

УДК 616.89-02-021: [616.517 + 613.11]

ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И СОМАТИЧЕСКАЯ КОМОРБИДНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕВЕРНОМ РЕГИОНЕ

¹Рагозин Р.О., ²Дьячкова Э.Э., ²Кот Т.Л., ²Каримова М.Н.¹БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет», Сургут, e-mail: rector@surgu.ru;²БУ ВО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»,
Ханты-Мансийск, e-mail: hmgmi2006@mail.ru

Результаты исследования показывают, что климатическая дискомфортность северного региона повышает коморбидность у больных псориазом в сравнении со средними широтами. Коморбидность в группе соматических больных значительно выше, чем у больных псориазом. Межполовые различия заболеваемости более выражены у больных псориазом, чем в группе соматических больных. Психические расстройства и расстройства поведения чаще встречаются в группе соматических больных, чем у больных псориазом. Качественная характеристика психических расстройств проявляется в большей встречаемости невротических и органических расстройств у больных псориазом, в группе сравнения преобладают эмоционально-лабильное расстройство личности, деменция смешанной этиологии и расстройство адаптации. Аддитивная патология чаще встречается в группе больных псориазом, как в наличии алкоголизма, так и зависимости от наркотических веществ. Можно предположить, что нозогенный компонент псориаза влияет на соматическую коморбидность и распространенность психопатологии в рамках системного социально-климатического десинхрониза, характерного для населения северного региона.

Ключевые слова: псориаз, коморбидность, психические расстройства, северный регион

PHENOMENOLOGY OF MENTAL DISORDERS AND SOMATIC COMORBIDITY IN PATIENTS WITH PSORIASIS, LIVING IN THE NORTHERN REGIONS

¹Ragozin R.O., ²Dyachkova E.E., ²Kot T.L., ²Karimova M.N.¹Surgut State University, Surgut, e-mail: rector@surgu.ru;²Khanty-Mansiysk State Medical Academy, Khanty-Mansiysk, e-mail: hmgmi2006@mail.ru

The results show that the climate of the northern region of unease increases comorbidity in patients with psoriasis compared to mid-latitudes. Comorbidity in a group of somatic patients is significantly higher than in patients with psoriasis. Intersexual differences of morbidity more pronounced in patients with psoriasis than in somatic patients group. Mental and behavioral disorders are more common in the group of somatic patients than in patients with psoriasis. Qualitative characteristics of mental disorders manifested in a greater incidence of neurotic and organic disorders in patients with psoriasis, the comparison group is dominated by emotionally labile personality disorder, dementia of mixed etiology and adjustment disorder. Addictive pathology is more common in patients with psoriasis, as in the presence of alcohol and drug dependence. It can be assumed that the component of psoriasis affects somatic comorbidity and prevalence of psychopathology in the framework of the system of social and climatic desynchronization characteristic of the population of the northern region.

Keywords: psoriasis, comorbidity, mental disorders, northern region

В последние годы наблюдается рост заболеваемости хроническими дерматозами, в том числе и псориазом [4]. Несмотря на то, что по медико-географической классификации болезней кожи человека, псориаз относится к убиквитарным дерматозам выявлены ряд признаков, которые влияют на течение псориаза, к которым относятся климатогеографические особенности местности, в том числе и высокие широты [1, 8, 9]. При хронических дерматозах по мнению некоторых исследователей чаще, чем при других заболеваниях, возникают расстройства психического характера [3, 5, 6, 7, 10].

Заболевания кожи отличаются рядом общих характерных особенностей, приводящих их в сферу профессиональной деятельности психодерматолога. Среди таких особенностей – длительность, упор-

ство и непредсказуемость течения заболевания, тягостные ощущения зуда и боли, внешне заметный, уродующий характер высыпаний, приводящие к значительному снижению качества жизни больных, невротизации, к развитию депрессивных состояний. Свойственная больным с дерматологическими заболеваниями замкнутость и раздражительность, доходящая до озлобленности и агрессивности, выраженное недоверие к окружающим, твердая убежденность в экзогенной природе своего заболевания осложняют не только жизнь самого больного, но и общение с врачами. У пациентов с неспецифическим поражением кожи достоверно чаще диагностируют тяжелое депрессивное состояние. Постоянно повышенный уровень тревоги, развитие депрессии, нарушение функ-

ционирования в качестве активного члена общества, изменение качества жизни подчеркивают необходимость проведения психологических исследований пациентов с кожной патологией и применения в лечении не только традиционных медикаментозных методов, но и психологической коррекции и психотерапии.

Понятие коморбидности впервые предложил A.R. Feinstein (1970) [14]. Он вкладывал в этот термин представление о наличии дополнительной клинической картины, которая уже существует или может появиться самостоятельно, помимо текущего заболевания, и отличается от него. В литературе можно встретить различные синонимы коморбидности: «полиморбидность», «мультиморбидность», «мультифакториальные заболевания», «полипатия», «соболезненность», «двойной диагноз», «плюрипатология». Наши соотечественники преимущественно отдают предпочтение терминам «полипатия», «сочетанная патология», в иностранной литературе большей популярностью пользуется «коморбидность».

К настоящему времени крупномасштабные эпидемиологические исследования во многих странах и на разных уровнях организации дифференцированных популяций показали, что треть всех текущих заболеваний населения отвечает большему числу диагностических критериев, чем одно расстройство. Результаты многих исследований показали, что особенно важно рассматривать соболезенность двух и более независимых заболеваний, возникающих в течение жизни. Наряду с этим выделяется коморбидность, как наличие более чем одного расстройства у человека в определенный период жизни – модель, ориентированная на дискриптивные диагностические классы [12], и модель коморбидности, рассматривающая относительный риск человека с одним заболеванием (расстройством) приобрести другое расстройство [11]. Возможно сосуществование двух и/или более синдромов (транссиндромальная коморбидность) или заболеваний (транснозологическая коморбидность) у одного пациента, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени (хронологическая коморбидность).

В этой связи, распространенность психических расстройств и расстройств поведения у больных псориазом в сочетании с соматической патологией, в рамках концепции формирования психосоматической патологии в дискомфортных условиях северного региона, представляет собой актуальную научную задачу.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находилось 482 больных распространенным псориазом (значения индекса PASI [15] от 20 до 42 баллов), 229 мужчин и 253 женщины, средний возраст – $42,2 \pm 6,8$ лет, находившихся на диспансерном учете в Окружном дерматовенерологическом диспансере г. Ханты-Мансийска в период 2005-2016 гг. Группа сравнения 298 человек с соматической патологией без псориаза (148 женщин и 150 мужчин, случайно (с заданной сортировкой по полу и возрасту, соответственно группе исследования больных псориазом) выбранных из МИС (медицинской информационной системы) «Пациент» консультативно-диагностической поликлиники Окружной клинической больницы г. Ханты-Мансийска. Структуру психических расстройств и расстройств поведения анализировал психиатр по базе данных Окружного психоневрологического диспансера г. Ханты-Мансийска. Для объективной оценки совокупности сопутствующей патологии использовался индекс Charlson (CCI) – интегральный показатель коморбидного фона с учетом возраста пациента – пересчет в баллах по Charlson Comorbidity Index Score Calculator [13].

Результаты исследования и их обсуждение

Из всего массива наблюдаемых больных псориазом (482 человека) на учете в психоневрологическом диспансере состоит 41 человек (8,50%), из них 16 женщин (3,31%) и 25 мужчин (5,18%). На учете у психиатра состоят 25 пациентов, из них (табл. 1) 13 женщин и 12 мужчин. Среди женщин 2 пациентки наблюдаются у специалиста с диагнозом умственная отсталость, 4 пациентки с диагнозом невротическое расстройство, 6 женщин с диагнозом органического астенического расстройства и 1 пациентка с депрессивным эпизодом легкой степени. Среди мужчин – 1 пациент с диагнозом невротического расстройства, 6 пациентов с диагнозом органического астенического расстройства, 3 мужчин имеют диагноз эмоционально-неустойчивое расстройство личности, 1 пациент с диагнозом органическое расстройство личности и 1 пациент с диагнозом шизофрении. Среди состоящих на учете наркологических больных 13 мужчин и 3 женщины. Пять мужчин страдают от алкогольной зависимости различной стадии, у 2 наблюдаемых, зависимость от канабионидов, 1 больной с зависимостью от опионидов, 5 пациентов – с зависимостью от нескольких психоактивных веществ. Все состоящие на учете у нарколога женщины, страдающие псориазом, имеют алкогольную зависимость. Процент больных псориазом имеющих психические расстройства и расстройства поведения – 8,50%, из них на учете у психиатра – 5,18%, у нарколога – 3,31%.

Таблица 1

Феноменология психических и наркологических расстройств у больных псориазом и группы сравнения в г. Ханты-Мансийске

Нозология	Псориаз (n = 41)		Группа сравнения (n = 56)	
	М (n = 25)	Ж (n = 16)	М (n = 34)	Ж (n = 22)
Умственная отсталость		2	2	1
Невротическое расстройство	1	4		
Органическое астеническое расстройство	6	6		
Депрессивный эпизод		1		
Эмоционально-лабильное расстройство личности	3		16	14
Органическое расстройство личности	1		2	
Шизофрения	1			
Сосудистая деменция			2	
Деменция смешанной этиологии			2	3
Расстройство адаптации			1	2
Нервная анорексия				2
Алкоголизм	5	3	8	
Зависимость от канабионидов	2			
Зависимость от опиоидов	1			
Зависимость от нескольких психоактивных веществ	5		1	
Всего	25	16	34	22

В группе сравнения на учете у психиатра и психиатра-нарколога состоит 56 человек из 298 (18,6%). Мужчин 34 человека (11,3%), женщин на учете состоят 22 человека (7,33%) (табл. 1).

Нозологическая структура состоящих на учете у психиатра мужчин с соматической патологией: сосудистая деменция – 2 человека, деменция смешанной этиологии – 2 человека, эмоционально-лабильное расстройство личности – 16 человек, органическое расстройство личности – 2 человека, умственная отсталость – 2 человека, расстройство адаптации – 1 человек.

Нозологическая структура психических расстройств и расстройств поведения у женщин группы сравнения: деменция смешанной этиологии – 3 человека, эмоционально-лабильное расстройство личности – 14 человек, умственная отсталость – 1 человек, расстройство адаптации – 2 человека, нервная анорексия – 2 человека. На учете у психиатра-нарколога только мужчины (9 человек): зависимость от алкоголя – 8 человек, зависимость от нескольких психоактивных веществ – 1 человек.

В количественном отношении в группе сравнения с соматической патологией наблюдается большее число случаев психических и наркологических расстройств, чем в группе больных псориазом: 18,6%

против 8,50%, существуют различия и качественного характера. В группе больных псориазом гораздо чаще диагностировались невротические расстройства, органические расстройства, депрессивные эпизоды и шизофрения, тогда как в группе сравнения преобладают эмоционально-лабильное расстройство личности, сосудистая деменция, деменция смешанной этиологии, расстройство адаптации и нервная анорексия.

Если аддиктивная патология более выражена в группе больных псориазом, как в случаях наличия алкоголизма, так и при зависимости от наркотических веществ, то в группе сравнения женщин, наблюдающихся у нарколога нет совсем, а у мужчин сопоставимое количество, с группой исследования, зависимых от алкоголя.

При вычислении индекса Charlson установлено, что в группе больных псориазом без психической патологии у женщин он составляет 0,35 баллов, а у мужчин – 1,11 баллов. Общегрупповая величина – 0,73 баллов (табл. 2).

В исследованиях Батыршиной С.В. и Садыковой Ф.Г. [2], проведенных в средних широтах Российской Федерации (г. Казань), максимальный индекс Charlson у больных с тяжелой формой псориаза равен 0,450 баллов.

Таблица 2

Общегрупповые и межполовые значения коморбидности с соматической патологией у больных псориазом и группой сравнения в г. Ханты-Мансийске

Пол	Псориаз			Группа сравнения		
	М + Ж (n = 482)	М (n = 229)	Ж (n = 253)	М + Ж (n = 298)	М (n = 150)	Ж (n = 148)
Абс. число пациентов / %	41/8,50	25 / 5,18	16 / 3,31	56 / 18,60	34 / 11,33	22 / 7,33
Индекс Charlson (баллы)	0,73	1,11	0,35	5,45	4,67	6,14

Общегрупповой индекс Charlson у больных псориазом с сопутствующими психическими и аддитивными расстройствами составляет 1,12 баллов: психические заболевания – 1,30 балла; наркологические больные – 0,94 балла. В группе соматических больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения индекс Charlson гораздо выше: общегрупповой – 5,45 баллов; мужчины – 4,67 баллов; женщины – 6,14 баллов, возможно за счет начисления отдельного балла за состояние деменции по градации шкалы Charlson.

Таким образом, результаты исследования показывают, что:

- климатическая дискомфортность северного региона повышает коморбидность у больных псориазом в сравнении со средними широтами (0,73 баллов против 0,45 баллов);

- коморбидность в группе соматических больных значительно выше, чем у больных псориазом (5,45 баллов против 0,73 баллов);

- межполовые различия заболеваемости более выражены у больных псориазом, чем в группе соматических больных (отношение индекса Charlson М/Ж псориаз – 3,17; отношение индекса Charlson М/Ж соматические больные – 0,76);

- психические расстройства и расстройства поведения чаще встречаются в группе соматических больных, чем у больных псориазом (18,6% и 8,50%, соответственно).

- качественная характеристика психических расстройств проявляется в большей встречаемости невротических и органических расстройств у больных псориазом; в группе сравнения преобладают эмоционально-лабильное расстройство личности, деменция смешанной этиологии и расстройство адаптации.

- аддитивная патология чаще встречается в группе больных псориазом, как в наличии алкоголизма, так и зависимости от наркотических веществ.

Многие психические заболевания связаны с псориазом и этиопатогенетические связи между данными заболеваниями до-

статочно обширны. Некоторые психические заболевания могут быть результатом существования хронического кожного заболевания. Тревожность, депрессия, сексуальные расстройства, злоупотребление психоактивными веществами являются результатом существования псориаза. С другой стороны псориаз может существовать и усугубляться наличием психического расстройства, формируя порочный круг. Это значит, что симптомы тревоги или даже конкретное тревожное состояние может усугублять течение кожного процесса. Эстетические проявления псориаза усугубляются вследствие наличия тревожных состояний.

Так же как и биологические механизмы, специфические психопатологические характеристики, например, алекситимия или неадаптивное поведение, могут увеличить риск развития депрессии и тревоги при псориазе. Побочные эффекты в лечении псориаза могут объяснить некоторые, связанные с ним, психологические расстройства.

Возможно, что и женский пол является фактором риска развития сопутствующих психических расстройств при псориазе. Наличие высыпаний на видимых участках тела также является фактором риска развития коморбидных психических расстройств.

Этиопатогенез психических расстройств ассоциированных с псориазом включает широкий спектр факторов и механизмов. Некоторые из них специфичны для каждой конкретной болезни, другие факторы и механизмы являются общими для многих заболеваний. Пациенты с псориазом получают только пользу от исследования психодерматологического статуса, помогающего определить, является ли то или иное психическое расстройство первичным, вид психопатологии и этиологические факторы. Это позволяет улучшить подход к лечению пациента. Например, некоторые методы лечения псориаза, такие как терапия антагонистами ФНО, может привести к развитию маниакальных и гипоманиакальных эпизодов.

Перечисленные и биологические факторы, влияющие на распространенность

у больных псориазом психических расстройств и расстройств поведения существуют и в общей популяции, что проявляется и у больных с соматической патологией. Одним из серьезных факторов, влияющих на сочетанность патологии, являются климато-географические условия, что в данном случае будет проявлением трансклиматической или трансгеографической коморбидности.

Можно предположить, что нозогенный компонент псориаза влияет на соматическую коморбидность и распространенность психопатологии в рамках системного социально-климатического десинхроноза, характерного для населения северного региона.

Список литературы

1. Авцын А.П. Введение в географическую патологию. – М., 1972. – С. 242-275.
2. Батыршина С.В., Садыкова Ф.Г. Коморбидные состояния у больных псориазом Практическая медицина № 8 (84) октябрь 2014 г., С. 32-35.
3. Гребенников В.А., Дакиева Л.М. Психологический статус больных псориазом в условиях хронического стресса. Первый российский конгресс дерматовенерологов: тезисы научных работ. СПб. – 2003;1:33-34.
4. Довжанский С.И. Качество жизни показатель состояния больных хроническими дерматозами // Вестник дерматологии и венерологии. – 2001. – № 3. – С. 12-13.
5. Зайцева О.Г. Психические расстройства у больных хроническими дерматозами: дис. ... канд. мед.наук / О.Г. Зайцева. – Краснодар, 2000. – 124 с.
6. Китаева И.И. Психоневрологические синдромы у больных псориазом: автореф. дис... канд. мед.наук / И.И. Китаева. – Н. Новгород, 2003. – 27 с.
7. Львов Андрей Николаевич. Дерматозы, коморбидные с психическими расстройствами: классификация, клиника, терапия и профилактика: дис. ... доктора медицинских наук: 14.00.11 / Львов Андрей Николаевич; [Место защиты: ГОУВПО «Московская медицинская академия»]. – Москва, 2006. – 174 с.: ил.
8. Матусевич С.Л., Кунгуров Н.В., Филимонкова Н.Н., Герасимова Н.М. Псориаз и описторхоз. – Тюмень: Издательство «Вектор Бук», 2000. – 232 с.
9. Устюжанин Ю.В. Доклад главного санитарного врача Тюменской области за 2003 год. Тюмень, 2003. – 16 с.
10. Юсупова Л.А. Влияние клинко-социальных факторов на развитие хронических дерматозов у больных с психическими расстройствами. Общественное здоровье и здравоохранение. – 2010. – № 2. – С.10-16.
11. Boyd J.H., Burke J.D. Exclusion criteria of DSM-III: a study of co-occurrence of hierarchy-free syndromes // Arch Gen Psychiatry, 1984; 41: 983-9).
12. Burke K.C., J.D. Burke, D.A. Regier, D.S. Rae, Age at onset of selected mental disorders in five community populations, Arch. Gen. Psychiatry, 47 (1990), pp. 511–518).
13. Charlson M.E. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation / M.E. Charlson, P. Pompei, K.L. Ales (et al.) // J. Chron. Dis. – 1987. – Vol. 40. – P. 373-383.
14. Feinstein A.R. Pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease // Journal Chronic Disease, 1970; 23(7):455-468.
15. Langley R.G., Ellis CN: Evaluating psoriasis with Psoriasis Area and Severity Index, Psoriasis Global Assessment, and Lattice System Physician's Global Assessment. J Am Acad Dermatol 2004;51:563-9.