

УДК 616.517:615.036

**СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ
БОЛЬНЫХ ЧЕШУЙЧАТЫМ ЛИШАЕМ****Ушаков Н.А., Харахорина Ю.Е., Силина Л.В., Есипова Е.А.***ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Курск,
e-mail: Uschakov.kolya2012@yandex.ru*

В работе исследовалась группа пациентов с инфильтрационной формой псориаза (100 человек). Выявлено преобладание лиц среднего возраста с длительным сроком заболевания. Отмечено влияние сопутствующей соматической патологии на общий статус пациента и дерматологический утяжеляет их. Рекомендована коррекция назначаемых лечебных мероприятий с учетом выявленных патологий и психоэмоциональных нарушений.

Ключевые слова: псориаз, чешуйчатый лишай, клиника, особенности**STATISTICAL ANALYSIS OF THE CLINICAL CHARACTERISTICS
OF PSORIASIS PATIENTS****Ushakov N.A., Harahorina Y.E., Silina L.V., Esipova E.A.***Kursk State Medical University, Kursk, e-mail: Ushchakov.Kolya2012@yandex.ru*

We have investigated a group of patients with infiltrative form of psoriasis (100 persons). Prevalence of middle-aged people with long term illness. The influence of concomitant somatic pathology on the patient's general status and dermatological symptoms heavier. Recommended correction prescribed therapeutic measures based on identified pathologies and psycho-emotional disorders.

Keywords: Statistical analysis, psoriasis

Псориаз, или чешуйчатый лишай – хроническое рецидивирующее заболевание системного характера, со склонностью к сезонности процесса, с поражением кожи и ее придатков, опорно-двигательного аппарата и внутренних органов. По данным многочисленных исследований, в мире им страдает от 2 до 7% населения, частота его встречаемости у пациентов дерматологических стационаров составляет около 15–20%, а в общей статистической структуре дерматологической патологии – 40%. На сегодняшний день в мире зарегистрировано 125 млн пациентов с этим заболеванием, из них на территории РФ – порядка 2,8 млн. Заболевание встречается с одинаковой частотой по гендерному признаку. В последнее время наблюдается значительное «омоложение» болезни, учащение появления тяжелых, инвалидизирующих форм, зависящих от применения кортикостероидных и цитостатических препаратов, индифферентных к терапии (6).

Следует отметить, что присутствие в жизни больных эстетических несоответствий кожного покрова вынуждает их прибегать к различного рода ограничениям – физической, социальной и половой активности, у таких пациентов отмечается собственное чувство неполноценности, заниженная самооценка (2, 10).

Установлен факт прямого и опосредованного влияния стрессорного воздействия различной степени выраженности на

дебют и обострения чешуйчатого лишая. Так же следует отметить триггерный эффект даже незначительных волнений, которые могут привести к внеочередному обострению патологического процесса. Между тем, сам патологический процесс потенцирует лабильность психоэмоциональной сферы, т.е. формируется типичный «порочный круг».

Несмотря на то, что псориаз далеко не всегда является угрозой жизни, болезнь чаще служит поводом и причиной для возникновения значительных психологических проблем: у больных возникает состояние тяжелого эмоционального стресса. Порой хронический стресс, который явно не улучшает состояние больных и не повышает качество их жизни, ограничивает их во многих сферах деятельности. Присутствие в жизни больных постоянной проблемы физического и психологического порядка в виде поражения кожи, занимающего большую поверхность тела, на открытых его участках и лице вызывает у пациентов чувство постоянного дискомфорта, неполноценности, снижает самооценку, ограничивает их физическую, социальную и половую активность. Снижение качества жизни у больных чешуйчатым лишаем сопоставимо с таковым при тяжелых соматических заболеваниях, как сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, онкологические заболевания, тяжелая патология почек и печени, хронические заболевания дыхательных путей (4, 8).

Негативное воздействие псориаза на качество жизни пациентов, как правило, связано со следующими причинами:

– выраженный зуд кожи, болезненность, чувство стягивания и жжения кожи, боли в суставах при различных клинических формах псориаза создают затруднения при выполнении стандартных бытовых и профессиональных навыков и обязанности, а также индуцируют раздражительность, способствуют стимуляции эмоциональной напряженности и лабильности;

– косметические дефекты, связанные с поражением больших поверхностей открытых участков кожи, постоянная эксфолиация кожи приводят к необходимости пациентов ограничивать свои профессиональные и дружеские контакты, изменять привычный образ жизни, приводя к самоизоляции

– физическая инвалидизация при тяжелых клинических формах, а также эмоциональный дисбаланс уже при средней степени тяжести болезни;

– лечение псориаза требует значительных материальных затрат, потере времени для лечения, часто в условиях больничного стационара (3).

Частое неназначение препаратов, корректирующих психоэмоциональное состояние в комплексной терапии чешуйчатого лишая замедляет процесс выздоровления за счет блокирования постоянных патологических влияний нейрогенной сферы на общий статус пациента. Известно, что реакция пациента на стрессовый фактор во многом зависит от его психо-эмоциональных особенностей, поэтому проводимая терапия, нивелирующая выявленные дисфункции психологической сферы положительно влияет на психо-эмоциональный статус, улучшает общее состояние и способствует быстрейшему выздоровлению пациента. Поэтому использование новых патогенетически обоснованных медикаментозных способов терапии чешуйчатого лишая вселяет совершенно определенную надежду во врачей дерматовенерологов на достижение положительных результатов лечения больных различными формами этого тяжелого дерматоза (5, 7).

Ранее нами весьма успешно были использованы в комплексной терапии псориаза препараты группы нейропептидов даларгин, дельтаран, семакс.

Цель работы: статистический анализ клинико-эпидемиологических и этиопатогенетических аспектов псориазической болезни.

Материалы и методы исследования

Дизайн исследования представлял обследование 100 больных инфильтративной формой псориаза,

за, в прогрессирующей стадии заболевания, носившего распространенный характер. В группе было 60 мужчин и 40 женщин в возрасте от 25 до 65 лет, с длительностью болезни от 5 до 25 лет. Все пациенты находились на стационарном лечении в Курском областном клиническом кожно-венерологическом диспансере в 2014 году. Перед началом исследования все пациенты заполняли письменное информированное согласие на участие и разглашение результатов диагностики и лечения при сохранении конфиденциальной информации о самом пациенте (с предшествующим разъяснением сути вопроса, важности и значения проводимого исследования при полной дееспособности пациента).

Критерии включения в исследование:

1. Возраст исследуемых от 25 до 65 лет
2. Длительность болезни от 5 до 25 лет
3. Наличие псориаза с распространенным характером в стадии обострения заболевания
4. Клинически здоровые люди без обострений соматических и психических заболеваний и вредных привычек

Критерии исключения из исследования:

1. Возраст больных моложе 25 и старше 65 лет
2. Давность заболевания не менее 5 лет
3. Беременные женщины
4. Тяжелые и осложненные формы псориаза (псориазическая эритродермия, артропатический псориаз, экссудативный псориаз)
5. Наличие в момент включения в исследования тяжелых острых заболеваний или обострение хронических или пациенты, злоупотребляющие алкоголем страдающие наркозависимостью.

Результаты исследования и их обсуждение

В качестве базовых параметров в нашем исследовании были использованы, возрастные характеристики пациентов, стаж заболевания, частота обострений, сопутствующая патология.

Выбор вышеуказанных аспектов был мотивирован неоднократно отмечаемой в литературных источниках зависимостью выраженности патологического процесса от указанных параметров и, как следствие, взаимосвязью психоэмоциональной сферы и течения псориазической болезни.

При проведении статистического анализа клинико-анамнестических данных было установлено, что пациенты по возрастным группам распределились следующим образом (рис. 1).

Согласно представленным данным большинство больных были в возрастной группе от 46 до 55 лет – 36 человек (36%). В возрасте от 36 до 45 лет за медицинской помощью обратился 31 человек (31%). Следующими в нашем возрастном диапазоне были пациенты в возрасте от 56 до 65 лет. В данной группе находился 21 человек, что составило 21%. Минимальное количество больных, страдающих чешуйчатым лишаем, было отмечено в возрастной

группе от 25 до 35 лет. Количество пациентов в этой группе составило 16 человек (16%). Полученные данные сопоставимы с аналогичными показателями заболеваемости псориазом в Российской Федерации (3). Следует полагать, что, высокий процент пациентов трудоспособного возраста в значительной степени обусловлен высоким уровнем эмоциональной напряженности общества и социума в целом, избирательной ответной реакцией индивидуума

на этот фактор. Нельзя исключить и профессиональные проблемы, личные и бытовые стрессорные факторы.

При анализе данных, касающихся длительности болезни, нами отмечен тот факт, что длительность патологического процесса существенно влияет на различные стороны течения чешуйчатого лишая. Все пациенты, в зависимости от длительности патологического процесса, были распределены в несколько групп (рис. 2).

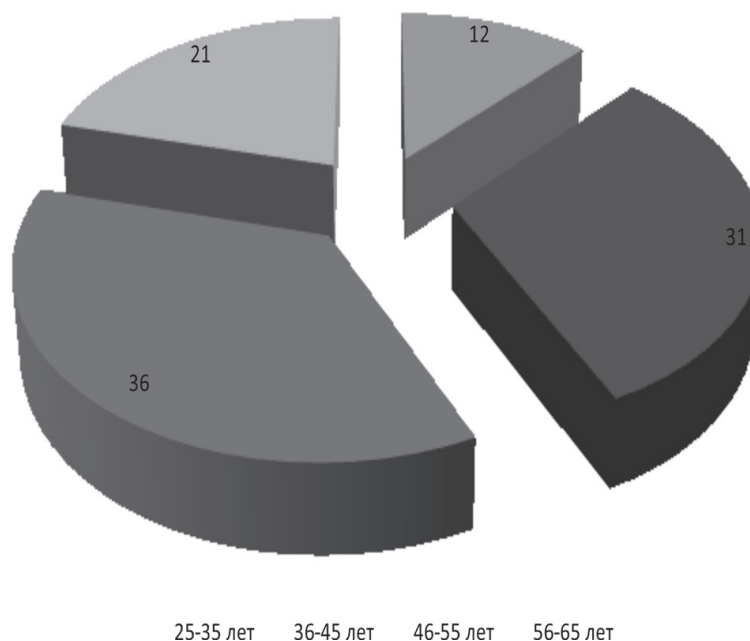


Рис. 1. Распределение больных псориазом по возрастным группам

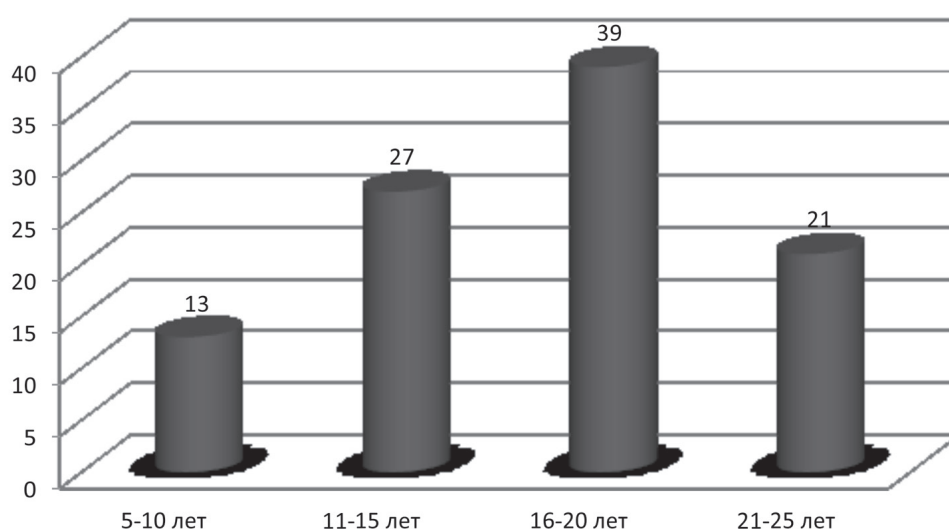


Рис. 2. Распределение пациентов, страдающих чешуйчатым лишаем, в зависимости от длительности течения заболевания

Распределение больных псориазом в зависимости от частоты обострений

	Абсолютное число	Относительные показатели, %
Реже 1 раза в год	10	10
1 раз в год	35	35
2 раза в год	40	40
3 и более раз в год	15	15
Всего	100	100

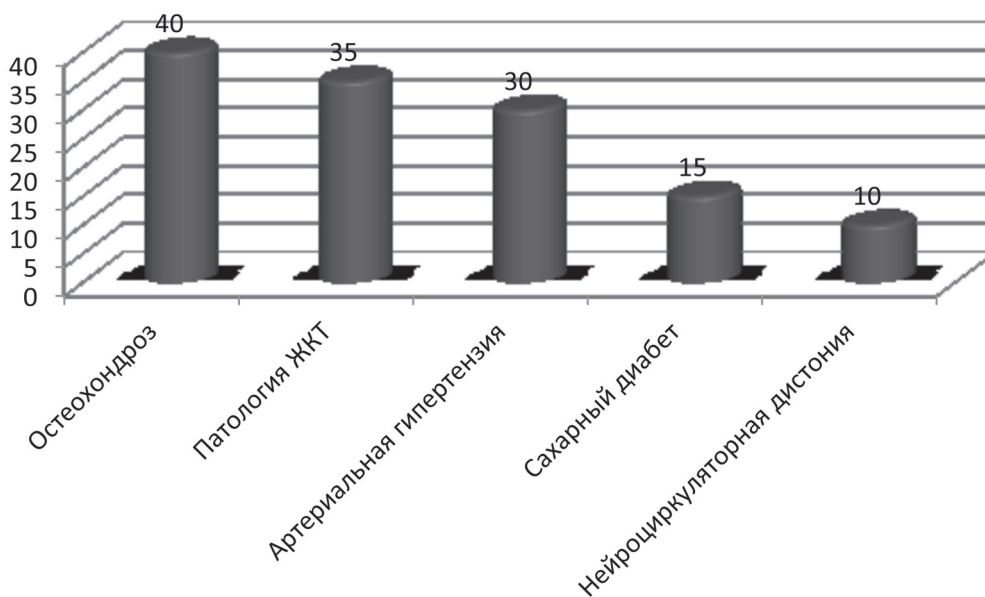


Рис. 3. Сопутствующие соматические заболевания в группе исследования больных инфильтративной формой псориаза

Все обследованные нами пациенты, страдающие чешуйчатым лишаем, обращают внимание врача на продолжительном течении псориатической болезни. Наибольшее количество – 39 человек (39%), говорили о продолжительности заболевания от 16 до 20 лет. На наш взгляд, достаточно такая обращаемость пациентов, с одной стороны, обусловлена широким вовлечением организма в патологический процесс наличием больших участков кожи пораженных псориатическими эфлоресценциями. С другой стороны, достаточно хороший репаративный резерв организма формирует определенную уверенность пациента в эффективности предлагаемой терапии и, как следствие, высокую обращаемость. Длительность заболевания в течение 11–15 лет отмечали 27 человек (27%). Подобный стаж заболевания сформировал устойчивую матрицу клинических проявлений, но молодой возраст часто обуславливал быструю и полную эволюцию морфологических элементов даже в условиях само-

лечения. Следующая группа – 21 пациент (21%) болели чешуйчатым лишаем от 21 до 25 лет. Пациенты, имеющие такой стаж заболевания среднего и пожилого возраста, в эти периоды жизни происходит снижение регенераторных возможностей организма, что обуславливает медленное разрешение патологических очагов даже на фоне интенсивной терапии. Относительно непродолжительный «стаж» болезни – от 5 до 10 лет отмечался у 13 человек (13%). Как правило, у таких пациентов отмечается уверенно сезонное течение заболевания – преимущественно зимняя или летняя формы – сопровождающиеся неуклонным вовлечением у большинства больных все новых пораженных участков кожного покрова.

Распределение пациентов по возрастным группам свидетельствует о том, большинство больных находилось в возрасте максимальной физической и социальной активности и работоспособности. Не вселяет оптимизма и наличие группы пациентов в возрасте 26–35 лет, подтверждая факт уже

упомянутой нами тенденции омоложения болезни представленной в таблице. Из представленной таблицы видно, что большее количество пациентов традиционно лечилось 1 раз в году, поступая в стационарное отделение преимущественно в зимнее время года (зимний тип болезни) – 35 человек (35%). 40 респондентов (40%) отмечали 2 и более обострений заболевания в году, а 15 пациентов (15%) – более трех. Кроме того, у лиц с «бессистемным» течением болезни отмечалась склонность к трансформации инфильтративной клинической формы в более тяжелый вариант – псориатическую эритродермию и артропатический псориаз.

Далее нами был проведен анализ влияния частоты обострений псориатического процесса на качество жизни. Нами отмечено, что наиболее высокие показатели качества жизни отмечаются в группе молодых больных, у которых обострение процесса возникло впервые (средний балл $68,62 \pm 2,17$). Самые низкие показатели были отмечены у пациентов с частотой обострений от 3 и более раз в год (средний балл $53,0 \pm 1,58$). Это обусловлено частыми, изнуряющими больных обострениями кожного процесса, носящими распространенный характер не улучшают качество жизни, невротизируют пациентов, приводя к выраженной лабильности психоэмоционального статуса.

Наличие и выраженность сопутствующей патологии значительно усугубляют течение патологического процесса, и, как следствие этого психоэмоциональный статус больных. Из общего числа обследованных пациентов сопутствующими заболеваниями страдали 70% больных. Наиболее часто встречались артериальная гипертензия, нейроциркуляторная дистония, остеохондроз различных отделов позвоночника, патология ЖКТ и сахарный диабет (рис. 3).

Из 70 человек, у которых были выявлены сопутствующие заболевания 40 пациентов (40% от общего количества пациентов) имели остеохондроз различных отделов позвоночника. В 35% случаев (у 35 человек) была отмечена патология ЖКТ в виде хронических состояний (гастрит, холецистит). У 30 человек (30%) наблюдалась артериальная гипертензия различной степени. Сахарный диабет 2 типа был отмечен у 15% пациентов (15 человек). Явления нейроциркуляторной дистонии были в анамнезе у 10% пациентов (10 человек). Следует отметить, что в большинстве случаев имело место сочетанная патология. К примеру, остеохондроз у пациентов часто сочетался с артериальной гипертензией и явлениями нейроциркуляторной дистонии,

а с артериальной гипертензией и патологией ЖКТ сочетался и сахарный диабет.

Следовательно, сопутствующие соматические заболевания оказывают существенное влияние, как на физический, так и на психический компоненты здоровья больных чешуйчатым лишаем, равно как и псориатический процесс вызывает ухудшение течения и резистентность к терапии сопутствующих заболеваний. Кроме того, хронические заболевания кожи с выраженным косметическим дефектом распространенного характера, постоянным чувством зуда, жжения кожи, частую резистентные к проводимой терапии влияют на психоэмоциональный статус пациентов, вызывая его ухудшение, а в свою очередь психоэмоциональные дисфункции усугубляют течение базовых соматических патологических процессов.

Выводы

1. В исследуемой группе пациентов преобладает средний возраст респондентов с длительным сроком заболевания.

2. Сопутствующая соматическая патология, часто встречающаяся утяжеляла общий статус больных и течение непосредственно псориатического процесса.

3. Оптимизация качества жизни больных чешуйчатым лишаем должно строиться индивидуально и комплексно с учетом физических и психоэмоциональных данных каждого пациента.

Список литературы

1. Бобынцев И.И. Нервные и эндокринные механизмы псориатической болезни / И.И. Бобынцев, Р.Н. Левшин, Л.В. Силина // Курский науч.-практ. вестн. «человек и его здоровье». – 2007. – №2. – С. 80–86.
2. Касимова Л.Н., Китаева И.И. Психологические особенности и спектр психопатологических расстройств у больных, страдающих псориазом. // Психические расстройства в общей медицине. 2009 – №1. – С. 18–22.
3. Кочергин Н.Г. Псориаз: последние новости // Дерматология. Приложение к журналу Consilium Medicum. – 2012. – № 2. – С. 14–17.
4. Павлова О.В., Скрипкин Ю.К. Новые аспекты патогенеза псориаза: психонейроиммунные взаимодействия // Российский журнал кожных и венерических болезней – 2011. – № 3. – С. 9–11.
5. Павлова О.В., Скрипкин Ю.К. Новые аспекты патогенеза псориаза: психонейроиммунные взаимодействия // Российский журнал кожных и венерических болезней – 2007. – № 3. – С. 9–11.
6. Раева Т.В. Психические расстройства в дерматологической клинике (клинико-патогенетические, социально-психологические и реабилитационные аспекты). Автореф. дисс. ... д.м.н. – Томск, 2010.
7. Шмеркевич, А.Б. Клинико-биохимические аспекты эндогенного токсикоза при псориазе и качество жизни больных / А.А. Свистунов, А.Л. Бакулев, А.Б. Шмеркевич // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2007. – № 4. – С. 41–43.
8. Якубович А.И., Новицкая Н.Н. Психофармакотерапия тревожных состояний у больных псориазом // Сибирский медицинский журнал. – 2009. – № 4. – С. 97–99.