настроение и снижение психической активности. У 31% пациентов встречалось сочетание двух типов отношения к болезни. Такие результаты исследования могут говорить о том, что пациенты с розацеа предпочитают защитные механизмы в виде отрицания проблемы и ухода в работу, что сопряжено с высо-

ким риском маскирования и соматизации тревожной симптоматики.

Обсуждение. Для дерматологических пациентов важны не только показатели физического состояния, но и психологическая удовлетворенность. Срыв защитно-приспособительных механизмов приводит к структурным и функциональным нарушениям на всех уровнях, в том числе нейроэндокринной и иммунной систем, играющих важную роль в развитии розацеа [16]. Помимо временной зависимости между воздействием эмоционального стресса и проявлениями кожной патологии, нередко отмечается четкий параллелизм между тяжестью, распространенностью, активностью течения, давностью заболевания и интенсивностью психоэмоциональных расстройств [17]. Как показало проведенное нами исследование, наличие розацеа оказывает влияние на качество жизни пациентов. Больные розацеа в той или иной степени оценивали качество жизни как достаточно низкое по общим показателям и по шкале СКИНДЕКС-29, характеризующей различные стороны жизни. Исследование психоэмоциональных особенностей выявило наличие компонента тревоги у 79% больных, преимущественно средней степени выраженности, промежуточной степени алекситимии, то есть предрасположенности к психосоматическим изменениям, и сенситивный тип отношения к болезни у 45,2% пациентов. Особенности личностного профиля больных розацеа в значительной мере предрасполагают к развитию психосоматических расстройств и негативно отражаются на качестве жизни пациентов. С одной стороны, пациенты пытаются «ужиться» со своим заболеванием, понимая и принимая его хроническое течение, ищут в процессе лечения социальной поддержки, пытаются сформировать четкий план лечения и следовать всем предписаниям врачей. А с другой стороны, высокая степень тревожности, ранимости, переживаний относительно своего внешнего вида приводит к нежеланию осознавать наличие проблемы, формируя такие установки, как «если я не замечаю болезни, то и окружающие ее не увидят». Происходят циклические колебания настроения от тревожно-ипохондрического до эйфорического. Таким образом, знание и понимание структуры и содержания внутренней картины болезни при розацеа способствует правильному пониманию и оценке состояния пациента и оказанию ему своевременной и эффективной психологической помощи, что в свою очередь может способствовать общей положительной динамике лечения и более продолжительной ремиссии.

Заключение. Влияние розацеа на качество жизни пациентов связано с разнообразными факторами, такими, как клинические проявления, давность заболевания, субъективные проявления, психоэмоциональное состояние, личностные особенности пациентов. Показатели качества жизни позволяют составить представление о том, считает ли пациент свою жизнь полноценной и какова степень его удовлетворенности. Обнаружение взаимосвязи между особенностями личности и качеством жизни больных с хроническими заболеваниями кожи, в том числе и розацеа, поможет более основательно проводить профилактические и лечебно-реабилитационные мероприятия, улучшит контакт между пациентом и лечащим врачом. Анализ сложных психосоматических взаимоотношений несомненно будет способствовать повышению эффективности терапии всех подтипов розацеа.

Конфликт интересов. Статья написана в рамках диссертационного исследования аспиранта кафедры

кожных и венерических болезней СГМУ А. В. Давыдовой.

References (Литература)

- Ivanov OL. Psychodermatology: history, problems and prospects. Russian Journal of Skin and Venereal Diseases 1999; (1): 28–38. Russian (Иванов О.Л. Психодерматология: история, проблемы, перспективы. Российский журнал кожных и венерических болезней 1999; (1): 28–38).
- Black AK. The clinical presentations of urticarial. Hosp Med 2000; 61 (7): 456–461.
- Monahov SA. Acne and psycho-emotional disorders. In: The 1st Russian Congress Dermatovenereologists: abstracts of scientific papers 2003; (1): 174–175. Russian (Монахов С. А. Акне и психоэмоциональные расстройства. В кн.: Первый российский конгресс дерматовенерологов: тезисы научных работ 2003; (1): 174–175).
- Ivanov OL. Features of mental disorders in patients with rosacea. In: The 1st Russian Congress Dermatovenereologists: abstracts of scientific papers 2003; (1): 40–41. Russian (Иванов О.Л. Особенности психических расстройств у больных розацеа. В кн.: Первый российский конгресс дерматовенерологов: тезисы научных работ 2003; (1): 174–175).
- Kendall SN. Remission of rosacea induced by reduction of gut transit time. Clin Exp Dermatol. 2004; (29):297.
- Tisma VS, Basta-Juzbasic A, Jaganjac M, et al. Oxidative stress and ferritin expression in the skin of patients with rosacea. J. Am Acad Dermatol 2009; 60 (2): 270–276.
- Smith JR, Lanier VB. Expression of VEGF and its receptors in rosacea. Br J Ophthalmol 2007; (91): 226–229.
- Snitsarenko OV. Vasoactive polypeptides in rosacea. Journal of Dermatology and Venereology 1995; (9): 42–44. Russian (Сницаренко О.В. Вазоактивные полипептиды при розацеа. Вестн. дерматол. и венерол. 1995; (9): 42–44).
- Mark KA, Sparacio RM, Voigt A, et al. Objective and Quantitative Improvement of Rosacea-Associated Erythema after IPL Treatment. Dermatol Surg 2003; (29): 600–604.
- Samtsov AV. Educational and Research Laboratory of Clinical dermatogistopatologii based on artificial intelligence systems. Bulletin of the Russian Military Medical Academy 2000; (1): 94–97. Russian (Самцов А. В. Учебно-исследовательская лаборатория клинической дерматогистопатологии на основе систем искусственного интеллекта. Вестн. Рос. воен.-мед. акад. 2000; (1): 94–97).
- Kochergin NG, Smirnova LM. Dermatology quality of life as a psychosomatic symptom dermatosis. Russian Journal of Skin and Venereal Diseases 2006; (4): 11–15. Russian (Кочергин Н. Г., Смирнова Л. М. Дерматологическое качество жизни как психосоматический симптом дерматоза. Российский журнал кожных и венерических болезней 2006; (4): 11–15).
- Adaskevich VP. Diagnostic index in dermatology. Moscow: Med Science, 2004; 146–164 p. Russian (Адаскевич В. П. Диагностические индексы в дерматологии. М.: Мед. книга, 2004; 146–164 с.).
- Zung WW. Current concepts: how normal is anxiety? N. Y.: Upjohn company, 1980; 341 p.
- Hamilton M. Rating scale for depression. J Neurology Neurosurgery and Psychiatry 1960; (23): 56–61.
- Yeresko DB, Isurina GL, Kaidanovskaya EV et al. Alexithymia and methods of determining the border with psychosomatic disorders: handbook for psychologists and physicians. V. M. Behterev Saint-Petersburg Psychoneurological Research Institute 2005; 12–16 p. Russian (Ереско Д. Б., Исурина Г. Л., Кайдановская Е. В. и др. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: пособие для психологов и врачей. СПб научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева 2005; 12–16 с.).
- Dovzhansky SI. Quality of Life — an indicator of the condition of patients with chronic dermatoses. Journal of Dermatology 2001; (3): 12–13. Russian (Довжанский С. И. Качество жизни — показатель состояния больных хроническими дерматозами. Вестник дерматологии 2001; (3): 12–13).
- Yutskovsky AD, Dubnyak NS, Fedorova EB, Fronck AA. On the problem of psychogenic dermatoses. Russian Journal of Skin and Venereal Diseases 2006; (4): 29–32. Russian (Юцковский А. Д., Дубняк Н. С., Федорова Е. Б., Фронек А. А. К проблеме психогенных дерматозов. Российский журнал кожных и венерических болезней 2006; (4): 29–32).