

---

Объективно определялись изменения в области скуловой возвышенности, выраженность и глубина носогубных складок и «марионеток» уменьшались на порядок (по шкале MERZ).

Удовлетворенность результатом лечения у пациенток второй группы была выше. Уровень боли соответствовал средним значениям 10-бальной шкалы, что не требовало проведения обезболивания в ходе и после процедуры. У пациенток второй группы в более ранние сроки уменьшались болевые ощущения после процедуры, в среднем, на 3–5-й день.

В то время, как у пациенток первой группы этот симптом сохранялся, в среднем, до недели.

Действие HIFU основано на эффектах, возникающих в тканях, расположенных в фокусе воздействия: термическая абляция и акустическая кавитация [3].

Проходя через ткани часть энергии ультразвуковой волны переходит в тепло и быстро рассеивается, и, если скорость нагревания превышает скорость рассеивания, то происходит быстрое локальное повышение температуры выше 56°C, что ограничивает реализацию охлаждающего эффекта. Формируется цитотоксический эффект, вызывая необратимые изменения в клетках через механизм коагуляционного некроза [4].

Комбинация методик дает более выраженный и продолжительный клинический эффект, а также более высокую оценку результатов лечения самими пациентами, что сегодня позволяет решить одну из главных задач, учитывая ценовой диапазон процедуры [4].

### Литература

1. Теплюк Н.П., Лебедева С.В. Морфотипы старения, возрастные изменения лица, классификация возрастных изменений, шкала старения / Н.П. Теплюк, С.В. Лебедева // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2020. – Т. 23. – № 4. – С. 258–264.
2. Румянцев Е.Е., Колиева М.Х., Ультразвуковой лифтинг: аспекты клинического применения и безопасности (по материалам исследований, проведенных в медицинских центрах США / Е.Е. Румянцева, М.Х. Колиева // Вестник эстетической медицины. – 2010. – Т.9. – № 3. – С. 13–19.
3. Гайдаш Н.В. Фокусированный ультразвук в косметологии: часто задаваемые вопросы / Н.В. Гайдаш // Аппаратная косметология. – 2017. – № 2. – С. 4–9.
4. Грязева Н.В., Суркичин С.И. Комплексный подход к проблеме старения: возможности комбинации высокочастотного сфокусированного ультразвука с другими аппаратными и инъекционными методиками / Н.В. Грязева, С.И. Суркичин // Аппаратная косметология. – 2018. – № 3 – 4. – С. 34–40.

---

Порошина Л.А.

Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

## ОЦЕНКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЖИ

**Введение.** Биологическая связь между кожными и психическими регуляторными системами объясняется особенностями развития еще на эмбриональном уровне, поскольку обе формируются из одного эмбрионального листка, развиваются под влиянием одинаковых гормонов и нейротрансмиттеров. В коже секретируются катехоламины, кортизол — медиаторы, участие которых в системной неспецифической реакции на стресс лежит в основе нейрогуморального ответа, регулируемого гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системой. Нарушение гомеостатических механизмов регуляции нередко опосредовано психоэмоциональным напряжением, которое развивается в результате воздействия стрессовых факторов [1].

Безусловно, не вызывает сомнений тот факт, что развитие любого психогенного расстройства, в том числе дерматологического, обусловлено не только самим психотравмирующим событием, но и индивидуальной восприимчивостью и уязвимостью психики пациента. Если в результате воздействия психологических факторов развивается кожное психосоматическое заболевание, меняющее внешний вид, сопровождающееся неприятными симптомами,



то нарушение качества жизни, уменьшение возможностей социального функционирования, снижение самооценки становятся дополнительным фрустрирующим фактором, который, повышая тревогу, способствует усилению проявления кожного заболевания. Пациенты с кожными заболеваниями по сравнению со здоровыми лицами в большей степени склонны к аддитивному поведению, в частности, к алкоголизации и курению, поскольку алкоголь и никотин обладают анксиолитическими свойствами и снижают тревожность [2]. При возникновении первичных дерматологических заболеваний имеют место соматопсихические влияния.

Заболевания кожи, не имеющие психосоматического (истинного) механизма, воздействуют на психику и влияют на эмоциональное состояние, вызывая психические нарушения. Наличие косметических дефектов различной локализации и выраженности становится потенциальным фактором развития нервно-психических расстройств. Кожные симптомы в большинстве случаев заметны окружающим, что делает эти проявления дополнительным стрессовым фактором, который, включаясь в патогенез заболевания, создает основу для формирования вторичных переживаний (преимущественно тревожных и депрессивных), тем самым способствуя хронизации заболевания и фиксации переживаний, запуская так называемый порочный круг [3].

Наиболее частые аффективные нарушения, сопровождающие течение кожных заболеваний – тревожные, фобические (чаще социофобические), депрессивные переживания, в основе которых лежат соматические проявления, имеющие актуальный и постоянно растревающий характер [4]. Депрессия при дерматологических нарушениях также часто связана с идеями физического недостатка, неполноценности, страха пожизненной деформации или уродства, опасениями по поводу прогноза и исхода заболевания, сопряженными с ощущением безнадежности, бесперспективности, ущербности, пессимистической оценкой будущего. В переживаниях и поведении характерны повышенная стеснительность, связанная с опасениями негативного отношения окружающих, переживаниями об утрате привлекательности, избегающее или зависимое поведение, стремление скрыть имеющиеся изъяны кожных покровов [5].

**Цель:** изучить особенности психосоматической симптоматики у пациентов с розацеа, псориазом, инфекционной экземой, склеродермией и вульгарными угрями.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проводилось на основании опроса 218 пациентов (клиническая группа). Среди них 169 женщин и 49 мужчин (средний возраст  $36,21 \pm 12,55$  лет), страдающих розацеа, псориазом, инфекционной экземой, склеродермией и вульгарным акне, которые находились на стационарном лечении в Учреждении «Гомельский областной клинический кожно-венерологический диспансер».

Контрольную группу составили 30 человек: 15 (50%) женщин и 15 (50%) мужчин (средний возраст составил  $39,6 \pm 7,71$  лет).

Материалом для анализа послужили результаты опроса респондентов с помощью валидизированного опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (symptom check list-90-revised).

Статистический анализ проводился с применением пакета прикладных программ StatSoft. Statistica.10.0.1011.MR-1. Данные представлялись в виде среднего арифметического и стандартного отклонения среднего арифметического ( $M \pm SD$ ). для сравнения данных, полученных в группе контроля и опытной группе использовался Т-критерий. Статистически значимыми считались результаты при значении  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования.** Пациенты с розацеа показали наименьшие изменения психосоматической симптоматики (таблица 1), но при этом были более подвержены развитию соматических, обсессивно-компульсивных расстройств, повышенной тревожности, они могут испытывать более заметный дискомфорт в процессе межличностного взаимодействия. Возможно, это связано с локализацией высыпаний на лице. При этом, статистически значимых отличий от контрольной группы выявлено не было.

**Таблица 1**  
**Психопатологическая симптоматика у пациентов с патологией кожи**

<b>Симптоматика</b>	<b>акне, (n=62)</b>	<b>склеродермия, (n=64)</b>	<b>экзема, (n=30)</b>	<b>псориаз, (n=40)</b>	<b>розацеа, (n=22)</b>	<b>контрольная группа, (n=30)</b>
Соматизация	0,9±0,3*	1,1±0,5*	0,8±0,5*	1,0±0,5*	0,7±0,4	0,5±0,4
Обсессивно-компульсивные расстройства	0,8±0,3*	0,7±0,4*	0,8±0,5*	1,0±0,6*	0,5±0,3	0,5±0,3
Межличностная сензитивность	1,0±0,5*	0,7±0,5	0,6±0,6	0,8±0,4*	0,5±0,3	0,4±0,4
Депрессия	0,7±0,5*	0,6±0,4*	0,5±0,4*	0,6±0,4*	0,3±0,2	0,3±0,3
Тревожность	0,7±0,4*	0,6±0,4*	0,5±0,5	0,7±0,5*	0,4±0,3	0,3±0,2
Враждебность	0,7±0,5*	0,4±0,4	0,5±0,5	0,6±0,6	0,4±0,3	0,4±0,3
Фобическая тревожность	0,5±0,5*	0,25±0,3	0,3±0,3*	0,4±0,5*	0,1±0,1	0,1±0,1
Паранойяльные тенденции	0,9±0,3*	0,4±0,4	0,6±0,5	0,7±0,7	0,4±0,4	0,4±0,3
Психотизм	0,6±0,4*	0,3±0,3	0,3±0,3*	0,3±0,3*	0,1±0,1	0,1±0,1
GSI	0,7±0,3*	0,6±0,040*	0,6±0,4*	0,7±0,34*	0,4±0,3	0,3±0,2
PST	54,1±8,4*	37,7±1,72*	35,6±19,2*	41,6±13,7*	26,0±13,0	25,2±14,2
PSDI	1,3±0,2	1,4±0,3*	1,4±0,3*	1,5±0,3*	1,3±0,3	1,2±0,2

Примечание: \* статистически значимые отличия ( $p < 0,05$ ).

У пациентов с псориазом выявлены наиболее сильные изменения психосоматической симптоматики по большинству шкал (таблица 1), которые статистически значимо превышающие показатели группы контроля. Они были подвержены таким психопатологическим изменениям как соматизация, обсессивно-компульсивные расстройства, межличностная сензитивность, фобическая тревожность депрессия, тревожность, психотизм.

Пациенты с инфекционной экземой были наиболее подвержены таким психопатологическим изменениям, как соматизация, обсессивно-компульсивные расстройства, депрессия, тревожность, психотизм, которые статистически значимо превышали соответствующие показатели в контрольной группе (таблица 1). У пациентов с псориазом и инфекционным дерматитом среди всей симптоматики лидировали соматизация и обсессивно-компульсивные расстройства.

Пациенты со склеродермией наиболее подвержены таким психопатологическим изменениям, как соматизация, обсессивно-компульсивные расстройства, депрессия, тревожность (таблица 1). Наиболее выраженным симптомом у них была соматизация, что может быть связано с хроническим течением заболевания, беспокойством пациентов о возможности поражения внутренних органов.

По всем шкалам выявлено более высокие цифры психосоматической симптоматики у пациентов с вульгарным акне (таблица 1). Преобладающим симптомом у них была межличностная сензитивность, которая характеризуется как самоосуждение, чувство беспокойства и заметный дискомфорт в процессе межличностного взаимодействия, а также негативные ожидания относительно любых коммуникаций с другими людьми. Вероятно, это результат высыпаний, которые локализованы преимущественно на лице и их зачастую невозможно скрыть.

Индекс PST (общее число симптомов, на которые опрашиваемые дали утвердительные ответы) у пациентов с кожной патологией был больше, чем у респондентов группы контроля, и достиг максимального значения в нашем исследовании у пациентов с вульгарными угрями и псориазом. Общий индекс тяжести симптомов GSI, отражающим уровень психического дистресса индивида и характеризующий количество симптомов и интенсивности переживаемого



превышал показатель группы контроля при всех заболеваниях кожи, наибольшее его значение было у пациентов с акне, псориазом, ограниченной склеродермией. Индекс PSDI, представляющий собой измерение интенсивности дистресса, был более высоким у пациентов с псориазом, ограниченной склеродермией и инфекционной экземой (таблица 1).

**Заключение.** Таким образом, у пациентов с поражением кожи была выявлена более выраженная психосоматическая симптоматика относительно группы контроля. Пациенты с заболеваниями кожи могут испытывать психический дистресс разного уровня интенсивности. Наиболее выраженный уровень и интенсивность дистресса были выявлены у пациентов с псориазом и ограниченной склеродермией, уровень дистресса был высок и у пациентов с вульгарными угрями.

### Литература

1. Neuroimmunology of stress: skin takes center stage / P. Arck [et al.] *J Investigat Dermatol.* – 2006. – N126 (8). – P.1697-1704.
2. Alcohol misuse in patients with psoriasis: identification and relationship to disease severity and psychological distress / M. A. McAleer [et al.] // *Br J Dermatol.* – 2011. – N164(6). – P. 1256-1261.
3. The Psychological Burden of Skin Diseases: A Cross-Sectional Multicenter Study among Dermatological Out-Patients in 13 European Countries / F. Dalgard [et al.] // *J Investigat Dermatol.* – 2015. – N135 (4). – P. 984-991.
4. Шавловская, О. А. Тревожные расстройства в дерматологической практике / О. А. Шавловская // *Журнал Дерматология.* – 2014. – № 3. – С. 33-35.
5. Польшин, И. В. Оценка психопатологических признаков у молодых людей с вульгарным акне / И. В. Польшин, Л. А. Порошина // *Дерматовенерология. Косметология.* – 2019. – № 1. – Т.5. – С.30-36.

Порошина Л.А., Рублевская Е.И.

Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

Учреждение «Гомельский областной клинический кожно-венерологический диспансер», Гомель, Беларусь

## АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

**Введение.** Ограниченная склеродермия – хроническое заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением кожи и подлежащих тканей, характеризующееся появлением очагов склероза на фоне воспалительных явлений (эритемы, отека) и последующим присоединением атрофии и гипо/гиперпигментации кожи. Несмотря на отсутствие официальных статистических данных, можно утверждать, что пациентов с ограниченной склеродермией становится все больше и протекает это заболевание агрессивнее [2]. Одной из причин увеличения числа пациентов, страдающих склеродермией в последние годы, является изменение иммунореактивности организма, связанной с контактом многочисленными профессиональными и бытовыми аллергенами, широкой антибиотикотерапией [3].

Заболеваемость ограниченной склеродермией составляет от 0,24 до 3 случаев на 100 тысяч населения (в том числе 3–4 случая на 1 млн детей) [1]. Заболевание может возникать в любом возрасте, даже у новорожденных, но чаще выявляется в возрасте 30–55 лет. Девочки болеют чаще мальчиков более чем в 3 раза, а женщины в возрасте 40–55 лет составляют 75% пациентов со склеродермией [3, 4, 5].

**Цель исследования:** изучить заболеваемость ограниченной склеродермией в Гомельской области, определить структуру заболеваемости, установить долю первичных диагнозов ограниченной склеродермии среди всех первичных диагнозов, установленных в Гомельском областном клиническом кожно-венерологическом диспансере и определить тенденции изменения этого показателя, изучить структуру диспансерной группы. Изучить гендерное распределение среди различных возрастных групп.