

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕХНОЛОГИИ

УДК 616.5 – 009

DOI: 10.17816/pmj38368-75

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ И КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

В.Д. Елькин, М.Ю. Коберник, Т.Г. Седова, Е.Н. Бородина, А.А. Андрусенко*

Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера, Россия

STUDY OF EMOTIONAL DISORDERS IN DERMATOLOGICAL AND CARDIOLOGICAL PATIENTS

V.D. Elkin, M.Yu. Kobernik, T.G. Sedova, E.N. Borodina, A.A. Andrusenko*

E.A. Vagner Perm State Medical University, Russian Federation

Цель. Изучить характер и особенности эмоциональных нарушений у больных дерматологического и кардиологического профиля, поскольку эмоциональные изменения, сопровождающие многие соматические заболевания, оказывают существенное негативное влияние, усугубляя их течение и ухудшая качество жизни и функционирования.

Материалы и методы. В одномоментном исследовании приняли участие 68 человека, которые были поделены на две группы: I группу составили 38 больных дерматозами без сопутствующих заболеваний внутренних органов; во II группу вошли 30 кардиологических больных без кожной патологии в анамнезе. Комплексное исследование включало общеклинические и лабораторные методы, а также психо-

© Елькин В.Д., Коберник М.Ю., Седова Т.Г., Бородина Е.Н., Андрусенко А.А., 2021

тел. +7 (342) 226 18 94

e-mail: margo110875@yandex.ru

[Елькин В.Д. – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии; Коберник М.Ю. (*контактное лицо) – кандидат медицинских наук, доцент кафедры дерматовенерологии; Седова Т.Г. – кандидат медицинских наук, доцент кафедры дерматовенерологии; Бородина Е.Н. – кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской терапии № 1; Андрусенко А.А. – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии].

© Elkin V.D., Kobernik M.Yu., Sedova T.G., Borodina E.N., Andrusenko A.A., 2021

tel. +7 (342) 226 18 94

e-mail: margo110875@yandex.ru

[Elkin V.D. – MD, PhD, Professor, Head of Department of Dermatovenerology; Kobernik M.Yu. (*contact person) – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Dermatovenerology; Sedova T.G. – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Dermatovenerology; Borodina E.N. – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Faculty Therapy № 1; Andrusenko A.A. – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology].

логическое исследование с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS, шкалы Цунга для самооценки депрессии, шкалы Гамильтона, шкалы Монтгомери – Асберг, шкалы реактивной и личностной тревожности Спилбергера – Ханина. Для оценки результатов были использованы методы параметрической и непараметрической статистики.

Результаты. При оценке показателей по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS у дерматологических больных больше определялась клинически и субклинически выраженная тревога, а у кардиологических больных – преобладала депрессия. Согласно полученным данным по шкале Цунга и шкале Гамильтона, депрессия также преобладала у кардиологических больных, а симптомы тревоги и тревожное состояние достоверно чаще наблюдались у больных дерматологического профиля. При изучении депрессии по шкале Монтгомери – Асберг у дерматологических пациентов она была выявлена достоверно реже, в структуре симптомов превалировал малый депрессивный эпизод. По шкале Спилбергера – Ханина тревожность значительно больше отмечалась у дерматологических больных.

Выводы. Нарушения эмоций у дерматологических и кардиологических больных имеют достоверные отличия: у дерматологических они характеризуются повышенной тревожностью при незначительном депрессивном расстройстве, у кардиологических – превалируют депрессивные изменения, особенно легкая депрессия; тревожная симптоматика не выражена.

Ключевые слова. Эмоциональные нарушения, тревога, депрессия, дерматологические больные, кардиологические больные.

Objective. To study the character and features of emotional disorders in patients of dermatological and cardiological profile. Emotional changes, accompanying many somatic diseases, have a negative effect and aggravate their course, worsening the quality of life and functioning.

Materials and methods. 68 persons, divided into two groups, participated in a single-stage study: group I included 38 patients with dermatoses without any concomitant diseases of the internal organs; group II – 30 cardiological patients without dermatological pathology in anamnesis. Complex research included general clinical and laboratory methods as well as psychological study using the Hospital Anxiety and Depression Scale HADS, Zung Self-Rating Depression Scale, Montgomery – Asberg Depression Scale, Spielberger – Hanin Anxiety Scales. To assess the results, the methods of parametric and nonparametric statistics were used.

Results. When assessing the parameters by the Hospital Anxiety and Depression Scale HADS, in dermatological patients clinically and subclinically expressed anxiety was manifested more evidently, and in cardiological patients, it was depression. According to the data obtained by the Zung and Hamilton scales, depression also predominated in cardiological patients but anxiety symptoms and disorders reliably more often were observed in patients of dermatological profile. As for studying depression using the Montgomery-Asberg scale, in dermatological patients it was revealed less often, in the structure of symptoms there prevailed a small depressive episode. According to Spielberger – Hanin Scale, anxiety was more expressed in dermatological patients.

Conclusions. Emotional disorders in dermatological and cardiological patients are reliably different. In dermatological patients, they are characterized by increased anxiety in case of an insignificant depressive disorder. In cardiological patients, there prevail depressive changes, especially mild depression; anxiety symptomatology is not expressed.

Keywords. Emotional disorders, anxiety, depression, dermatological patients, cardiological patients.

ВВЕДЕНИЕ

Изучение психосоматических взаимосвязей при хронических заболеваниях имеет огромное значение, поскольку соматогенно спровоцированные психические расстройства способствуют усугублению течения основного заболевания и негативно отражаются на качестве жизни больных [1]. Необходимость исследования конкретных механизмов психосоматических корреляций и установления истинного соотношения психического и соматического в состоянии больного все более осознается во всех областях медицины [2].

Следует помнить, что большинство хронических болезней кожи провоцируется и поддерживается посредством психогенного воздействия, которое обуславливает выработку различных нейромедиаторов и таким образом включается в механизм развития дерматоза, приобретая патогенетическое значение [3]. Еще Фердинанд Гебра – основоположник Венской дерматологической школы – отмечал, что «кожное заболевание может основываться на качестве психического состояния, в особенности при депрессиях» [4]. При псориазе психогенные воздействия различной степени выраженности, приводящие к манифестации или обострению дерматоза, отмечаются у 25–60 % больных [5]. При тяжелом течении атопического дерматита более чем у двух третей больных отмечается психическая патология невротических и аффективных психопатологических регистров. При акне аффективные расстройства выявляются более чем в 1/3 наблюдений [3, 6].

Сочетание расстройств психической и соматической сфер диктует особенности медицинского обслуживания больных, предполагающие тесное взаимодействие психи-

атров и врачей общей практики, осуществляемое обычно либо в медицинских учреждениях общего типа, либо в специализированных психосоматических отделениях. Понимание проблемы в целом с учетом коморбидности/полиморбидности позволит повысить эффективность терапии и улучшить качество оказания медицинской помощи [4, 7].

Цель исследования – изучить характер и особенности эмоциональных нарушений у больных дерматологического и кардиологического профиля.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа выполнена на базе кардиологического отделения городской клинической больницы им. Ф.Х. Граля г. Перми и стационара краевого кожно-венерологического диспансера Пермского края. В одномоментном исследовании приняли участие 68 человек, которые в соответствии с поставленной целью были поделены на две группы: I группу составили 38 больных дерматозами без сопутствующих заболеваний внутренних органов; во II группу вошли 30 кардиологических больных без кожной патологии в анамнезе. Группы были сопоставимы по полу, возрасту и социальному статусу; все являлись жителями Перми, все предоставили добровольное письменное согласие на участие в исследовании после предварительной беседы с врачом.

Критериями исключения явились декомпенсированная сердечная, почечная, печеночная, дыхательная недостаточность, онкологические заболевания, тяжелая эндокринная патология, беременность, наличие психических заболеваний и черепно-мозговых травм в анамнезе, алкоголизм, наркомания.

Комплексное исследование включало общеклинические (традиционное изучение жалоб и анамнеза, оценку общего состояния организма и кожных покровов) и лабораторные методы (общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови), а также психологическое исследование с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS, шкалы Цунга для самооценки депрессии, шкалы Гамильтона для оценки депрессии и тревоги (HDRS и HARS), шкалы Монтгомери – Асберг для оценки депрессии (MADRS), шкалы реактивной и личностной тревожности Спилбергера – Ханина.

Для оценки результатов были использованы методы параметрической и непараметрической статистики. Статистические расчеты выполнены на персональном компьютере с использованием приложения Microsoft Excel и пакета статистического анализа данных Statistica 5.1 for Windows (Stat Inc., USA). Уровень статистической значимости был зафиксирован при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При оценке показателей по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS выявлена достоверная разница между исследуемыми группами (табл. 1). У дерматологических больных больше определялась клинически выраженная ($45,5 \pm 3,9 \%$) и субклинически выраженная тревога ($39,0 \pm 3,5 \%$), сопровождающаяся ощущением внутреннего напряжения, страха, возникновением беспокойных мыслей, неусидчивостью, сложностью расслабиться. У кардиологических больных больше была отмечена депрессия, причем чаще встречалась субклинически выраженная депрессия ($38,5 \pm 4,4 \%$), характеризующаяся некоторой медлительностью, снижением настроения и бод-

рости, уменьшением удовлетворения от занятий и увлечений.

Изучение уровня депрессии по шкале Цунга выявило, что легкая и умеренная депрессия достоверно больше встречались у кардиологических больных, тяжелой депрессии в обеих группах зафиксировано не было. При этом, несмотря на преобладание легкой депрессии, умеренная депрессия у больных кардиологического профиля была отмечена примерно в четыре раза чаще, чем у дерматологических пациентов (табл. 2).

Согласно исследованию по шкале Гамильтона депрессия также преобладала у кардиологических больных. Больше определялось легкое депрессивное расстройство ($36,5 \pm 4,2 \%$), несколько меньше – депрессивное расстройство средней степени тяжести; депрессивное расстройство тяжелой и крайне тяжелой степени не отмечалось. У дерматологических больных при наличии депрессии чаще выявлялось легкое депрессивное расстройство; депрессивное расстройство средней степени тяжести наблюдалось крайне редко (табл. 3).

Уровень тревоги при оценке по шкале Гамильтона достоверно больше был обнаружен у дерматологических больных, при этом симптомы тревоги и тревожное состояние встречались одинаково часто. У больных кардиологического профиля тревога отмечалась значительно реже (табл. 4).

При изучении депрессии по шкале Монтгомери – Асберг тоже была выявлена достоверная разница между исследуемыми группами. У дерматологических больных депрессия наблюдалась существенно реже, в ее структуре превалировал малый депрессивный эпизод. Среди кардиологических больных депрессия обнаруживалась чаще, у четверти больных был отмечен умеренный депрессивный эпизод (табл. 5).

Таблица 1

Определение уровня тревоги и депрессии по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS у дерматологических и кардиологических больных (% ± m)

Уровень тревоги/депрессии	I группа, n = 38	II группа, n = 30
Субклинически выраженная тревога	39,0 ± 3,5*	22,0 ± 2,6
Клинически выраженная тревога	45,5 ± 3,9*	7,5 ± 1,6
Субклинически выраженная депрессия	24,5 ± 2,8*	38,5 ± 4,4
Клинически выраженная депрессия	4,0 ± 0,8*	25,0 ± 3,0

Примечание: * – наличие статистически достоверных различий с группой кардиологических больных без кожной патологии в анамнезе – $p < 0,05$.

Таблица 2

Оценка уровня депрессии по шкале Цунга у больных дерматологического и кардиологического профиля (% ± m)

Наличие/выраженность депрессии	I группа, n = 38	II группа, n = 30
Нормальное состояние	69,0 ± 5,4*	36,5 ± 4,2
Легкая депрессия	23,5 ± 2,6*	39,0 ± 4,5
Умеренная депрессия	7,5 ± 1,3*	27,0 ± 3,2
Тяжелая депрессия	0 ± 0	0 ± 0

Примечание: * – наличие статистически достоверных различий с группой кардиологических больных без кожной патологии в анамнезе – $p < 0,05$.

Таблица 3

Исследование депрессии по шкале Гамильтона у дерматологических и кардиологических больных (% ± m)

Уровень депрессии	I группа, n = 38	II группа, n = 30
Нормальное состояние	71,0 ± 5,6*	39,5 ± 4,6
Легкое депрессивное расстройство	25,0 ± 3,0*	36,5 ± 4,2
Депрессивное расстройство средней степени тяжести	4,0 ± 0,8*	24,0 ± 2,9
Депрессивное расстройство тяжелой степени	0 ± 0	0 ± 0
Депрессивное расстройство крайне тяжелой степени тяжести	0 ± 0	0 ± 0

Примечание: * – наличие статистически достоверных различий с группой кардиологических больных без кожной патологии в анамнезе – $p < 0,05$.

Таблица 4

Определение уровня тревоги по шкале Гамильтона в исследуемых группах (% ± m)

Уровень тревоги	I группа, n = 38	II группа, n = 30
Отсутствие тревожного состояния	12,0 ± 1,5*	65,5 ± 6,2
Симптомы тревоги	42,5 ± 3,7*	25,5 ± 3,1
Тревожное состояние	45,5 ± 3,9*	9,0 ± 1,9
Паническое расстройство	0 ± 0	0 ± 0

Примечание: * – наличие статистически достоверных различий с группой кардиологических больных без кожной патологии в анамнезе – $p < 0,05$.

Таблица 5

Применение шкалы Монтгомери – Асберг для оценки депрессии у больных дерматологического и кардиологического профиля (% ± m)

Характеристика депрессии	I группа, n = 38	II группа, n = 30
Депрессия отсутствует	70,0 ± 5,5*	36,0 ± 4,1
Малый депрессивный эпизод	24,5 ± 2,8*	38,5 ± 4,4
Умеренный депрессивный эпизод	5,5 ± 0,9*	25,5 ± 3,1
Большой депрессивный эпизод	0 ± 0	0 ± 0

Примечание: * – наличие статистически достоверных различий с группой кардиологических больных без кожной патологии в анамнезе – $p < 0,05$.

Таблица 6

Характеристика реактивной и личностной тревожности по шкале Спилбергера – Ханина у дерматологических и кардиологических больных (% ± m)

Уровень тревоги	Ситуационная тревожность		Личностная тревожность	
	I группа, n = 38	II группа, n = 30	I группа, n = 38	II группа, n = 30
Низкая	15,5 ± 1,8*	23,5 ± 2,8	6,5 ± 1,1*	18,5 ± 2,5
Умеренная	40,5 ± 3,6*	17,5 ± 2,4	31,5 ± 3,3*	13,5 ± 2,3
Высокая	15,5 ± 1,8*	7,0 ± 1,5	12,5 ± 1,6*	4,0 ± 1,1

Примечание: * – наличие статистически достоверных различий с группой кардиологических больных без кожной патологии в анамнезе – $p < 0,05$.

Анализ реактивной и личностной тревожности по шкале Спилбергера – Ханина также выявил достоверные отличия у дерматологических и кардиологических больных. Низкая ситуационная тревожность существенно чаще наблюдалась у больных кардиологического профиля, умеренная и высокая ситуационная тревожность – у дерматологических. Структура личностной тревожности имела те же особенности. Ее низкий уровень значительно чаще был отмечен у кардиологических больных, умеренный и высокий уровни личностной тревожности – у дерматологических больных (табл. 6).

Формирование эмоциональных изменений у кардиологических больных в большинстве случаев происходит вследствие основного заболевания и зависит от длитель-

ности и выраженности соматической патологии. У дерматологических больных ситуация несколько иная. Известно, что возникновение и развитие рецидивов многих дерматозов (атопический дерматит, вульгарный псориаз, рецидивирующий простой герпес и другие) в 25–50 % связано с психогенными воздействиями [3, 8]. С другой стороны, при болезнях кожи, сопровождающихся хроническим зудом или имеющих косметически значимую локализацию (акне, розацеа, витилиго, гнездная алопеция), развиваются вторичные психические изменения, которые существенно утяжеляют течение дерматоза [9]. Тесная ассоциация кожной патологии и эмоциональных нарушений представляет собой результат взаимосвязи кожи как органа осязания и нервной системы. У большин-

ства дерматологических больных наблюдалась повышенная тревожность.

Многообразие сложных психодерматологических взаимоотношений, которые поддерживают основное заболевание, до сих пор не изучено в полной мере. Любые симптомы, наблюдаемые у больного, могут служить как стрессовым воздействием, так и изменить способы реагирования личности на стресс. Их выявление и анализ позволяют воссоздать схему причинно-следственных взаимодействий между кожей и психикой, чаще всего принимающую вид порочного круга [4, 10]. При этом эмоциональные нарушения представляют собой не столько усугубляющий или провоцирующий фактор, сколько один из ведущих механизмов развития в сложной патогенетической картине. Таким образом, определяется характерный для определенного дерматоза общепатологический механизм, сопровождающийся нейрофизиологическими, вегетативными, иммунными, кожными и эмоциональными изменениями [11].

Выводы

1. Нарушения эмоций у дерматологических и кардиологических больных имеют достоверные отличия. У дерматологических больных они характеризуются повышенной тревожностью при незначительном депрессивном расстройстве.

2. У кардиологических больных преобладают депрессивные изменения, особенно легкая депрессия; тревожная симптоматика не выражена.

3. Адекватное комплексное специфическое лечение сопутствующих эмоциональных нарушений позволит повысить эффективность терапии основного заболевания,

улучшить социальное функционирование больных и оптимизировать качество оказания медицинской помощи.

Библиографический список

1. *Караваяева Т.А., Королькова Т.Н.* Психологические механизмы и психосоматические соотношения при различных дерматозах. Клиническая дерматология и венерология 2018; 17 (5): 7–17.

2. *Ferm I., Sterner M., Wallengren J.* Somatic and psychiatric comorbidity in patients with chronic pruritus. Acta Derm Venereol 2010; 90 (4): 395–400.

3. *Смулевич А.Б., Дороженко И.Ю., Романов Д.В., Львов А.Н.* Психопатология психических расстройств в дерматологической клинике (модель психической патологии, ограниченной пространством кожного покрова). Психические расстройства в общей медицине 2012; 1: 4–14.

4. *Павлова О.В.* Психосоматические аспекты патогенеза хронических кожных заболеваний. Психологический журнал 2003; 24 (5): 88–94.

5. *Lowry C.L.* A study of service provision in psychocutaneous medicine. Clin Exp Dermatol 2014; 39 (1): 13–18.

6. *Lopes C., Pinto L., Leite C.* Personality Traits May Influence the Severity of Atopic Dermatitis in Adult Patients: A Pilot Study. J Investig Allergol Clin Immunol 2016; 26 (3): 198–199.

7. *Романов Д.В.* Психические расстройства, реализующиеся в пространстве кожного покрова: обзор литературы (часть I). Психические расстройства в общей медицине 2014; 1: 37–45.

8. *Gupta M.A., Gupta A.K.* Evaluation of cutaneous body image dissatisfaction in the

dermatology patient. *Clin Dermatol* 2013; 31 (1): 72–79.

9. Кочорова Л.В., Максимова А.А., Скрипов В.С. Опыт лечения дерматологических больных в психосоматическом отделении. Вестник Российской военно-медицинской академии 2018; 62 (2): 36–39.

10. Keuthen N.J., Koran L.M., Aboujaoude E. The prevalence of pathologic skin picking in US adults. *Comprehens Psychiat* 2010; 51: 183–186.

11. Misery L., Chastaing M., Touboul S. Psychogenic skin excoriations: diagnostic criteria, semiological analysis and psychiatric profiles. *Acta Derm Venereol* 2012; 92 (4): 416–418.

REFERENCES

1. Karavaeva T.A., Korolkova T.N. Psychological mechanisms and psychosomatic relationships in various dermatoses. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya* 2018; 17 (5): 7–17 (in Russian).

2. Ferm I., Sterner M., Wallengren J. Somatic and psychiatric comorbidity in patients with chronic pruritus. *Acta Derm Venereol* 2010; 90 (4): 395–400.

3. Smulevich A.B., Dorozhenok I.U., Romanov D.V., Lvov A.N. Psychopathology of psychiatric disorders in dermatology (model of psychiatric disorders with projection on skin sphere). *Psikhicheskie rasstroistva v obshebe meditsine* 2012; 1: 4–14 (in Russian).

4. Pavlova O.V. Psychosomatic aspects of pathogenesis of chronic skin diseases. *Psikhologicheskii zhurnal* 2003; 24 (5): 88–94 (in Russian).

5. Lowry C.L. A study of service provision in psychocutaneous medicine. *Clin Exp Dermatol* 2014; 39 (1): 13–18.

6. Lopes C., Pinto L., Leite C. Personality Traits May Influence the Severity of Atopic Dermatitis in Adult Patients: A Pilot Study. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2016; 26 (3): 198–199.

7. Romanov D.V. Primarily psychiatric disorders with dermatologic presentations: literature review (part 1). *Psikhicheskie rasstroistva v obshebe meditsine* 2014; 1: 37–45 (in Russian).

8. Gupta M.A., Gupta A.K. Evaluation of cutaneous body image dissatisfaction in the dermatology patient. *Clin Dermatol* 2013; 31 (1): 72–79.

9. Kochorova L.V., Maksimova A.A., Skripov V.S. Experience of dermatological patients'treatment in the psychosomatic unit. *Vestnik Rossiiskoi voenno-meditsinskoi akademii* 2018; 62 (2): 36–39 (in Russian).

10. Keuthen N.J., Koran L.M., Aboujaoude E. The prevalence of pathologic skin picking in US adults. *Comprehens Psychiat* 2010; 51: 183–186.

11. Misery L., Chastaing M., Touboul S. Psychogenic skin excoriations: diagnostic criteria, semiological analysis and psychiatric profiles. *Acta Derm Venereol* 2012; 92 (4): 416–418.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Материал поступил в редакцию 31.03.2021