

А.А. ЖУМАБЕКОВА, Т.В. КОТЛЯРОВА, К.К. КУЛМУКАНОВА, Г.Р. БАТПЕНОВА, Ж.Н. АБДИКАДЫР,
Т.В. ТАРКИНА, З.С. ДЖЕТПИСБАЕВА, Т.В. ВИННИК

АО «Медицинский университет Астана» г. Астана, Казахстан

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РОЗАЦЕА

Введение. Розацеа входит в группу психодерматологических расстройств, в генезе которых психогенные факторы играют основную роль. По данным National Rosacea Society одним из основных провоцирующих факторов розацеа является эмоциональный стресс.

Цель: изучить роль психоэмоционального фактора в развитии, течении розацеа и выявить соматопсихические взаимовлияния.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 61 пациент с диагнозом розацеа. Анамнестические данные, сведения о провоцирующих факторах, влиянии розацеа на эмоциональное состояние пациентов определялись методом анкетирования. Оценка степени тяжести дерматологического статуса проводилась на основании шкалы диагностической оценки розацеа (ШДОР) - Rosacea Clinical Scorecard.

Результаты. В 85% случаев психоэмоциональный фактор выступал в роли триггера развития и обострения розацеа. В 57% случаев развитие или обострение дерматоза пациенты связывали со стрессом, в 62% - с негативными эмоциями. В большинстве случаев причинами стресса являлись проблемы в семье (38%) и на работе (33%). Проявления заболевания оказывали негативное влияние на психическое здоровье, пациенты испытывали эмоциональные переживания в виде чувства смущения, волнения, неуверенности, изоляции, страха, разочарования, беспомощности, нерешительности, гнева, вины, горя и низкой самооценки, среди них преобладающим было чувство смущения (67%). Данные эмоциональные переживания выявлялись во всех случаях впервые выявленного розацеа, фиматозного и окулярного подтипов. Женщины (94%) чаще испытывали негативные чувства, нежели мужчины (75%). Психосоциальные влияния розацеа, выявленные в 78% случаев, касались рабочей сферы и межличностных отношений.

Выводы. Психоэмоциональный фактор играет ведущую роль в развитии и течении розацеа (85%). Клинические проявления розацеа негативно сказываются на психическом здоровье пациентов (67%).

Ключевые слова: розацеа, психодерматология, психоэмоциональный фактор.

Актуальность. Розацеа входит в группу психодерматологических расстройств [4;5], в генезе которых психогенные факторы играют основную роль. В мире насчитывается 45 млн больных с розацеа, в структуре дерматологических патологий занимает 7-е место [2].

По данным National Rosacea Society эмоциональный стресс занимает второе место по частоте среди основных провоцирующих факторов розацеа и составляет 79% случаев [7].

Помимо психогенного фактора изучают негативное влияние дерматоза на психоэмоциональное состояние [6] и социальную сферу пациентов. Согласно данным British Association of Dermatologists, психосоциальное воздействие кожной патологии является основным компонентом у 85% дерматологических больных [3].

Целью исследования было изучение роли психоэмоционального фактора на развитие и течение розацеа, а также соматопсихические взаимовлияния на клиническую картину дерматоза.

Материалы и методы. В исследование были включены 61 пациент с диагнозом розацеа, обратившиеся в «Центр дерматологии и профилактики болезней, передающихся половым путем» г. Астаны с 2015 по 2016 г.г.. Из них 46 (76%) - женщин, 15 (24%) - мужчин. Возраст пациентов варьировал от 23 до 65 лет и в среднем составил 43,0±10,2 года.

Был использован метод анкетирования. Разработанная нами анкета включала в себя вопросы, отражающие анамнестические данные и сведения об основных провоцирующих факторах, роли стресса в развитии и обострении заболевания, причинах стресса, влиянии дерматоза на психоэмоциональную сферу пациентов, на качество жизни и сон.

Клинические методы. Оценка и определение тяжести дерматологического статуса проводилась на основании стандартной классификации розацеа [9] и шкалы диагностической оценки розацеа (ШДОР) [1]- модифицированной, русскоязычной версии стандарта оценки розацеа Rosacea Clinical Scorecard [10].

Статистический метод. Полученные данные обрабатывали посредством описательной статистики пакета данных Microsoft Excell 2007.

Результаты и обсуждения. Длительность заболевания составила от 6 месяцев до более 25 лет, среди них впервые возникшая розацеа - 6%; до года - 10%; от 1 года до 5 лет - 49%; от 5 лет до 10 лет - 16% и более 10 лет - 18%. Преобладающей была длительность заболевания от года до 5 лет.

Наследственная отягощенность выставлялась на основании данных о наличии установленного диагноза розацеа или наличии проявлений данной нозологии, или склонности к покраснениям у ближайших родственников. Наследственность была отягощена у 54% пациентов, из них по линии матери - 48%, по линии отца - 46%, по обоим линиям - 6%.

Клинически пациентов распределили на эритематотелеангиэктатический подтип - 22% случаев, папуло-пустулезный - в 67%, фиматозный - 11%, дополнительно определялся окулярный подтип в 28% случаев (рис. 1 [U1]). В результате оценки тяжести розацеа средний показатель ШДОР составил 9,4±3,3 баллов, из 21-го возможных. Легкая степень тяжести диагностировалась у 36% пациентов, средняя и тяжелая у 57% и 7% соответственно. Преобладающими являлись папуло-пустулезный подтип и средняя степень тяжести. Дополнительно больные были обследованы на наличие D. folliculorum, который диагностировался в 61% случаев клинических подтипов розацеа. Во всех случаях у пациентов с розацеа наблюдалась сопутствующая патология. Патология желудочно-кишечного тракта была выявлена у 87% пациентов, мочеполовой системы - у 51%, сердечно-сосудистой системы - у 43%,

эндокринные нарушения – у 29%, инфекционные заболевания - у 16%, органов дыхания - у 10%, нервной системы - у 3%. В 34% случаев отмечались патологии других органов и систем, в частности опорно-двигательного аппарата, органов зрения, хронические дерматозы и доброкачественные новообразования.

В результате анкетирования пациентов были выявлены следующие провоцирующие факторы (рис. 2): погодные условия - жара, солнце, мороз, ветер; психоэмоциональный фактор– стресс и негативные эмоции - гнев, тревога, волнение, смущение; высокие, низкие температуры и работа в этих условиях; продукты питания - жирная, острая пища и различные сладости; раздражающие вещества - косметические препараты, пыль, работа с химическими и лакокрасочными средствами; физические факторы – тренировки и работа с поднятием тяжестей, в наклоне; нарушения сна; обострение сопутствующей патологии и принимаемые лекарственные препараты по поводу их лечения – сосудорасширяющие, системные гормональные препараты; среди других факторов - косметологические процедуры – лазер и криотерапия.

Среди выявленных триггеров розацеа психоэмоциональный фактор составил 85% случаев и занял второе место после погодных условий. По данным опроса в 66% случаев пациенты имели стрессовые ситуации в их жизни до начала заболевания. Непосредственную связь розацеа с предшествующим стрессом отмечало 57% пациентов. При этом стресс как фактор развития дерматоза отмечался в 34% случаев, как фактор обострения – в 49%. Испытываемые пациентами негативные эмоции выступали в роли триггера в 62% случаев (рис. 3[U2]). Причинами стресса пациентами были выделены нижеследующие факторы (рис. 4[U3]). Среди причинных факторов стресса наиболее частыми были семейные и рабочие проблемы в 38% и 33% случаев соответственно.

Наряду с этим пациентам было характерно появление психических переживаний чаще в виде чувства смущения, волнения и неуверенности. Реже возникало чувство гнева и вины в 5% соответственно, совсем не испытывали чувство горя, что соответствует зарубежным данным [8] (рис. 5). В 94% случаях женщины испытывали негативные чувства в связи с клиническими проявлениями розацеа, мужчины – в 75%. Всем пациентам с впервые выявленным заболеванием были характерны психические переживания, из них чаще регистрировалось чувство волнения. Во всех случаях фиматозного и окулярного подтипов определялась отрицательная эмоциональная реакция на заболевание, а при эритематотелеангиэктатическом подтипе - реже[U4].

Помимо психоэмоционального влияния розацеа в 78% случаев выявлялось психосоциальное влияние дерматоза. Пациенты отмечали негативное влияние заболевания на рабочую сферу, межличностные отношения в социуме. Клинические проявления дерматоза послужили причиной увольнения с работы; избегания деловых встреч в стадии обострения; избегания посещения гостей и других общественных мест. Негативное влияние дерматоза на сон отмечалось лишь 12% пациентов.

Заключение. В результате исследования нами было выявлено:

1. Высокий процент (85%) психоэмоционального фактора как триггера в генезе и течении розацеа.
2. В 66% случаях имели место стрессовые ситуации до начала заболевания. В 57% пациенты связывали стресс с развитием или обострением дерматоза.
3. В 62% испытываемые пациентами негативные эмоции выступали в роли триггера.
4. Для пациентов с розацеа в связи с клиническими проявлениями заболевания более характерно чувство смущения. Женщины (94%) чаще испытывали негативные чувства, нежели мужчины (75%).
5. Эмоциональные переживания (чувство смущения, волнения, неуверенности, изоляции, страха, разочарования, беспомощности, нерешительности, гнева, вины, горя и низкая самооценка) определялись во всех случаях впервые выявленной розацеа, фиматозного и окулярного подтипов.
6. Психосоциальное влияния розацеа регистрировалось в 78%, которое отражалось на рабочей сфере и межличностных отношениях пациентов.

Выводы. Психоэмоциональный фактор играет ведущую роль в развитии и течении розацеа (85%). Клинические проявления розацеа негативно сказываются на психическом здоровье пациентов (67%). В дальнейшем, учитывая полученные данные, с целью повышения стрессоустойчивости пациентов необходимо будет разработать обучающие программы и включить их в комплексное лечение розацеа.

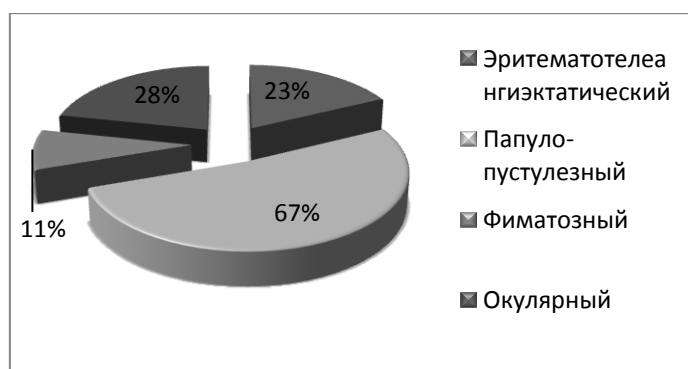


Рисунок 1 - Подтипы розацеа



Рисунок 2 - Провоцирующие факторы розацеа

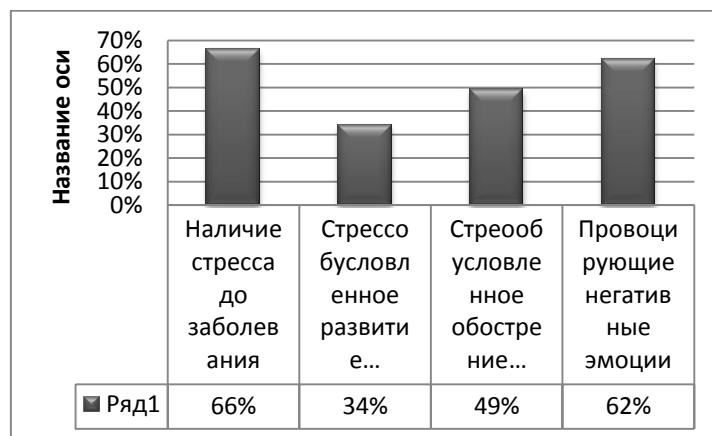


Рисунок 3 - Провоцирующий психоэмоциональный фактор

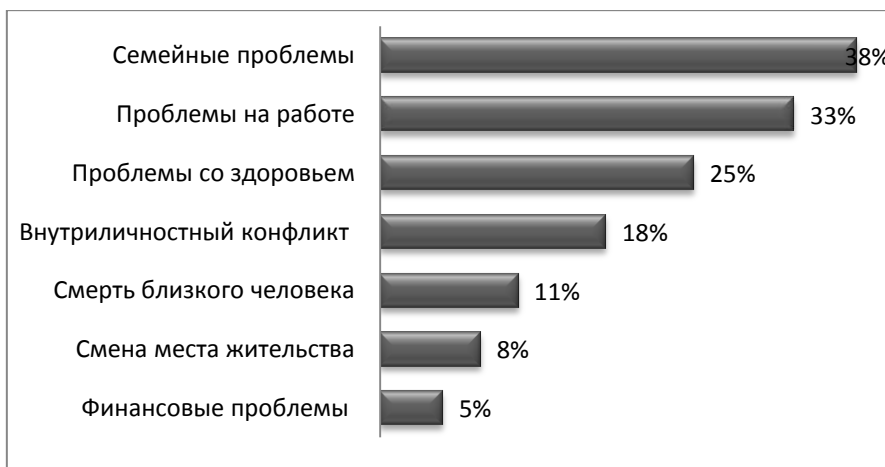


Рисунок 4 - Причины стресса

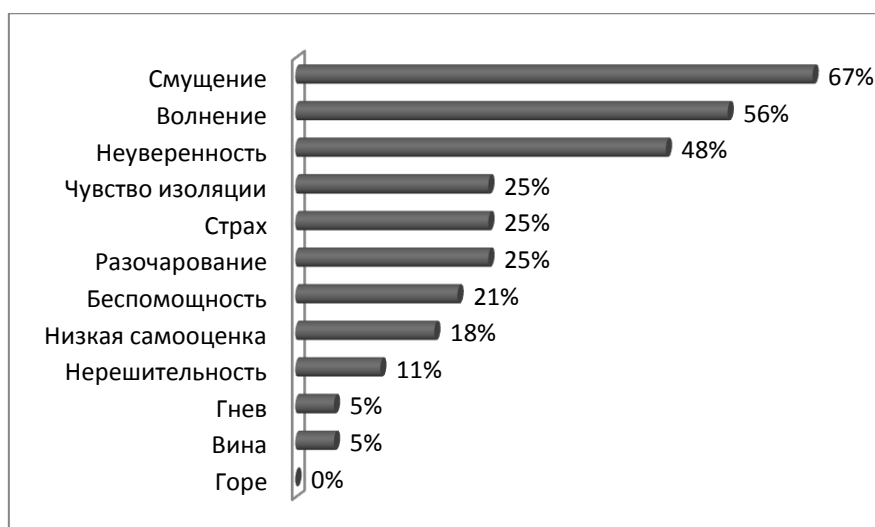


Рисунок 5 - Эмоциональное влияние розацеа

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Адаскевич В.П. Диагностические индексы в дерматологии. - М.: Мед.книга, 2004. - 164 с.
- 2 Самцов А.В. Акне и акнеформные дерматозы. Монография. 2-изд. Доп. и перераб. - М.: ООО «Фарматек», 2014. - 188 с.
- 3 Bewley A., Affleck A., Bundy C. Working party report on minimum standards for psycho-dermatology services 2012, November 2012 <http://www.bad.org.uk/shared/get-file.ashx?itemtype=document&id=1622>
- 4 Jafferany M. Psychodermatology: A Guide to Understanding Common Psychocutaneous Disorders // Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry. - 2007. - 9(3). - P. 203-213.
- 5 Koo J.Y.M, Lee C.S. General approach to evaluating psychodermatological disorders. In: Koo JYM, Lee CS, eds // Psychocutaneous Medicine. - New York: Marcel Dekker, 2003. - P. 22-29.
- 6 National Rosacea Society: Emotional toll of facial redness equal to bumps, pimples: survey. Rosacea Review. Fall 2013. www.rosacea.org/rr/2013/fall/article_3.php. Accessed April 10, 2014.
- 7 National Rosacea Society: Rosacea Triggers Survey. Available at: <https://www.rosacea.org/patients/materials/triggersgraph.php>. [Accessed 29 June 2015]
- 8 National Rosacea Society: Survey Shows Controlling Stress Can Reduce Flare-Up Frequency Rosacea Review. Fall 2011 https://www.rosacea.org/rr/2011/fall/article_3.php.
- 9 Wilkin J., Dahl M., Detmar M. et al. Standard classification of rosacea: Report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea // JAmAcadDermatol. - 2002. - Vol. 46. - №4 - P. 384-387.
- 10 Wilkin J., Dahl M., Detmar M. et al. Standard grading system for rosacea: Report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea // JAmAcadDermatol. - 2004. - №2. - P. 907-912.

**А.А. ЖУМАБЕКОВА, Т.В. КОТЛЯРОВА, К.К. КУЛМУКАНОВА, Г.Р. БАТПЕНОВА, Ж.Н. АБДИКАДЫР,
Т.В. ТАРКИНА, З.С. ДЖЕТПИСБАЕВА, Т.В. ВИННИК**

«Астана медицина университеті» АҚ, Астана қ., Қазақстан Республикасы

РОЗАЦЕА ПСИХОСОМАТИКАЛЫҚ АСПЕКТИЛЕРІ

Түйін: Кіріспе. Розацеа психодерматологиялық бұзулыстар тобына жатады, олардың генезінде психогенді факторлар маңызды рөл атқарады. National Rosacea Society мәліметіне сәйкес, эмоционалдық күйзеліс розацеаның негізгі факторларының бірі болып табылады.

Мақсаты. Розацеаның дамуы мен ағымындағы психоэмоционалды фактор рөлін, соматопсихикалық көрініспен қосарласып әсер етуімен анықтау керек.

Материалдар мен әдістер. Зерттеуде 61 розацеа диагнозбен науқастар қатысты. Анамнездік мәліметтерді, ынталандырушы факторларды, розацеаның науқастың эмоционалды жағдайна әсер етуін ескере отырып, сауалнамалық әдістер арқылы анықталды. Дерматологиялық мәртебесінің ауырлығының бағалауы Rosacea Clinical Scorecard негізінде жүргізілді.

Нәтижелері. Розацеаның дамуы мен асқынуы триггер ретінде психоэмоционалды факторы 85% жағдайларында анықталды. Науқастар дерматоздың дамуын немесе асқынуын 57% жағдайларында стресспен байланысты, ал 62% - жағымсыз сезімдермен. Көп жағдайда күйзелістің себебі, отбасындағы мәселелер (38%) мен жұмыс бабында (33%) болып табылады. Аурудың көріністері психикалық денсаулығына әсер берді. Науқастар: ұялу, мазасыздану, сенімсіздік, оқшаулау, қорқыныш, көңіл қалу, дәрменсіз, шешімге келе алмау, ашу-ыза, кінәсіздік, қайғы және өзін-өзі төмен бағалауын сезімдерін сезді, олардың арасында эмоционалды күйзелу ұялшақтық сезімімен (67%) көрінеді. Бұл эмоционалды күйзелулер жаңадан розацеа диагнозы, фиматоздық пен офтальмологиялық барлық түрлерін жағдайларында анықталған. Жағымсыз сезімдерді еркектерге (75%) қарағанда әйелдер (94%) жие сезді. Психоэмоционалдық жағдай әсерінен розацеа 78% жағдайда анықталады, жұмыс ортасына және жеке тұлғалық қарым-қатынасқа қатысты.

Қорытындылар. Розацеаның ағымында, дамуында (85%) психоэмоционалды факторлар негізгі рөл ойнайды. Розацеаның клиникалық көрінісі (67%) науқастың психикалық денсаулығына жағымсыз әсерімен көрінеді.

Түйінді сөздер: розацеа, психодерматология, психоэмоционалды факторы.

**A.A. ZHUMABEKOVA, T.V. KOTLYAROVA, K.K. KULMUKONOVA, G.R. BATPENOVA, Z.N. ABDIKADYR, T.V. TARKINA,
Z.S. JETPISBAYEVA, T.V. VINNIK**

JSC "Astana Medical University", Astana city, Republic of Kazakhstan

PSYCHOSOMATIC ASPECTS OF ROSACEA

Resume: Introduction. Rosacea is referred to psychodermatological disorders, in which psychogenic factors play a pivotal role in pathogenesis. According to the National Rosacea Society emotional stress is one of the most important trigger factors in rosacea.

Objective. To study the role of psychoemotional factor in the development and progression of rosacea; to reveal somatopsychical relationships.

Materials and methods. 61 patients with rosacea were included in study. A medical history and information about influence of trigger factors to the emotional condition of the patients were determined using questionnaire survey. Severity of dermatological status was assessed using Rosacea Clinical Scorecard.

Results. Psychoemotional condition acted as a trigger factor in the development and exacerbation of rosacea in 85% of the cases. Development and/or exacerbation of dermatoses were associated with stress in 57%, with negative emotions in 62%. In the most cases the source of stress was performed by the problems in family (38%) and at work (33%). Manifestation of the disease had a negative impact on patient's mental health. Patients felt emotional distress presented with sense of embarrassment, anxiety, insecurity, isolation, fear, frustration, helplessness, hesitation, anger, guilt, grief, and low self-esteem. Embarrassment prevailed among of the listed disorders (67%). These emotional sufferings were revealed in first diagnosed cases of phymatous and ocular rosacea. Women (94%) felt negative emotions more often than men (75%). Psychosocial impact of rosacea revealed in 78% of cases were linked to professional sphere and interpersonal relationships.

Conclusions. Psychoemotional factor plays a leading role in the development and progression of rosacea (85%). Clinical manifestations of rosacea negatively affect mental health of patients (67%).

Keywords: rosacea, psychodermatology, psychoemotional factor.