Клинико-психологические отклонения у больных акне и методы их коррекции

Ю.Н. ПЕРЛАМУТРОВ[1], К.Б. ОЛЬХОВСКАЯ

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

Clinical and psychological abnormalities in patients with acne and methods of their correction

YU.N. PERLAMUTROV, K.B. OLKHOVSKAYA

A.I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry

Ключевые слова: акне, психогенные экскориации, дисморфофобия, качество жизни, Адаптол.

Key words: acne, psychogenic excoriations, dysmorphophobia, quality of life, Adaptol.

Период полового созревания — критический в жизни каждого, так как он связан со значительной гормональной перестройкой и развитием вторичных половых признаков. В это время подростки переносят максимальные физические, эмоциональные и социальные перегрузки. Отрицательное отношение к своей внешности негативно влияет на самоутверждение, приводит к снижению самооценки и неспособности на равных общаться с лицами противоположного пола, что может негативно отразиться на построении сексуальных и партнерских отношений в будущем [1].

Наиболее часто в этот период косметические дефекты обусловлены проявлением акне. Только 10% подростков удается избежать развития данного заболевания. При акне в отличие от многих других дерматозов поражается преимущественно лицо, которое является одним из главных и основных звеньев межличностной и социальной коммуникации [2].

При дифференциальной психосоматической диагностике выявляются два основных психологических отклонения, которые могут возникнуть у больных акне — психогенные экскориации и дисморфофобия.

Психогенные экскориации (невротические экскориации) — патологическое раздражение кожных покровов, характеризующееся чрезмерным нарушением целостности неизмененной кожи или в месте высыпаний. Согласно данным V. Niemeier и соавт. [3], это отклонение отмечается у 80% больных акне и у 2% пациентов с другими дерматозами. При данном расстройстве наблюдаются и другие психотические реакции — ухудшение настроения, повышенная тревожность, постоянное беспокойство. Как правило, такие пациенты злоупотребляют психоактивными веществами, совершают компульсивные покупки на фоне расстройства питания и личностных качеств.

Дисморфофобия — состояние, характеризующееся крайним уровнем недовольства или поглощенностью собственной внешностью, которое приводит к нарушению повседневной активности [3]. Дебют дисморфофобии отмечается обычно в подростковом возрасте, и это происходит в равной степени как у юношей, так и у девушек. Форма носа, ожирение, заболевания кожи (акне), волос, являются самыми частыми причинами возникновения данного психологического отклонения [4].

Дисморфофобия имеет три диагностических критерия:

— чрезмерная озабоченность или недовольство, связанное с воображаемым дефектом внешности или обусловленное незначительным его проявлением;

— недовольство собственной внешностью вызывает клинически значимую социальную дезадаптацию, нарушение профессиональной деятельности и семейных отношений;

— недовольство собственной внешностью не связано с другими психическими заболеваниями (например, анорексией).

Характеристика поведения пациентов с дисморфофобией включает следующий комплекс: частое рассматривание кожи в зеркале, значительную маскировку с помощью тональных кремов и пудры, ношение шляп, кепок и больших капюшонов, закрывающих лицо. Помимо этого, больные часто задают окружающим и близким такие вопросы, как «Вы видите этот прыщ?» или «Моя кожа выглядит

© Ю.Н. Перламутров, К.Б. Ольховская, 2012

Klin Dermatol Venerol 2012;4:70

[1]e-mail: olhovskaya_kira@mail.ru

нормально?». Некоторые из них посещают врачей — от дерматологов до пластических хирургов, в надежде на быстрое избавление от косметических недугов [3, 5].

Хотя дисморфофобия — довольно распространенное психологическое отклонение, официально оно регистрируется у 0,7—5% общей популяции. Нередко дисморфофобии сопутствуют другие психиатрические состояния (депрессия, тревога, обсессивно-компульсивное расстройство), что может быть причиной функциональных расстройств, высокого уровня стрессовых реакций, выраженного снижения качества жизни и суицидальных попыток [6].

Поведение больных акне в семье и на работе часто отличается конфликтностью. Нередко пациенты отмечают чувство стыда из-за «обезображивающих» высыпаний на коже и предвзятое отношение к ним учителей. В тяжелых случаях подростки могут прекратить учебу в школе из-за постоянных нападок и издевательств сверстников [7].

Снижение качества жизни и социальной адаптации может быть также связано с материальными трудностями, которые возникают при покупке дорогостоящих препаратов и проведении различных косметических процедур в салонах и клиниках [8].

Психическое самочувствие занимает не последнее место в шкале самооценки этих больных. Большинство таких расстройств не корректируется после излечения, а явления постакне могут способствовать формированию аффективных состояний на длительный срок [9].

Психологические проблемы у пациентов с акне приводят не только к непониманию между родителями и детьми, но и к снижению веры в выздоровление и недоверию к врачу, что обусловливает низкую комплаентность больных и соответственно неудачи в лечении [10].

В последнее десятилетие пристальное внимание ученых привлекли психологические аспекты, развивающиеся при разных дерматозах. В настоящее время в комплексную терапию большинства заболеваний рекомендуется включать психотропные препараты, которые требуют, как правило, профессиональной подготовки в области психиатрии [11]. Появление препаратов, обладающих селективным анксиолитическим действием, значительно расширило возможности квалифицированной помощи при лечении в том числе и больных акне.

Спектр действия *Адаптола* определяется сочетанием активизирующих и тормозящих эффектов в основе которых лежит, с одной стороны, стимуляция серотонин- и ГАМКергических механизмов, а с другой — тормозящее влияние на дофаминергические системы. *Адаптол* обладает умеренной транквилизирующей (анксиолитической) активностью, устраняет или ослабляет беспокойство, тревогу, страх, внутреннее эмоциональное напряжение и раздражительность, практически не вызывает нежелательных побочных эффектов и осложнений. В клинических исследованиях показано, что *Адаптол* повышает логичность, связность и скорость мышления, улучшает внимание и умственную работоспособность, не стимулируя клинические проявления продуктивных психопатологических расстройств, патологическую эмоциональную активность, поэтому его можно применять перед началом учебного или рабочего дня, что выгодно отличает данный препарат от ряда других транквилизаторов [12, 13].

Цель настоящего исследования — оценка эмоционального статуса у больных акне и определение эффективности препарата *Адаптол* в комплексной терапии данного заболевания.

Под наблюдением находились 68 больных акне (37 женщин и 31 мужчина) в возрасте 15—26 лет. Оценивали тяжесть течения акне (с помощью дерматологического индекса акне — ДИА), выраженность психологических расстройств (по шкале APSEA — Assessment of Psychological and Social Effect of Acne, которая позволяет определить влияние угревой сыпи на повседневную жизнь человека, его настроение и самооценку).

При осмотре на коже лица и туловища пациентов отмечались невоспалительные (комедоны) и воспалительные (папулы, пустулы и узлы) элементы. Исходные значения ДИА варьировали от 2 до 13 и в среднем составили 8,23±1,39 балла. При этом у 23 (33,82%) больных ДИА был менее 5 (легкая степень тяжести), у 36 (52,94%) — 6—10 (средняя степень тяжести) и у 9 (13,24%) — более 10 баллов. Средние значения ДИА при легкой степени акне составили 3,26±1,02 балла, при средней степени тяжести — 8,46±1,11 и при тяжелой — 12,98±2,05.

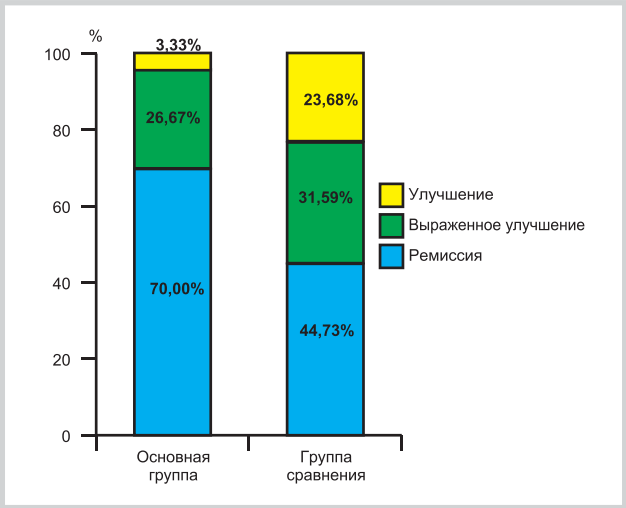
Влияние акне на психологическое состояние пациентов было оценено как серьезное: средние показатели по шкале APSEA у всех пациентов составили 56,98±2,86 балла. В дальнейшем была проанализирована зависимость значений шкалы APSEA от возраста и тяжести течения акне **(см. таблицу)**.

Анализ зависимости тяжести психосоциальной дезадаптации пациентов от возраста показал, что

Зависимость показателей шкалы APSEA от возраста больных и тяжести акне

Показатель		*n*	*M*±*m*
Возраст	15—18 лет	14	68,12±3,62*
	18—20 лет	8	48,21±1,27
	20—23 года	26	42,18±5,53
	23—26 лет	20	69,39±2,16*
Степень тяжести акне	Легкая	23	57,32±1,93
	Средняя	36	55,26±3,02
	Тяжелая	9	58,36±3,63

Примечание. n — количество пациентов. *— $p<0,05$.



Сравнительные показатели результатов терапии.

достоверно более высокие показатели APSEA имели больные 15—18 и 23—26 лет. При этом зависимости качества жизни от тяжести течения заболевания нами не зарегистрировано. Таким образом, психологические проблемы у больных акне чаще определяются возрастным аспектом, чем тяжестью самого дерматоза.

Всем больным была назначена терапия в соответствии со степенью тяжести акне. При легком течении использовали только наружные препараты (топические ретиноиды в комбинации с антибиотиками, азелаиновую кислоту и бензоилпероксид). При средней выраженности симптомов помимо наружной терапии была назначена системная антибиотикотреапия, при тяжелой — системно изотретиноин по стандартной схеме. Больные были разделены на две группы. В 1-ю (основную) группу вошли 30 пациентов, которым кроме стандартного лечения назначали препарат *Адаптол* (1500 мг/сут, 3 таблетки) курсами по 30 сут интервалом 1 мес в течение всего периода лечения. Во 2-ю группу вошли 38 пациентов (группа сравнения), которые получали только стандартную терапию.

В связи с тем, что у всех больных в ходе лечения был отмечен положительный результат, определяли количество пациентов с улучшением (снижение индекса ДИА на 25—50%), выраженным улучшением (снижение индекса ДИА более чем на 50%) и клинической ремиссией через 6 мес терапии **(см. рисунок)**.

При оценке соотношения больных в зависимости от результатов лечения установили, что через 6 мес наблюдения в 1-й группе было 70% (21 человек) пациентов с ремиссией, т.е. на 25,27% больше, чем во 2-й группе (терапия без *Адаптола*).

Результаты опроса больных с использованием шкалы APSEA свидетельствуют о том, что *Адаптол* способствовал повышению самооценки пациентов вне зависимости от результатов терапии (средние показатели 6,24±0,71 балла). Во 2-й группе показатель по этой шкале в среднем снизился менее значительно и составил 28,36±2,14 балла. Необходимо подчеркнуть важность психологического состояния больных акне во время терапии, так как нередко из-за повышенной тревожности и отсутствия веры в выздоровление пациенты 2-й группы, не получавшие *Адаптол*, строго не соблюдали назначения врача и продолжали скарифицировать акне-элементы, что значительно повлияло на успех лечения.

Таким образом, при обследовании пациентов с акне выявлено значительное влияние дерматоза на психосоциальную адаптацию, вне зависимости от тяжести течения заболевания. Применение препарата *Адаптол* в комплексной терапии акне способствует более выраженным клиническим результатам по сравнению со стандартным лечением, что обусловливает необходимость применения данного препарата у больных акне.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Юцковская Я.А., Юренева С.В.* Эстетические аспекты комбинированной гормональной терапии с антиандрогенными прогестагенами в различные периоды жизни женщин. Обзор. Пласт хир и косметол 2011; 3: 2.
2. *Шварц Н.Е., Силина Л.В., Лазаренко В.А.* Качество жизни больных угревой болезнью и его изменение вследствие проведения различных видов терапии. Человек и его здоровье 2008; 1: 92.
3. *Niemeier V., Kupfer J., Gieler U.* Acne vulgaris — psychosomatic aspects. J Dtsch Dermatol Ges 2006; 4: 12: 1027—1036.
4. *Bowe W.P., Leyden J.J., Crerand C.E. et al.* Body dysmorphic disorder symptoms among patients with acne vulgaris. J Am Acad Dermatol 2007; 57: 2: 222—230.
5. *Phillips K.A., Grant J.E., Siniscalchi J.M. et al.* A retrospective follow-up study of body dysmorphic disorder. Comp Psychiat 2005; 46: 5: 315—321.
6. *Barankin B., DeKoven J.* Psychosocial effect of common skin diseases. Can Fam Phys 2002; 48: 712—716.
7. *Tan J.K.* Psychosocial impact of acne vulgaris: evaluating the evidence. Skin Ther Lett 2004; 9: 1—3.
8. *Purvis D., Robinson E., Merry S., Watson P.* Acne, anxiety, depression and suicide in teenagers: a cross-sectional survey of New Zealand secondary school students. J Paediatr Child Health 2006; 42: 12: 793—796.
9. *Fried R.G., Wechsler A.* Psychological problems in the acne patient. Dermatol Ther 2006; 19: 4: 237—240.
10. *Gupta M.A., Gupta A.K.* Depression and suicide ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. Br J Dermatol 1998; 139: 846—850.
11. *Kellet S., Gawkrodger D.J.* The psychological and emotional impact of chronic acne and the effect of treatment with isotretinoin. Br J Dermatol 1998; 139: Suppl: 51—56.
12. *Терво С.О., Калашникова Т.П., Ворончихина Н.В.* Применение Адаптола в коррекции нарушений эмоционального статуса и когнитивной деятельности детей дошкольного возраста с хроническим аденоидитом. Рос вестн перинатол и педиатр 2011; 56: 1: 90.
13. *Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Яковенко Е.А. и др.* Когнитивные нарушения у детей с тревожно-фобическими расстройствами. Журн неврол и психиатр 2011; 11: 71.