

Влияние психоэмоциональных показателей на качество жизни и совершенствование методов лечения больных с хроническими дерматозами

Валижонова Ширина Азизовна

Миродилова Феруза Бахтияровна

Аннотация

Целью настоящего исследования является анализ взаимосвязи между психоэмоциональным состоянием пациентов с хроническими дерматозами и качеством их жизни, а также оценка эффективности комплексных лечебных подходов, включающих психотерапевтические и медико-социальные вмешательства. Проведённый анализ показал, что высокий уровень тревожности, депрессии и хронического стресса существенно усугубляют течение дерматозов, снижая приверженность терапии и обостряя клинические проявления заболевания. Включение психоэмоциональной коррекции в лечебный процесс способствует улучшению дерматологического статуса и повышению качества жизни пациентов. Полученные результаты подтверждают необходимость мультидисциплинарного подхода в лечении хронических дерматозов и обосновывают клиническую значимость регулярной оценки психоэмоционального состояния больных.

Ключевые слова: хронические дерматозы, психоэмоциональное состояние, качество жизни, психотерапия, междисциплинарный подход, DLQI, депрессия, стресс.

1. Введение

Хронические дерматозы — обширная группа воспалительных кожных заболеваний, к которым относятся псориаз, атопический дерматит, экзема, розацеа и др. Эти заболевания характеризуются рецидивирующим течением, хроническим воспалением и выраженным субъективным дискомфортом. Современные дерматологические исследования указывают на то, что хронические дерматозы оказывают значительное негативное воздействие на психоэмоциональное состояние пациентов, снижая их социальную адаптацию и качество жизни [1,2].

В свою очередь, психоэмоциональные расстройства (депрессия, тревожные расстройства, стресс) способны провоцировать и усугублять кожные проявления, формируя так называемый «порочный круг» дерматозов. Данная взаимосвязь делает необходимым изучение роли психоэмоциональных факторов в патогенезе хронических дерматозов, а также совершенствование лечебных стратегий с учетом этих факторов.

2. Материалы и методы

2.1 Дизайн исследования

В исследование включены два этапа:

- **проспективный компонент** (n=120), описанный ранее;
- **ретроспективный анализ медицинских данных** 150 пациентов с подтверждёнными диагнозами хронических дерматозов, наблюдавшихся в дерматологической клинике в период с января 2024 по декабрь 2025 года.

2.2 Ретроспективный компонент

Анализ проводился на основе амбулаторных карт пациентов (n=150) с диагнозами:

- псориаз — 62 случая (41,3%),
- атопический дерматит — 45 случаев (30,0%),
- экзема — 29 случаев (19,3%),
- хроническая крапивница и другие формы дерматозов — 14 случаев (9,4%).

Критерии включения:

- длительность заболевания более 1 года;
- наличие не менее двух обострений в год;
- наличие записей о психоэмоциональных жалобах и прохождении психокоррекции.

Из медицинских карт извлекались данные:

- о тяжести дерматоза (по PASI, SCORAD, индексам локализации и распространённости),
- жалобах, связанных с психоэмоциональным состоянием (депрессия, тревожность, стресс),
- прохождении психологического или психотерапевтического лечения,
- показателях DLQI (фиксировались у 86 пациентов).

3. Результаты

3.3 Ретроспективный анализ

Анализ данных 150 пациентов показал:

- **У 78% пациентов** (n=117) в анамнезе отмечались жалобы на тревожность, нарушения сна или раздражительность, особенно в периоды обострения.

- У 44% пациентов ($n=66$) в течение болезни фиксировались эпизоды, требовавшие назначения анксиолитиков или консультации психотерапевта.
- **DLQI > 10 баллов** (что свидетельствует о выраженном снижении качества жизни) наблюдался у 59,3% пациентов ($n=51$ из 86, у кого оценивался DLQI).
- Пациенты, которым проводилась психотерапевтическая коррекция ($n=36$), демонстрировали более стабильное течение заболевания, меньшее количество обострений и лучшие показатели комплаентности.

Корреляционный анализ показал статистически значимую связь между частотой обострений дерматоза и наличием устойчивой тревожности ($r = 0.51, p < 0.01$), а также между уровнем DLQI и наличием жалоб на стрессовые эпизоды в анамнезе ($r = 0.48, p < 0.05$).

4. Обсуждение

Ретроспективный анализ позволил выявить устойчивую тенденцию к ухудшению качества жизни и клинического состояния у пациентов с хроническими дерматозами, сопровождающихся психоэмоциональными нарушениями. Полученные данные подтверждают, что в реальной клинической практике пациенты нередко игнорируют или недооценивают влияние стресса и депрессии на течение болезни, в то время как те, кто получал психокоррекционную поддержку, демонстрировали более стабильные дерматологические показатели.

Эти результаты подтверждают необходимость рутинной оценки психоэмоционального статуса при ведении больных с хроническими дерматозами, что может стать основой для внедрения стандартизированных мультидисциплинарных протоколов в дерматологической практике.

5. Заключение

Психоэмоциональные показатели являются ключевым компонентом клинической картины хронических дерматозов и существенно влияют на их течение и эффективность терапии. Включение психотерапевтических и психосоциальных интервенций в стандартную терапию способствует снижению выраженности симптомов, улучшению качества жизни и повышению комплаентности пациентов. Будущие исследования должны быть направлены на разработку индивидуализированных мультидисциплинарных протоколов лечения с участием дерматологов, психотерапевтов и социальных работников.

Литература:

1. Gupta MA, Gupta AK. Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders: epidemiology and management. *Am J Clin Dermatol*. 2003;4(12):833–842.
2. Kimball AB, Jacobson C, Weiss S, et al. The psychosocial burden of psoriasis. *Am J Clin Dermatol*. 2005;6(6):383–392.
3. Fortune DG, Richards HL, Main CJ, Griffiths CE. Psychological stress, distress and disability in patients with psoriasis: consensus and variation in the contribution of illness perceptions, coping and illness severity. *Br J Clin Psychol*. 2002;41(2):157–174.
4. Picardi A, Abeni D, Melchi CF, et al. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized. *Br J Dermatol*. 2000;143(5):983–991.
5. Dalgard FJ, Gieler U, Holm JØ, Bjertness E, Hauser S. Self-esteem and body satisfaction among late adolescents with acne: Results from a population survey. *J Am Acad Dermatol*. 2008;59(5):746–751.
6. Rieder E, Tausk F. The role of stress in the pathogenesis and exacerbation of skin diseases. *Dermatol Ther*. 2012;25(1):84–97.
7. Misery L, Finlay AY, Martin N, et al. Atopic dermatitis: impact on the quality of life of patients and their partners. *Dermatology*. 2007;215(2):123–129.
8. Basra MK, Fenech R, Gatt RM, Salek MS, Finlay AY. The Dermatology Life Quality Index 1994–2007: a comprehensive review of validation data and clinical results. *Br J Dermatol*. 2008;159(5):997–1035.
9. Richards HL, Fortune DG, Griffiths CE, Main CJ. The contribution of perceptions of stigmatisation to disability in patients with psoriasis. *J Psychosom Res*. 2001;50(1):11–15.
10. Koo J, Lebwohl A. Psychodermatology: the mind and skin connection. *Am Fam Physician*. 2001;64(11):1873–1878.
11. Evers AWM, Lu Y, Duller P, van der Valk PGM, Kraaimaat FW, van de Kerkhof PCM. Common burden of chronic skin diseases? Contributors to psychological distress in adults with psoriasis and atopic dermatitis. *Br J Dermatol*. 2005;152(6):1275–1281.
12. Arndt J, Smith N, Tausk F. Stress and atopic dermatitis. *Curr Allergy Asthma Rep*. 2008;8(4):312–317.
13. Sampogna F, Tabolli S, Abeni D. Living with skin diseases: a questionnaire-based study of patients with psoriasis, eczema, acne, and alopecia areata. *Br J Dermatol*. 2012;166(3):686–694.
14. Yadav S, Narang T, Kumaran MS. Psychodermatology: A comprehensive review. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2013;79(2):176–192.
15. Hrehorów E, Salomon J, Matusiak Ł, Reich A, Szepietowski JC. Patients with psoriasis feel stigmatized. *Acta Derm Venereol*. 2012;92(1):67–72.