

УДК 616.895:616.5

## РОЛЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СИНДРОМА В ДЕРМАТОЛОГИИ

А.С. Ким, К.А. Сараева

Показана роль аффективных компонентов, способствующих хронизации и резистентности кожных расстройств. Отмечено, что сочетание тревожно-депрессивных расстройств с кожной патологией часто усугубляет течение и прогноз заболевания.

*Ключевые слова:* тревожно-депрессивные расстройства; кожные расстройства; маскированная депрессия.

---

## THE ROLE OF ANXIETY-DEPRESSIVE SYNDROME IN DERMATOLOGY

A.S. Kim, K.A. Saraeva

It is shown the role of the affective components of chronization and resistance of skin disorders. It is noted the combination of anxiety and depressive disorders with skin pathology often aggravates the course and prognosis of the disease.

*Key words:* anxiety and depressive disorders; skin disorders; masked depression.

**Актуальность.** В настоящее время сочетание кожных и депрессивных расстройств в плане интегрированного подхода к диагностике и лечению приобретает особое значение. Сочетание депрессии с кожной патологией так же, как и наличие депрессивных расстройств при ряде других соматических заболеваний, значительно утяжеляет течение и прогноз болезни [1]. Усложняет диагностику депрессии и тот факт, что большинство больных с дерматозами, страдающих депрессией, не воспринимают ее проявления (подавленное настроение, утрата прежних интересов со снижением активности) как психические расстройства и в основном предъявляют соматические жалобы [2]. Некоторые проявления хронических кожных заболеваний обнаруживают коморбидные связи с соматовегетативным и аффективным симптомокомплексами депрессии. Это происходит как на соматическом, так и на психопатологическом уровне [3]. Также имеют место соматизированные (маскированные) депрессии, в клинической картине которых на первый план выступают соматические симптомы, а не психопатологические, что затрудняет их диагностику. Несмотря на широкое признание, термин «маскированная депрессия» представляется довольно неопределенным, поскольку обозначение этих состояний, как «депрессия» не совсем адекватно [4].

Коморбидность с аффективными расстройствами сокращает длительность ремиссии у 40 % пациентов с кожными заболеваниями [5]. Систематизированных и классифицированных данных, касающихся взаимосвязи кожных патологических процессов и аффективных расстройств, в отечественной литературе немного [6]. Влияние на здоровье человека нервно-эмоциональных и психосоциальных факторов может привести и/или приводит к ослаблению и срыву адаптационных механизмов, нарушению иммунологической реактивности, повышению распространенности и изменению характера течения хронических неинфекционных заболеваний (кожных патологий).

Таким образом, необходимость оптимизации процессов диагностики и терапии аффективных расстройств при кожной патологии определяет актуальность рассматриваемой темы.

Цель исследования – изучить структуру аффективных компонентов при хронических и резистентных к проводимой терапии кожных расстройств с целью оптимизации процесса диагностики и терапии.

Задачи исследования:

1. Выделить факторы, способствующие хронизации и резистентности основного расстройства.
2. Изучить влияние аффективного компонента на устойчивость к проводимой терапии.

3. Идентифицировать преобладающий аффективный компонент в структуре кожной патологии.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 57 пациентов в возрасте  $44 \pm 7,5$  года на базе Национального дерматовенерологического диспансера г. Бишкек.

**Методы исследования.** Полуформализованное интервью, стандартизированная шкала для оценки депрессии Цунга, стандартизированная шкала для определения тревоги Спилбергера – Ханина.

**Результаты и обсуждение.** Все респонденты были репрезентативны по возрасту и уровню образования (таблицы 1–7).

Распределение по расстройствам следующее: 16 (28,1 %) пациентов с псориазом, 12 (21,1 %) пациентов с экземой, 20 (35,1 %) с атопическим дерматитом и 9 (15,8 %) с узловой эритемой.

В исследовании принимали участие 32 женщины (56,1 %), 25 мужчин (43,9 %).

В данной выборке у мужчин наиболее часто встречался атопический дерматит 10 чел. (40 %). У женщин – атопический дерматит 10 чел. (31 %) и псориаз 10 чел. (31 %).

При исследовании было установлено 23 пациента с продолжительностью расстройства свыше 5 лет (40 %), 26 – с продолжительностью рас-

стройства 1–3 года (46 %) и 8 пациентов со сроком 3–5 лет (14 %).

Выявлено, что у 42 (73,7 %) пациентов повышен уровень тревоги как реактивной, так и личностной.

Верифицировано: у 16 (28 %) пациентов выраженная депрессия, у 25 (44 %) пациентов депрессия умеренная.

Выявлено, что при продолжительности кожной патологии (более 5 лет и от 1–3 лет) возрастает уровень тревоги, а также повышается уровень депрессии (умеренной и выраженной).

Больше половины всех респондентов (40 %) имеют длительность расстройства свыше 5 лет.

Преобладающими аффективными компонентами оказались депрессия (умеренная  $P = 3,8 \pm 1,1$  и высокая  $P = 2,7 \pm 0,5$ ) и тревога ( $P = 7,3 \pm 0,2$ ) для пациентов с хроническим течением заболевания.

Наличие продолжительно повышенного уровня тревоги и депрессивного аффекта у лиц с кожной патологией, возможно, активизирует психофизиологические реакции, что приводит к хронизации расстройства. Преобладание тревожного ( $P = 7,3 \pm 0,2$ ) и/или депрессивного (умеренная  $P = 3,8 \pm 1,1$  и высокая  $P = 2,7 \pm 0,5$ ) компоненты влияют на продолжительность и частоту рецидивов.

Таблица 1 – Распределение пациентов по расстройству

Заболевание	Количество, n	%
Псориаз	16	28
Экзема	12	21
Атопический дерматит	20	35
Узловая эритема	9	16

Таблица 2 – Распределение пациентов по половой принадлежности

Пол	Количество, n	%
Мужчины	25	44
Женщины	32	56

Таблица 3 – Распределение по расстройству мужчин и женщин

Расстройство	Мужчины		Женщины	
	кол-во респондентов, n	%	кол-во респондентов, n	%
Псориаз	6	24	10	31
Экзема	5	20	7	22
Атопический дерматит	10	40	10	31
Узловая эритема	4	16	5	16

Таблица 4 – Распределение пациентов по продолжительности расстройства

Продолжительность	1–3 года	3–5 лет	Свыше 5 лет
Количество, n	26	8	23
%	46	14	40

Таблица 5 – Распределение пациентов по выраженности уровня тревоги Спилбергера – Ханина

Выраженность тревоги	Количество пациентов, n	%	$P < 0,05$
Низкая	4	7	$1,8 \pm 0,9$
Средняя	11	19,3	$5,7 \pm 0,3$
Высокая	42	73,7	$7,3 \pm 0,2$

Таблица 6 – Распределение пациентов по выраженности уровня депрессии Цунга

Выраженность депрессии	Количество пациентов, n	%	$P < 0,05$
Отсутствует	8	14	$1,6 \pm 0,4$
Минимальная легкая	8	14	$1,2 \pm 0,9$
Умеренная	25	44	$3,8 \pm 1,1$
Выраженная	16	28	$2,7 \pm 0,5$

Таблица 7 – Таблица сравнительных результатов

Показатели %		1–3 года		3–5 лет		Свыше 5 лет	
		P<0,05	%	P<0,05	%	P<0,05	%
Депрессия	Норма	19	1,3±0,4	12,5	1,6±0,4	9	1,5±0,2
	Минимальная	19	1,5±0,2	0	-	13	3,6±0,5
	Умеренная	43	3,5±0,2	37,5	2,5±0,3	48	2,6±1,2
	Выраженная	19	2,1±0,6	50	1,4±0,2	30	1,3±0,2
Тревога (выраженная)	СТ и ЛТ	7	3,1±0,4	0	-	9	1,7±0,5
	СТ	20	2,1±0,9	20	2,6±0,2	18	3,1±0,6
	ЛТ	73	1,4±0,7	80	4,6±1,1	73	1,6±0,2

Таким образом, тревожно-депрессивный синдром нарушает нейрогуморальные механизмы, обеспечивая хронизацию расстройств.

Продолжительность и частота рецидивов кожных расстройств зависит от преобладания тревожного ( $P = 7,3 \pm 0,2$ ) и/или депрессивного ( $P = 3,8 \pm 1,1$ ;  $P = 2,7 \pm 0,5$ ) компонента.

В рамках исследования кожных расстройств, преобладающим аффективным компонентом является депрессия (умеренная  $P = 3,8 \pm 1,1$  и высокая  $P = 2,7 \pm 0,5$ ) и тревога ( $P = 7,3 \pm 0,2$ ) для пациентов с хроническим течением заболевания.

Депрессивный аффект рассматривается нами, прежде всего, как личностная реакция на течение и продолжительность расстройства.

Тревожный аффект ( $P = 7,3 \pm 0,2$ ) является одним из патогенетических механизмов формирования маскированных (соматизированных) форм депрессии. Это связано с продолжительностью расстройства и увеличением уровня тревоги, что требует более целенаправленного изучения.

Регистрация высокого (29,8 %,  $P = 2,7 \pm 0,5$ ) и умеренного (40,4 %,  $P = 3,8 \pm 1,1$ ) уровней депрессии у пациентов обуславливает целесообразность применения тимоаналептических средств, как одного из способов терапевтического воздействия.

#### Литература

1. Коо J.Y., До J.H., Lee C.S. J Am Acad Dermatol 2000; 43 (5): 848–53.
2. Ишутина Н.П., Раева Т.В. Научный вестн. Тюменской медицинской академии. 1999; 2: 50–3.
3. Белоусова Т.А., Фрагина А.В., Дороженко И.Ю., Терентьева М.А. // Рос. журн. кожн. и венерич. бол. 2003. № 5. С. 45–8.
4. Бройтигам В., Кристиан П., фон Рад М. Психосоматическая медицина. М.: Гэотар Медицина, 1999. С. 376.
5. Gupta M.A., Gupta A.K. J Am Acad Dermatol 1996; 139 (5): 846–50.
6. Иванов О.Л., Львов А.Н., Остришко В.В. и др. // Рос. журн. кожн. и венерич. бол. 1999; 1: 28–38.