https://doi.org/10.17116/jnevro20181181214

Психические расстройства, социальная дезадаптация и качество жизни пациентов с акне и симптомами постакне

Л.С. КРУГЛОВА*, М.А. САМУШИЯ, А.М. ТАЛЫБОВА

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия

Цель исследования. Сравнительное изучение психического состояния и качества жизни пациентов с акне и постакне. **Материал и методы.** Под наблюдением находились 147 пациентов, среди них 84 (57%) женщины и 63 (43%) мужчины, в возрасте от 14 до 48 лет. В работе исследовались индекс CADI, индекс APSEA, индекс DLQI, применялись шкалы для оценки выраженности депрессии HAM-D и тревоги HAM-A, а также психопатологический метод. **Результаты и заключение.** Более высокие значения исследуемых индексов и неудовлетворенность результатами терапии отмечались у пациентов более старшей возрастной группы. Достоверная динамика индексов CADI, APSEA и DLQI у пациентов с постакне наблюдалась в более поздние, чем при акне, сроки. Тревожная и депрессивная симптоматика в соответствии с оценкой по шкалам HAM-D и HAM-A у пациентов старше 20 лет достигала уровня депрессивных расстройств средней степени тяжести и умеренно выраженных анксиозных симптомов. Психические нарушения были квалифицированы в рамках нозогенных реакций, возникающих в связи с манифестацией дерматоза. Акне поддаются коррекции в значительной степени лучше, чем симптомокомплекс постакне. Вне зависимости от возраста симптомы постакне в большей степени снижают качество жизни пациентов, порой вызывая более выраженные, чем сам дерматоз, психические изменения (тревожные и депрессивные расстройства).

Ключевые слова: *акне, постакне, качество жизни, тревога, депрессия, индекс CADI, индекс APSEA и индекс DLQI, шкала HAM-D, шкала HAM-A.*

Mental disorders, social maladaptation and quality of life of patients with acne and post-acne symptoms

L.S. KRUGLOVA, M.A. SAMUSHIYA, A.M. TALYBOVA

Central State Medical Academy of Medical Center of General Management Department of Presidential Administration of the Russian Federation, Moscow, Russia

Objective. A comparative analysis of the psycho-emotional status and quality of life of patients with acne and post-acne. **Material and methods.** There were 147 patients included in the study, 84 (57%) women and 63 (43%) men, aged from 14 to 48 years. The following parameters were studied: CADI score, APSEA score, DLQI score. Anxiety and depression were assessed with HAM-D and HAM-A. **Results.** Higher scores on CADI, APSEA and DLQI and dissatisfaction with the results of therapy were noted in older patients. Significant changes in CADI, APSEA and DLQI scores in patients with post-acne symptoms were recorded later compared to patients with acne. Anxiety and depression symptoms measured with HAM-D and HAM-A reached the level of depressive disorder of moderate severity and moderate anxiety in patients over 20 years old. Mental disorders were qualified within the nosogenic anxiety-phobic reactions developing in connection with dermatosis manifestation. **Conclusion.** Acnes substantially better give in to correction than post-acne symptom complex. Regardless of age, post-acne symptoms considerably reduce quality of life of patients, sometimes causing more expressed changes (anxiety and depression) than dermatosis.

Keywords: *acne, post-acne, quality of life, depression, anxiety, CADI, DLQI, APSEA, HAM-D, HAM-A.*

Введение

Акне относится к хроническим дерматозам и характеризуется образованием открытых или закрытых комедонов, а также воспалительных элементов в виде папул, пустул, узлов. В настоящее время это одно из самых распространенных заболеваний [1]. Несмотря на то что наиболее часто акне встречается у лиц 14—18 лет, заболевание может возникнуть в любом возрасте [2]. Однако в различных возрастных группах предикторами возникновения акне могут стать разные факторы. Поэтому современные классификации акне включает такие клинические разновидности, как акне юношеские, акне новорожденных, акне детского возраста, акне взрослых, инверсные акне (интер-

© Коллектив авторов, 2018

*e-mail: kruglova92@gmail.cjm

тригинозные акне, абсцедирующий и подрывающий перифолликулит и фолликулит волосистой части головы), молниеносные акне, экскориированные акне, экзогенные акне, медикаментозные акне.

Несмотря на разнообразие клинических форм акне активная фаза процесса в большинстве случаев характеризуется целым рядом общих проявлений. Преклиническими стигмами являются себорея и микрокомедоны [3]. В последующем быстро формируются открытые и закрытые комедоны, а также воспалительные элементы. Общепризнано, что в основе патогенеза акне лежат четыре фактора: гипертрофия сальных желез, фолликулярный гиперкератоз, гиперколонизация *Propionibacterium acnes* и воспаление [1, 2]. Как правило, фоном для развития акне служит себорея, связанная с гиперпродукцией и изменением состава кожного сала. Триггерным фактором в возникновении акне чаще становится повышенная чувствительность рецепторов клеток сальных желез к производным тестостерона, так называемая относительная гиперандрогения, реже встречается гиперандрогения в виде абсолютного увеличения количества андрогенов яичникового или надпочечникового происхождения [3]. Конвертация андрогенов в активные производные происходит в себоцитах под действием 5α-редуктазы и 17β-дегид роксистероиддегидрогеназы, и приводит к гиперпролиферации себоцитов и гиперсекреции/гиперплазии сальных желез (продукция кожного сала увеличивается в 1,3—1,9 раза). В увеличенном объеме кожного сала отмечается снижение концентрации незаменимой α-линоленовой кислоты, которая отвечает за дифференцировку кератиноцитов протока сально-волосяного фолликула и увеличение экспрессии фермента трансглутаминазы. Это способствует нарушению пролиферации и десквамации эпителия и вызывает фолликулярный гиперкератоз с обтурацией протока сально-волосяного фолликула. Повышенная секреция липидов на фоне нарушенного оттока создает благоприятные условия для гиперколонизация *P. acnes*, которые продуцируют хемоаттрактивные вещества, стимулирующие направленную миграцию лимфоцитов и локальную гиперпродукцию провоспалительных цитокинов (преимущественно интерлейкинов-1α, 1β и 8; фактора некроза опухоли α). В дальнейшем в результате микроперфорации фолликулярного барьера формируется воспалительный инфильтрат [4]. На выбор метода лечения акне влияют два основных момента: степень тяжести патологического процесса, в том числе локализация высыпаний, и данные анамнеза с учетом психосоциальной составляющей [5].

Акне относят к особой группе кожных заболеваний, именуемых психосоматическими дерматозами, при которых психические (эмоциональные) нарушения связаны с проблемой косметического дефекта, а локализация процесса на открытых участках кожи вызывает определенную стигматизацию, снижает самооценку, отрицательно влияя на социальную и личную жизнь больных.

Пациенты с акне находятся в состоянии хронического психического стресса и имеют соответствующие психологические проблемы, обусловливающие их социальную дезадаптацию. Для них характерны неуверенность в себе, чувство беспокойства и раздражительности, ощущение собственной неполноценности. Особенно выражено влияние стресса при развитии акне на лице. Постоянно поддерживая психотравмирующую ситуацию, они вызывают целый ряд проблем, которые способствуют ухудшению межличностных отношений и снижению качества жизни (КЖ).

Степень негативного влияния заболевания и обусловленного им стресса на психическое состояние пациентов и социальные составляющие их жизни зачастую не коррелирует со степенью тяжести соматической патологии. Иногда даже единичные элементы вызывают дисморфофобию и расстройства депрессивного и тревожного спектра. В некоторых случаях акне могут быть причиной более тяжелых психических расстройств и даже суицидальных попыток, которые регистрируются чаще в подростковом возрасте [6]. Все это объясняет особое внимание специалистов к таким аспектам терапии больных акне, как КЖ и комплаентность пациентов, улучшение первого является целью терапии, а комплаентность в значительной степени обусловливает эффективность самого лечения [7].

Понятие «качество жизни» является мультиаспектным и выражает степень влияния течения заболевания и эффективности проводимого лечения на благополучие пациента [8]. В медицинской практике давно признано негативное влияние кожной патологии на КЖ, а также высокую коморбидность дерматозов и психических расстройств. Изменение параметров КЖ позволяет установить степень тяжести заболевания и эффективность лечения, подобрать индивидуальную терапию, оценить действенность новых методов лечения [8]. На современном этапе ни одно клиническое исследование не обходится без анализа КЖ, поскольку улучшение этого показателя по сути является конечной целью терапевтических мероприятий таких хронических дерматозов, как акне. Повседневная жизнь пациентов, их самочувствие на фоне терапии служат важнейшими критериями эффективности проводимого лечения.

Цель настоящего исследования — сравнительное изучение КЖ и выраженности психических расстройств у пациентов с акне и постакне.

Материал и методы

Выборка больных была сформирована в период с февраля 2015 г. по февраль 2017 г. Под наблюдением находились 147 пациентов в возрасте от 14 до 48 лет, среди них 84 (57%) женщины и 63 (43%) мужчины.

Пациенты были разделены на четыре группы: 1-ю группу составили 37 больных с юношеским акне с клинической картиной папулопустулезных акне (возраст пациентов от 14 до 20 лет); во 2-й группе был 41 пациент с постакне (возраст пациентов от 14 до 20 лет); в 3-й — 31 взрослый с клинической картиной папулопустулезных акне (возраст пациентов от 21 года до 48 лет); в 4-ю вошли 38 взрослых больных с постакне (возраст от 21 года до 48 лет).

Все пациенты с папулопустулезными акне получали терапию в соответствие с клиническими рекомендациями (РОДВК, 2015): изотретиноин в дозе 0,5 мг/кг/сут с последующим снижением дозы, длительность курса составила 8—12 мес. Кроме того, пациенты 1-й и 3-й групп получали фотодинамическую терапию через 6 мес после начала терапии системным ретиноидом (в момент проведения фотодинамической терапии доза изотретиноина составляла 0,2—0,3 мг/кг), курс включал 3 процедуры с кратностью 1 раз в месяц. Пациенты с симптомокомплексом постакне (2-я и 4-я группы) получали лазерную терапию (фракционный фототермолиз, 3 процедуры с кратностью 1 раз в 4 нед) и препарат гиалуронидазы наружно — 4 мес.

Клинический эффект после проведенной терапии оценивали врач и пациент. Оценка проводилась с помощью международной шкалы GAIS (Global Aesthetic Scale), применяющейся для объективной оценки результатов эстетических процедур **(табл. 1)**. Данная оценка результатов проводилась через 2, 6 и 12 мес терапии. Графа «оценка врачом» заполнялась непосредственно врачом-исследователем в баллах от 3 до –1. В данной графе оценивался косметический результат лечения для каждого пациента. Графа «оценка пациентом» заполнялась испытуемыми самостоятельно и оценивалась в баллах от 3 до –1, где оценивался косметический эффект терапии с учетом субъективных ощущений. Показатель до терапии принимался за 0 баллов.

В работе также исследовались следующие показатели, отражающие основные аспекты КЖ и влияние заболевания на повседневную жизнь пациентов: индекс CADI, индекс APSEA и индекс DLQI [8—10]. Все показатели после терапии (2, 6, 12 мес) сравнивались с показателем до лечения.

Индекс CADI (Cardiff Acne Disability Index, Кардиффский индекс социальной дезадаптации) состоит из 5 вопросов с 4 вариантами ответов к каждому от 0 до 3 баллов. Максимальное значение индекса — 15 баллов, минимальное — 0. Чем выше значение индекса, тем сильнее отрицательное влияние заболевания на КЖ пациента [9].

Индекс APSEA (Assessment of the Psychological and Social Effects of Acne) используется для оценки психологической и социальной составляющих влияния акне на функционирование пациентов в повседневной жизни. Индекс содержит 15 вопросов. Первые 6 вопросов имеют по 4 варианта ответов, которые оцениваются в 0, 3, 6 или 9 баллов. Оставшиеся 9 вопросов оцениваются по визуальной аналоговой шкале от 0 до 10 баллов. Максимальное значение индекса — 144 балла, минимальное — 0. Чем выше значение индекса, тем сильнее болезнь нарушает КЖ пациента [10].

Кроме специальных индексов APSEA и CADI, использовался общепринятый дерматологический индекс КЖ DLQI (Dermatology Life Quality Index, 1994), основанный на самостоятельной оценке пациентом своего состояния. Индекс включает 10 вопросов, характеризующих различные аспекты жизни: профессиональные, бытовые, сексуальные, социальные. Ответы на вопросы оценивались по 3-балльной шкале, где 3 балла — очень сильно (очень часто), 2 балла — сильно (часто), 1 балл — несильно, 0 — нет или затрудняюсь ответить. При ответе «да» на дискретные вопросы (n=7) выставлялась оценка 3 балла, при ответе «нет» — 0 [8].

Оценка психологического влияния акне с помощью таких инструментов, как индексы CADI, APSEA, DLQI, так же важна, как и оценка клинических аспектов. Результаты клинических исследований свидетельствуют, что одновременное использование разных индексов имеет дополнительные преимущества. Оценка КЖ помогает обнаружить у пациентов с акне признаки депрессии, а также усилить приверженность к лечению, что является важнейшим фактором успеха.

Оценка эмоционального статуса больных проводилась клинико-психопатологическим методом, а также при помощи шкалы Гамильтона для оценки степени выраженности депрессии (Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) и тревоги (Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A). Выраженность депрессии определялась по сумме баллов: 0—7 — норма; 8—13 — легкое депрессивное расстройство; 14—18 — депрессивное расстройство средней степени тяжести; 19—22 — депрессивное расстройство тяжелой степени; более 23 — депрессивное расстройство крайне тяжелой степени. Выраженность тревожных расстройств определялась по следующей градации признаков: 0 — отсутствуют, 1 балл — невыраженные (легкая интенсивность), 2 балла — средние (умеренная интенсивность), 3 балла — выраженные, 4 балла — максимальные (инвалидизирующая интенсивность). Интенсивность тревоги оценивалась по сумме баллов: 0—7 баллов — отсутствие тревожности, 8—17 баллов — легкая тревожность, 18—29 баллов — умеренная, 30—56 баллов — тяжелая.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программного обеспечения SPSS 17.0 for Windows. Критический уровень достоверности принимался равным 0,05. Проверка количественных данных выполнялась по критерию Шапиро—Уилка; кроме того, для количественных признаков использовались описательная статистика медиана и межквартильный размах — Me (Q1; Q3). Отметим, что все полученные в настоящем исследовании и приведенные ниже результаты были достоверны (p<0,05).

Результаты и обсуждение

В результате терапии у пациентов моложе 20 лет (1-я группа) отмечалась выраженная положительная динамика. При этом следует отметить, что оценка эффективности терапии пациентом совпадала с оценкой врача. В результате курса терапии у лиц моложе 20 лет при лечении постакне (2-я группа) в большинстве случаев отмечалась положительная динамика, однако в более поздние сроки по сравнению с 1-й группой (12 мес) и выраженная в меньшей степени. При этом оценка эффективности терапии пациентом, как и при акне, совпадала с оценкой врача. У пациентов старше 20 лет при лечении акне (3-я группа) отмечалась выраженная положительная динамика, а оценка

Таблица 1. **Шкала GAIS**

Баллы	Оценка врачом	Оценка пациентом
3	Оптимальный косметический результат для данного пациента	Полностью удовлетворен результатом
2	Значительное улучшение, но не полная коррекция	Удовлетворен результатом, но хотелось бы немного улучшить
1	Улучшение, но необходима дополнительная коррекция	Улучшение незначительное, желательна дополнительная коррекция
0	Нет изменений, состояние кожи такое, как до процедуры	Без изменений
–1	Ухудшение по сравнению с исходным состоянием	Состояние хуже, чем до проведения процедуры

Таблица 2. **Оценки (в баллах) по шкале GAIS врача и пациента в группах при разной продолжительности лечения**

Исследуемая группа/ оценивающий	2 мес	6 мес	12 мес
1-я			
врач	1,2 [1,0; 1,6]*	2,3 [2,1; 2,5]*	2,8 [2,7; 3,0]*
пациент	1,1 [0,7; 1,3]*	2,1 [2,0; 2,3]*	2,7 [2,5; 3,0]*
2-я			
врач	0,9 [0,7; 1,2]*	1,5 [1,3; 2,0]*	2,4 [2,2; 3,0]*
пациент	0,6 [0,4; 1,0]*	1,4 [1,2; 1,7]*	2,2 [2,0; 2,5]*
3-я			
врач	1,4 [1,0; 1,9]*	2,2 [2,0; 2,5]*	2,9 [2,7; 3,0]*
пациент	0,8 [0,5; 1,1]*	1,7 [1,3; 1,9]*	2,2 [1,8; 2,5]*
4-я			
врач	1,0 [0,7; 1,2]*	1,9 [1,6; 2,2]*	2,5 [2,2; 3,0]*
пациент	0,5 [0,3; 0,8]*	1,2 [1,0; 1,5]*	1,8 [1,5; 2,1]*

Примечание. Здесь и в табл. 3, 4: * — $p<0,05$ при сравнении с показателями до лечения.

эффективности терапии на протяжении всего периода наблюдений пациентом была значительно ниже оценки врача. Таким образом, в более старшей возрастной группе, несмотря на достигнутый выраженный клинический эффект (оценка врачом), пациенты считали, что эффективность терапии недостаточна и придерживались мнения о смене тактики ее ведения. У пациентов старше 20 лет при лечении постакне (4-я группа) в большинстве случаев отмечалась положительная динамика, однако в более поздние сроки по сравнению с пациентами с акне (12 мес терапии) и выраженная в меньшей степени. При этом оценка эффективности терапии пациентом не совпадала с оценкой врача. Таким образом, в старшей возрастной группе пациенты были в меньшей степени удовлетворены результатами терапии **(табл. 2)**.

При сравнении индексов психоэмоционального состояния и КЖ было выявлено, что при среднетяжелом течении акне у пациентов старше 20 лет были характерны более выраженные изменения: сниженный фон настроения, чувство собственной неполноценности и пессимистическое отношение к будущему. Пациенты отмечали ощущение внутреннего напряжения, эмоциональную неустойчивость и повышенный уровень тревоги. У ряда пациентов, преимущественно женщин, были выявлены расстройства сна и аппетита, сексуальные дисфункции, навязчивые ипохондрические и социальные страхи. При опросе пациенты чаще всего отмечали чувство стыда из-за «обезображивающих» высыпаний на коже.

Снижение КЖ у пациентов с постакне было обусловлено преимущественно неуверенностью в себе и раздражительностью. Сверхценное отношение к своему здоровью, отмечаемое преимущественно у пациентов старшей возрастной группы, неудачный опыт предшествовавшего лечения в ряде случаев приводил к недоверию пациентов в отношении проводимой терапии и последующего положительного результата. При этом большинство пациентов 4-й группы высказывали мысли ипохондрического содержания, требовали повышенного внимания медицинского персонала, выражали сомнения в отношении эффективности проводимой терапии, считали диагностику недостаточной. Они были склонны преувеличивать значение ответов на некоторые вопросы при тестировании по сравнению с пациентами в других группах.

До лечения средние значения индекса DLQI в 1-й группе составили 8,6 [7,8; 9,0] балла, индекса CADI — 6,9 [6,5; 7,4] балла, индекса APSEA — 43,2 [39,8; 46,7] балла, что отражает низкую степень влияния акне на психологическую и социальную составляющие КЖ пациентов. Динамика индексов CADI, APSEA и DLQI у пациентов 1-й группы была достоверной уже через 2 мес, а в дальнейшем отмечалось стабильное улучшение показателей и к концу периода наблюдений у большинства пациентов отсутствовали психоэмоциональные нарушения и признаки дезадаптации **(табл. 3)**.

Во 2-й группе у пациентов с постакне до лечения средние значения индекса DLQI были выше, чем при акне, и составили 12,9 [12,7; 13,1] балла, индекса CADI — 10,2 [9,8; 11,0] балла, индекса APSEA — 63,7 [62,9; 64,6] балла, что отражает среднюю степень влияния на психологическую и социальную составляющие КЖ пациентов. Динамика индексов CADI, APSEA и DLQI у пациентов 2-й группы была достоверной в более поздние сроки (6, 12 мес), чем при акне **(см. табл. 3)**.

В 3-й группе у пациентов с акне более старшего возраста до лечения средние значения DLQI были выше, чем у пациентов более молодого возраста, и составили 11,3 [10,8; 11,6] балла, индекса CADI — 8,1 [7,8; 8,5] балла, индекса APSEA — 54,7 [52,8; 60,6] балла, что отражает среднюю степень влияния акне на психологическую и социальную составляющие КЖ пациентов. Динамика индексов CADI, APSEA и DLQI у пациентов 3-й группы была достоверной в сроки 6 мес, в дальнейшем отмечалось нарастание эффекта **(см. табл. 3)**.

В 4-й группе у пациентов с постакне значения индекса DLQI были выше, чем у пациентов с акне этой же возрастной группы, и составили 14,6 [13,8; 15,1] балла, индекса CADI — 11,1 [10,8; 11,5] балла, индекса APSEA — 69,9 [64,7; 73,5] балла, что отражает среднюю степень влияния заболевания на психологическую и социальную составляющие КЖ пациентов. Динамика индексов CADI, APSEA и DLQI у пациентов 4-й группы была достоверной лишь к концу периода наблюдений (12 мес), однако показатели еще соответствовали низкой степени влияния симптомов постакне на психологическую и социальную составляющие КЖ пациентов **(см. табл. 3)**.

Таким образом, при исследовании нарушений КЖ у пациентов со среднетяжелыми акне в зависимости от воз-

Таблица 3. **Значения индексов CADI, APSEA и DLQI (в баллах) в исследуемых группах больных при разной продолжительности лечения**

Исследуемая группа/индекс	До лечения	2 мес	6 мес	12 мес
1-я				
DLQI	8,6 [7,8; 9,0]	6,7 [6,4; 7,1]*	6,4 [5,6; 7,0]*	2,2 [1,3; 3,1]*
CADI	6,9 [6,5; 7,4]	5,9 [5,5; 6,2]*	4,9 [4,1; 5,5]*	2,7 [1,9; 3,4]*
APSEA	43,2 [39,8; 46,7]	37,5 [35,1; 39,0]*	25,6 [23,7; 27,5]*	24,8 [22,3; 27,1]*
2-я				
DLQI	12,9 [12,7; 13,1]	11,8 [11,1; 12,6]	9,6 [8,9; 10,4]*	5,7 [5,0; 6,2]*
CADI	10,2 [9,8; 11,0]	10,3 [9,7; 10,9]	8,8 [8,1; 9,4]*	5,4 [4,7; 6,1]*
APSEA	63,7 [62,9; 64,6]	61,7 [58,9; 64,5]	55,4 [53,9; 56,9]*	46,3 [44,5; 48,1]*
3-я				
DLQI	11,3 [10,8; 11,6]	9,6 [9,2; 10,1]*	8,2 [7,7; 8,8]*	2,4 [1,9; 2,8]*
CADI	8,1 [7,8; 8,5]	7,7 [7,1; 8,2]	5,4 [4,9; 5,7]*	3,9 [3,1; 4,7]*
APSEA	54,7 [52,8; 60,6]	51,8 [48,6; 54,9]	32,6 [30,5; 34,9]*	21,7 [19,6; 23,6]*
4-я				
DLQI	14,6 [13,8; 15,1]	13,9 [13,3; 14,8]	12,5 [11,9; 13,0]*	6,7 [5,9; 7,6]*
CADI	11,1 [10,5; 11,5]	10,8 [10,5; 11,3]	9,7 [9,1; 10,5]	7,2 [5,9; 8,2]*
APSEA	69,9 [64,7; 73,5]	66,7 [64,5; 69,2]	55,3 [52,8; 57,9]*	42,6 [40,5; 44,7]*

раста выявлена прямая корреляция между возрастом и увеличением средних значений индексов DLQI и APSEA (r_s=0,641; p<0,01). Установлено, что пациенты старше 20 лет испытывают более сильные переживания по поводу косметических дефектов, чем пациенты моложе 20 лет. Необходимо отметить, что изменения КЖ у пациентов с постакне были более выражены вне зависимости от возраста по сравнению с пациентами с акне.

При анализе психического статуса больных было установлено, что наиболее выраженные депрессивные и тревожные расстройства отмечались в 3-й и 4-й группах. Тревожная и депрессивная симптоматика в соответствии с оценкой по шкалам HAM-D и HAM-A в этих группах достигала уровня депрессивных расстройств средней степени тяжести и умеренно выраженных анксиозных симптомов. При клинико-психопатологическом анализе структуры психических нарушений они были квалифицированы в рамках нозогенных тревожно-фобических реакций, возникающих в связи с манифестацией дерматоза. В структуре нозогений в части случаев в качестве коморбидной психопатологической симптоматики регистрировались дисморфофобические расстройства: дисморфофобия с экстернально ориентированными психопатологическими расстройствами и интернальным перфекционизмом. Такое разделение сопоставимо с выделяемым в зарубежной психоаналитической литературе «интернальным и экстернальным оценочным компонентом стыда», когда среди дерматологических пациентов с дисморфофобией отдельные больные ориентируется на оценку окружающих, другие — исключительно на субъективное представление о собственной внешности [11]. Аналогичное разделение применялось и отечественными исследователями.

В 1-й и 2-й группах пациентов с юношеской формой акне и постакне в 8 (22%) и 10 (24%) случаях соответственно диагностировалась клиническая картина дисморфофобии с интернальным перфекционизмом (сверхценная ипохондрия). Клиническая картина сверхценной ипохондрии характеризовалась у пациентов субъективным недовольством внешностью — «тяга к перфекционистскому идеалу» [12] и активным стремлением к достижению соответствия своей внешности идеальному субъективному представлению о том, какой она должна быть, формируется «культ совершенства в погоне за недостижимым идеалом». В сознании пациентов доминируют идеи несовершенства, они стенично, с выраженным аффективным зарядом, всеми доступными способами пытаются устранить выявленные «недостатки». Озабоченность внешним видом распространяется не столько на окружающих, сколько на себя самого. В первых двух группах больных средние оценки по шкалам HAM-D и HAM-A соответствуют легко выраженным депрессивным и тревожным расстройствам **(табл. 4)**.

При анализе психопатологических особенностей в 3-й группе при среднетяжелом течении акне у пациентов старше 20 лет в 18 (44%) случаях была выявлена дисморфофобия с явлениями социальной тревоги, содержание которой составляют опасения показаться перед окружающими в невыгодном свете, продемонстрировать «дефекты» внешности. Социофобия ограничена конкретными ситуациями, связанными с представлениями на людях (профессиональные и учебные контакты, публичные выступления, неформальное общение). Фобическое избегание не имеет тенденции к расширению и ограничивается определенным набором ситуаций, при которых тревожные опасения максимально выражены. Сенситивные идеи отношения в этой группе больных фрагментарны и транзиторны, сводятся к эпизодически возникающей в кругу знакомых лиц настороженности в плане возможных насмешек. При этом характерна соответствующая интерпретация поведения окружающих — обращение или вопросы сослуживцев, знакомых расцениваются как проявление участия к себе, «жалость», «сочувствие», попытка помочь. Пациентам с дисморфофобией с явлениями социальной тревоги свойственны обсессивно-компульсивные расстройства: навязчивости повторного контроля в виде неоднократного возвращения к анализу своего отражения в зеркале; настойчивые обращения к родственникам за уверениями в том, что они выглядят «нормально»; сопоставление своей внешности с внешностью других людей; отмечаются защитные ритуалы, нацеленные на маскировку изъянов кожи (пациенты часами накладывают косметику, делают маски, причесы-

Таблица 4. **Оценки (в баллах) по шкалам HAM-D и HAM-A в исследуемых группах пациентов при разной продолжительности лечения**

Исследуемая группа/шкала	До лечения	2 мес	6 мес	12 мес
1-я группа				
HAM-D	9,1 [8,8; 9,6]	8,6 [8,2; 9,0]	7,8 [7,2; 8,3]*	7,0 [6,2; 7,7]*
HAM-A	13,6 [13,1; 14,2]	13,7 [13,0; 14,3]	13,4 [12,5; 14,2]	10,9 [9,9; 11,5]*
2-я группа				
HAM-D	13,1 [12,4; 13,9]	13,0 [12,2; 13,7]	12,8 [12,4; 13,3]	9,2 [8,6; 9,8]*
HAM-A	15,6 [14,9; 16,4]	15,5 [14,9; 16,1]	14,7 [13,9; 15,4]	10,9 [9,5; 12,2]*
3-я группа				
HAM-D	14,2 [13,7; 14,8]	13,7 [13,0; 14,3]	13,8 [13,1; 14,4]	9,2 [8,9; 9,4]*
HAM-A	17,8 [16,9; 18,6]	17,1 [16,8; 17,5]	14,9 [14,4; 15,3]	12,9 [12,3; 13,5]*
4-я группа				
HAM-D	16,2 [15,5; 16,8]	15,4 [15,0; 15,9]	14,7 [14,1; 15,3]	12,2 [11,6; 12,7]*
HAM-A	18,1 [17,4; 18,8]	18,1 [17,6; 18,6]	17,9 [17,2; 18,5]	13,2 [12,9; 13,6]*

вают, укладывают, моют или стригут волосы, посещают солярий). Сходные описания ритуальных действий у дерматологических больных с дисморфофобией приводятся в литературе [13, 14]. У отдельных наблюдавшихся нами больных отмечались компульсивные действия с нанесением неглубоких экскориаций. Клиническая картина повреждений кожи в этих случаях была представлена типичными аутодеструкциями в доступных для расчесывания областях.

Дисморфофобия с явлениями социальной тревоги диагностируется в рубрике «Ипохондрическое расстройство» (F.45.2) в 18 (44%) наблюдениях. Социальная тревога, перекрывающаяся с изолированными сенситивными идеями, как и навязчивые действия, находится во временно́й связи с обострениями дерматологического заболевания и редуцируется по мере стабилизации состояния кожи. При оценке аффективного и тревожного фона в 3-й группе были получены более высокие оценки по шкалам HAM-D и HAM-A в отличие от группы пациентов с акне и постакне более молодого возраста **(см. табл. 4)**.

В 4-й группе пациентов с постакне при клинико-психопатологической оценке статуса в 18 (47%) случаях были выявлены аффективные расстройства в рамках умеренно выраженных нозогенных депрессий. Депрессивная симптоматика выступала в коморбидности с ипохондрией красоты: пациенты предпринимали попытки коррекции своей внешности, активно обращаясь к дерматологам/косметологам, преимущественно за проведением инвазивных косметологических процедур, постепенно перестраивали свою жизнь, устанавливая особый режим по уходу за кожей, следили за появлением новых методов лечения, читали специальную медицинскую литературу. Для исключения предполагаемых причин дефектов кожи (нарушения соматической сферы) пациенты предпринимали попытки многочисленных обследований, придерживались строгих диет. В 8 (18%) случаях такое поведение влекло за собой компульсивное поведение с нанесением экскориаций.

В соответствии с динамикой шкал HAM-D и HAM-A во всех 4 группах к концу лечения отмечена значительная редукция тревожных и депрессивных расстройств **(см. табл. 4)**. При сопоставлении с показателями нарушений КЖ выявляются аналогичные тенденции: у пациентов старше 20 лет отмечаются более выраженные тревожно-фобические расстройства в отличие от лиц более молодого возраста.

Полученные в настоящем исследовании результаты позволяют сделать следующие выводы: вне зависимости от возраста симптомы постакне в большей степени снижают КЖ пациентов, порой вызывая более выраженные изменения психического состояния (тревожные и депрессивные расстройства), чем сам дерматоз (воспалительные элементы). Акне поддаются коррекции лучше, чем симптомокомплекс постакне. Достоверные изменения индексов CADI, APSEA и DLQI у пациентов с постакне наблюдалась в более поздние сроки, чем при акне. Исходно более высокие значения исследуемых индексов и неудовлетворенность результатами терапии отмечались у пациентов более старшего возраста.

Тревожная и депрессивная симптоматика в соответствии с оценкой по шкалам HAM-D и HAM-A у пациентов старше 20 лет достигала уровня депрессивных расстройств средней степени тяжести и умеренно выраженных анксиозных симптомов. При клинико-психопатологическом анализе структуры психических нарушений они были квалифицированы в рамках нозогенных тревожно-фобических реакций, возникающих в связи с манифестацией дерматоза.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Круглова Л.С., Талыбова А.М., Глузмина М.М. Акне и сиптомокомплекс постакне: клиническая картина и методы терапии. *Кремлевская медицина. Клинический вестник*. 2018;1:21-26. [Kruglova LS, Talybova AM, Glusmina M.M. Acne and siptomokompleks postakne: a clinical picture and methods of therapy. *Kremlin Medicine. Clinical Herald*. 2018;1:21-26. (In Russ.)].
2. Thiboutot D, Gollnick HP, Bettoli V. New insights into the management of acne: An update from the Global Alliacne to improve outcomes in acne group. *JAAD*. 2009;60(5):(suppl 1):1-50. https://doi.org/10.1016/j.jaad.2009.01.019
3. Webster GF. Acne vulgaris. *Br J Dermatol*. 2002;325:475-479. https://doi.org/10.1136/bmj.325.7362.475

4. Guy R, Green MR, Kealey T. Modeling acne in vitro. *J Invest Dermatol*. 1996;106(1):176-282. https://doi.org/10.1111/1523-1747.ep12329907
5. Жукова О.В. Круглова Л.С. Акне: современные тенденции ведения пациентов. *Клиническая дерматология и венерология*. 2016;5:36-43. [Zhukova OV, Kruglova LS. Acne: modern trends in patient management. *Clinical Dermatology and Venereology*. 2016;5:36-43. (In Russ.)].
6. Walker N, Lewis-Jones MS. Quality of life and acne in Scottish adolescent schoolchildren: use of the Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI) and the Cardiff Acne Disability Index (CADI). *J Eur Acad Dermatol and Venereol*. 2006;20:1:45-50. https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2005.01344.x
7. Утц С.Р., Мориссон А.В., Давыдова А.В. Оценка психосоматических изменений и изучение состояния вегетативной нервной системы у больных розацеа. *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2012;8:2:664-667. [Utts SR, Morisson AV, Davydova AV. Otsenka psikhosomaticheskikh izmenenii i izuchenie sostoyaniya vegetativnoi nervnoi sistemy u bol'nykh rozatsea. *Saratovskii Nauchno-Meditsinskii Zhurnal*. 2012;8(2):664-667. (In Russ.)].
8. Кочергин Н.Г., Смирнова Л.М. Дерматологическое качество жизни как психосоматиче-ский симптом дерматоза. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2006;4:11-15. [Kochergin NG, Smirnov LM. Dermatological quality of life as psychosomatic symptom of a dermatosis. *Rossiiskii Zhurnal Kozhnykh i Venericheskikh Boleznei*. 2006;4:11-15. (In Russ.)].
9. Голоусенко И.Ю., Ольховская К.Б., Ляпон А.О. Качество жизни и психологический статус женщин с акне. *Лечебное дело*. 2012;4:15-19. [Golousenko IYu, Olkhovskaya KB, Lyapon AO. Quality of life and the psychological status of women with an acne. *Lechebnoe Delo*. 2012;4:15-19. (In Russ.)].
10. Янец О.Е., Немчанинова О.Б. Оптимизация комплексной терапии угревой болезни и оценка Кардиффского индекса акне инвалидизации (CADI). *Редакционная коллегия. Главный редактор*. 1992;27:3:120-122. [Yanets OE, Nemchaninova OB. Optimization of complex therapy of an acne disease and assessment of the Cardiff index of an acne of an invalidization (CADI). *Redaktsionnaya Kollegiya. Glavnyi Redaktor*. 1992;27:3:120-122. (In Russ.)].
11. Gilbert P, Bailey KG. Genes on the Couch. Explorations in evolutionary psychotherapy. *Hove*. 2000;367.
12. Abraham K. *Selected papers of Karl Abraham*. London: The Hogarth Press. 1973;12:458-467.
13. Veale D, Neziroglu F. *Body dysmorphic disorder: a treatment manual*. U.K. 2010;476.
14. Дороженок И.Ю., Матюшенко Е.Н., Олисова О.Ю. Дисморфофобия у дерматологических больных с фациальной локализацией процесса. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2014;1:42-47. [Dorozhenok IYu, Matyushenko EN, Olisova OYu. Dysmorphophobia at dermatological patients with facial localization of process. *Rossiiskii Zhurnal Kozhnykh i Venericheskikh Boleznei*. 2014;1:42-47.(In Russ.)].