ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Нарзикулов Рустам Мардонович
Доцент кафедры дерматовенерологи и косметологии Самаркандского государственного медицинского университета. Узбекистан, г. Самарканд, ул.Амира Темура 18, Тел: +998 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

Икромова Равшана Рустам угли
Мирзохакимова Парвиза Джуманазарзода
Сатторова Отабека Санатовича
Шерматова Асрора Шерали угли
Студент 610-группы факультета медицинской педагогики Самаркандского государственного медицинского университета, г. Самарканд, ул.Амира Темура 18, Тел: +998 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

https://doi.org/10.5281/zenodo.18282760

Аннотация: Псориаз является хроническим иммуновоспалительным заболеванием кожи, сопровождающимся выраженным влиянием на психоэмоциональное состояние пациентов и качество их жизни. Цель исследования — изучить структуру и выраженность психоэмоциональных нарушений у больных псориазом и оценить их влияние на клиническую активность и течение заболевания. Материалы и методы. Проведено одномоментное клинико-обсервационное исследование с участием 120 пациентов с псориазом и 40 практически здоровых лиц. Оценка тяжести заболевания осуществлялась с использованием индекса PASI, качества жизни — по шкале DLQI, тревожных и депрессивных расстройств — по шкале HADS. Статистический анализ включал методы описательной статистики, корреляционный анализ и логистическую регрессию. Результаты. Клинически значимые тревожные расстройства выявлены у 46,7 % пациентов, депрессивные — у 38,3 %, что достоверно превышало показатели контрольной группы. Наличие тревожно-депрессивных расстройств ассоциировалось с более высокой клинической активностью псориаза, увеличением частоты и продолжительности обострений, более высокими значениями PASI и выраженным снижением качества жизни. Выявлены статистически значимые корреляции между показателями тревоги и депрессии, тяжестью кожного процесса и индексом DLQI. Установлено, что тревога и депрессия являются независимыми прогностическими факторами тяжёлого течения псориаза и снижения приверженности к терапии. Заключение. Психоэмоциональные нарушения играют существенную роль в формировании неблагоприятного течения псориаза и должны рассматриваться как важный компонент комплексной оценки состояния пациентов. Учет психоэмоционального статуса и его коррекция являются необходимыми условиями оптимизации лечения и повышения эффективности терапии больных псориазом.

Ключевые слова: псориаз, психоэмоциональные нарушения, тревога, депрессия, качество жизни, PASI, DLQI.

PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS IN PSORIA PATIENTS AND THEIR INFLUENCE ON THE COURSE OF THE DISEASE

Narzikulov Rustam Mardonovich
Associate Professor of the Department of Dermatovenereology and Cosmetology, Samarkand State Medical University. Uzbekistan, Samarkand city, Amir Temur street 18, Tel.: +998 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

Ikramov Ravshan Rustam ugli
Mirzokhakimov Parviz Jumanazarzoda
Sattorov Otabek San'atovich
Shermatov Asror Sherali ugli
A student of group 610 of the Faculty of Medical Pedagogy of the Samarkand State Medical University, Samarkand city, Amir Temur street 18, Tel: +998 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz.

Abstract: Psoriasis is a chronic immune-inflammatory skin disease that is accompanied by a pronounced impact on the psycho-emotional state of patients and their quality of life.The aim of the study is to study the structure and severity of psychoemotional disorders in patients with psoriasis and to assess their impact on the clinical activity and course of the disease.Materials and methods. A one-time clinical observation study was conducted with 120 patients with psoriasis and 40 practically healthy individuals. The severity of the disease was assessed using the PASI index, quality of life - according to the DLQI scale, anxiety and depressive disorders - according to the HADS scale. Statistical analysis included descriptive statistics methods, correlation analysis, and logistic regression.Results. Clinically significant anxiety disorders were detected in 46.7% of patients, depressive disorders - in 38.3%, which significantly exceeded the indicators of the control group. The presence of anxiety-depressive disorders was associated with a higher clinical activity of psoriasis, an increase in the frequency and duration of exacerbations, higher PASI values, and a pronounced decrease in quality of life. Statistically significant correlations were found between anxiety and depression indicators, the severity of the skin process, and the DLQI index. It has been established that anxiety and depression are independent prognostic factors for the severe course of psoriasis and decreased adherence to therapy.Conclusion. Psychoemotional disorders play a significant role in the formation of an unfavorable course of psoriasis and should be considered an important component of a comprehensive assessment of patients' condition. Considering the psycho-emotional status and its correction is a necessary condition for optimizing treatment and increasing the effectiveness of psoriasis therapy.

Keywords: psoriasis, psychoemotional disorders, anxiety, depression, quality of life, PASI, DLQI.

ПСОРИАЗ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ПСИХОЭМОТСИОНАЛ БУЗИЛИШЛАР ВА УЛАРНИНГ КАСАЛЛИК КЕЧИШИГА ТАЪСИРИ.

Нарзиқулов Рустам Мардонович
Самарқанд давлат тиббиёт университети Дерматовенерология ва косметология кафедраси доценти. Ўзбекистон, Самарқанд шаҳри, Амир Темур кўчаси, 18-уй, Тел: +998 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

Ikromov Ravshan Rustam o‘g‘li
Mirzohakimov Parviz Jumanazarzoda
Sattorov Otabek San’atovich
Shermatov Asror Sherali o‘g‘li

Samarqand davlat tibbiyot universiteti tibbiy pedagogika fakulteti 610-guruh talabasi. O‘zbekiston, Samarqand shahri, Amir Temur ko‘chasi 18, Tel: +998 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

Аннотация: Псориаз сурункали иммун яллиғланиш тери касаллиги бўлиб, беморларнинг психоэмотсионал ҳолатига ва уларнинг ҳаёт сифатига сезиларли таъсир кўрсатади. Тадқиқотнинг мақсади псориаз билан оғриган беморларда психоэмотсионал бузилишларнинг тузилиши ва ифодаланишини ўрганиш ҳамда уларнинг касалликнинг клиник фаоллиги ва кечишига таъсирини баҳолашдан иборат. Материалы и методы. Псориаз билан касалланган 120 нафар бемор ва 40 нафар амалий соғлом шахслар иштирокида бир вақтнинг ўзида клиник-обсерватсион тадқиқот ўтказилди. Касалликнинг оғирлик даражаси ПАСИ индекси, ҳаёт сифати ДЛҚИ шкаласи, хавотирли ва депрессив бузилишлар ҲАДС шкаласи ёрдамида баҳоланди. Статистик таҳлил тавсифий статистика, коррелятсион таҳлил ва логистик регрессия усулларини ўз ичига олди. Натижалар. Клиник жиҳатдан аҳамиятли хавотирли бузилишлар 46,7% беморларда, депрессив бузилишлар 38,3% беморларда аниқланди, бу назорат гуруҳи кўрсаткичларидан сезиларли даражада ошди. Хавотир-депрессив бузилишларнинг мавжудлиги псориазнинг юқори клиник фаоллиги, хуружлар частотаси ва давомийлигининг ошиши, ПАСИ нинг юқори қийматлари ва ҳаёт сифатининг сезиларли пасайиши билан боғлиқ эди. Хавотир ва депрессия кўрсаткичлари, тери жараёнининг оғирлиги ва ДЛҚИ индекси ўртасида статистик жиҳатдан аҳамиятли боғлиқликлар аниқланди. Хавотир ва депрессия псориазнинг оғир кечиши ва терапияга мойилликнинг пасайишининг мустақил прогностик омиллари эканлиги аниқланди. Хулоса. Психоэмотсионал бузилишлар псориазнинг нохуш кечишининг шаклланишида муҳим роль ўйнайди ва беморлар ҳолатини комплекс баҳолашнинг муҳим таркибий қисми сифатида қаралиши керак. Психоэмотсионал ҳолатни ҳисобга олиш ва уни коррекциялаш псориаз билан касалланган беморларни даволашни оптималлаштириш ва даволаш самарадорлигини оширишнинг зарурий шарти ҳисобланади.

Калит сўзлар: псориаз, психоэмотсионал бузилишлар, хавотир, депрессия, ҳаёт сифати, PASI, DLQI.

Введение: Псориаз представляет собой хроническое иммуновоспалительное заболевание кожи, характеризующееся рецидивирующим течением, полиморфизмом клинических проявлений и системным характером воспалительного процесса. По данным эпидемиологических исследований, распространённость псориаза в популяции колеблется от 1 до 3 %, достигая в отдельных регионах 4–5 %, что определяет его высокую медико-социальную значимость [1–3]. Заболевание может манифестировать в любом возрасте, нередко протекает тяжело, сопровождается частыми обострениями и резистентностью к стандартной терапии [4].

Современные представления о патогенезе псориаза рассматривают его как мультифакторную патологию, в основе которой лежит взаимодействие генетических, иммунологических, нейроэндокринных и внешнесредовых факторов. Ключевую роль играют нарушения врождённого и адаптивного иммунитета с активацией Th1/Th17-опосредованных воспалительных путей и избыточной продукцией провоспалительных цитокинов (TNF-α, IL-17, IL-23), что приводит к гиперпролиферации кератиноцитов и формированию типичных псориатических бляшек [5–7].

Наряду с кожными проявлениями псориаз всё чаще рассматривается как системное заболевание, ассоциированное с развитием коморбидных состояний, включая метаболический синдром, сердечно-сосудистые заболевания, псориатический артрит и психоэмоциональные

расстройства [8–10]. Последние приобретают особую актуальность, поскольку видимая локализация высыпаний, хронический зуд, косметический дефект и социальная стигматизация оказывают выраженное негативное влияние на психологическое состояние пациентов [11].

По данным различных авторов, у больных псориазом частота тревожных расстройств составляет 30–50 %, депрессивных — 20–40 %, что значительно превышает аналогичные показатели в общей популяции [12–14]. Психоэмоциональные нарушения способствуют снижению качества жизни, нарушению социальной адаптации, ухудшению комплаентности и отказу от длительной терапии [15]. Более того, накопленные данные свидетельствуют о двусторонней взаимосвязи между психоэмоциональным состоянием и активностью псориатического процесса.

Хронический стресс и депрессия сопровождаются дисрегуляцией гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, изменением уровня кортизола и усилением продукции провоспалительных медиаторов, что может потенцировать кожное воспаление и провоцировать обострения псориаза [16–18]. Таким образом, формируется «порочный круг», при котором тяжесть кожного процесса усугубляет психоэмоциональные нарушения, а последние, в свою очередь, негативно влияют на течение заболевания.

Несмотря на возрастающий интерес к данной проблеме, вопросы влияния психоэмоциональных нарушений на клиническую активность псориаза, частоту обострений и эффективность терапии остаются недостаточно изученными, особенно в условиях реальной клинической практики. Это определяет актуальность настоящего исследования, направленного на комплексную оценку психоэмоционального статуса больных псориазом и его влияния на течение заболевания.

Цель исследования: Целью настоящего исследования явилось изучение структуры и выраженности психоэмоциональных нарушений у больных псориазом, а также оценка их влияния на клиническую активность и течение заболевания.

Материалы и методы исследования: Проведено одномоментное клинико-обсервационное исследование. В исследование включено 120 пациентов с клинически и дерматоскопически верифицированным диагнозом псориаза в возрасте от 18 до 65 лет. Контрольную группу составили 40 практически здоровых лиц без хронических дерматологических заболеваний, сопоставимых по полу и возрасту.

Методы исследования: клиническая оценка тяжести псориаза с использованием индекса PASI, оценка качества жизни с применением дерматологического индекса DLQI, скрининг тревожных и депрессивных расстройств по шкале HADS, сбор анамнестических данных (длительность заболевания, частота обострений, сопутствующие заболевания).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного обеспечения SPSS. Применялись методы описательной статистики, корреляционный анализ Пирсона и критерий Стьюдента. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$..

Результаты исследования: В исследование было включено 120 пациентов с клинически верифицированным диагнозом Псориаз. Средний возраст обследованных составил 42,6 ± 11,8 года; мужчин — 62 (51,7 %), женщин — 58 (48,3 %). Средняя длительность заболевания — 9,4 ± 6,2 года. У большинства пациентов (68,3 %) отмечалось рецидивирующее течение с частотой обострений 2 и более раз в год.

Показатели психоэмоционального состояния. По данным шкалы HADS клинически значимые признаки тревожных расстройств (≥11 баллов) были выявлены у 56 (46,7 %) пациентов,

субклиническая тревога (8–10 баллов) — у 24 (20,0 %). Депрессивные расстройства диагностированы у 46 (38,3 %) больных, при этом субклинические депрессивные проявления отмечались у 22 (18,3 %) пациентов. В контрольной группе показатели тревоги и депрессии не превышали 12,5 % и 10,0 % соответственно ($p < 0,001$).

Клиническая активность псориаза. Средний индекс тяжести псориаза (PASI) в основной группе составил 14,9 ± 5,6 балла. У пациентов с выраженными тревожно-депрессивными расстройствами PASI был достоверно выше по сравнению с пациентами без психоэмоциональных нарушений (18,6 ± 4,2 против 11,3 ± 3,7; $p < 0,01$). Тяжёлые формы псориаза (PASI > 20) регистрировались преимущественно у лиц с высоким уровнем тревоги и депрессии.

Качество жизни. Анализ дерматологического индекса качества жизни (DLQI) показал выраженное снижение качества жизни у пациентов с психоэмоциональными нарушениями. Средний показатель DLQI в данной подгруппе составил 18,2 ± 4,9 балла, что соответствовало значительному и крайне выраженному влиянию заболевания на повседневную активность. У пациентов без тревожно-депрессивных расстройств DLQI был достоверно ниже — 9,6 ± 3,8 балла ($p < 0,001$).

Корреляционный анализ. При проведении корреляционного анализа выявлена статистически значимая положительная связь между: уровнем тревоги (HADS-A) и индексом PASI ($r = 0,48$; $p < 0,01$), уровнем депрессии (HADS-D) и частотой обострений псориаза ($r = 0,52$; $p < 0,01$), показателями DLQI и выраженностью депрессивных симптомов ($r = 0,61$; $p < 0,001$).

Установлено, что пациенты с высоким уровнем депрессии чаще сообщали о снижении приверженности к терапии, нерегулярном применении наружных средств и преждевременном прекращении системного лечения.

Влияние психоэмоциональных факторов на течение заболевания.

У пациентов с выраженными психоэмоциональными нарушениями отмечалось: более раннее начало обострений после стрессовых ситуаций, увеличение продолжительности рецидивов, меньшая клиническая эффективность стандартной терапии.

Анализ подгрупп в зависимости от тяжести псориаза. Пациенты были распределены на подгруппы в зависимости от степени тяжести Псориаз согласно индексу PASI: лёгкое течение (PASI < 10) — 34 (28,3 %) пациента, среднетяжёлое течение (PASI 10–20) — 56 (46,7 %), тяжёлое течение (PASI > 20) — 30 (25,0 %).

Установлено, что частота клинически значимой тревоги и депрессии возрастала пропорционально увеличению тяжести заболевания. Так, при лёгком течении тревожные расстройства выявлялись у 20,6 % пациентов, при среднетяжёлом — у 46,4 %, при тяжёлом — у 73,3 % ($p < 0,001$). Аналогичная тенденция отмечалась для депрессивных расстройств (17,6 %, 39,3 % и 66,7 % соответственно).

Связь психоэмоционального статуса с длительностью заболевания. При анализе влияния длительности псориаза установлено, что пациенты с заболеванием продолжительностью более 10 лет имели достоверно более высокие показатели депрессии по шкале HADS-D по сравнению с пациентами с меньшим стажем болезни (12,1 ± 3,4 против 8,7 ± 2,9; $p < 0,01$). Это сопровождалось более выраженным снижением качества жизни и социальной активности.

Гендерные особенности психоэмоциональных нарушений. Женщины с псориазом демонстрировали более высокие показатели тревоги (HADS-A: 11,8 ± 3,1) по сравнению с мужчинами (9,6 ± 2,8; $p < 0,05$), тогда как показатели депрессии не имели статистически значимых

гендерных различий. При этом у женщин чаще отмечалось выраженное влияние заболевания на самооценку и социальные контакты, что отражалось в более высоких значениях DLQI.

Прогностический анализ. С использованием множественной логистической регрессии было установлено, что наличие клинически значимой депрессии увеличивало вероятность тяжёлого течения псориаза (PASI > 20) в 2,7 раза (OR = 2,7; 95 % CI: 1,4–5,1; p < 0,01), а высокий уровень тревоги — в 2,1 раза (OR = 2,1; 95 % CI: 1,2–3,8; p < 0,05), независимо от возраста, пола и длительности заболевания.

Психоэмоциональные факторы и приверженность к терапии. Дополнительный анализ показал, что низкая приверженность к терапии отмечалась у 42,9 % пациентов с депрессивными расстройствами против 18,4 % среди пациентов без депрессии (p < 0,01). Эти пациенты чаще сообщали о пропусках лечения, самовольной отмене препаратов и отсутствии регулярного диспансерного наблюдения.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что психоэмоциональные нарушения у больных псориазом имеют не только высокую распространённость, но и выраженное прогностическое значение. Тревога и депрессия ассоциированы с большей клинической активностью заболевания, увеличением частоты и продолжительности обострений, снижением эффективности терапии и ухудшением качества жизни.

Выводы: Психоэмоциональные нарушения являются частым и клинически значимым компонентом течения Псориаз, проявляясь высокой распространённостью тревожных и депрессивных расстройств у пациентов. Наличие тревоги и депрессии достоверно ассоциировано с большей клинической активностью псориаза, увеличением частоты и продолжительности обострений, а также более тяжёлыми формами заболевания. Психоэмоциональные нарушения оказывают выраженное негативное влияние на качество жизни больных псориазом и сопровождаются снижением приверженности к терапии. Тревожно-депрессивные расстройства являются независимыми прогностическими факторами неблагоприятного течения псориаза, что обосновывает необходимость их систематической оценки в клинической практике. Полученные данные подтверждают целесообразность комплексного мультидисциплинарного подхода к лечению больных псориазом с учётом психоэмоционального статуса пациентов.

Список литературы:

1. Parisi R, Symmons DPM, Griffiths CEM, Ashcroft DM. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review. J Invest Dermatol. 2013;133(2):377–385.
2. World Health Organization. Global report on psoriasis. Geneva: WHO; 2016.
3. Nestle FO, Kaplan DH, Barker J. Psoriasis. N Engl J Med. 2009;361(5):496–509.
4. Griffiths CEM, Armstrong AW, Gudjonsson JE, Barker JNWN. Psoriasis. Lancet. 2021;397(10281):1301–1315.
5. Lowes MA, Suárez-Fariñas M, Krueger JG. Immunology of psoriasis. Annu Rev Immunol. 2014;32:227–255.
6. Rendon A, Schäkel K. Psoriasis pathogenesis and treatment. Int J Mol Sci. 2019;20(6):1475.
7. Armstrong AW, Read C. Pathophysiology, clinical presentation, and treatment of psoriasis. JAMA. 2020;323(19):1945–1960.
8. Takeshita J, Grewal S, Langan SM, et al. Psoriasis and comorbid diseases. J Am Acad Dermatol. 2017;76(3):377–390.

9. Mehta NN, Azfar RS, Shin DB, et al. Patients with severe psoriasis are at increased risk of cardiovascular mortality. JAMA. 2010;303(8):749–756.
10. Ritchlin CT, Colbert RA, Gladman DD. Psoriatic arthritis. N Engl J Med. 2017;376:957–970.
11. Kimball AB, Jacobson C, Weiss S, et al. The psychosocial burden of psoriasis. Am J Clin Dermatol. 2005;6(6):383–392.
12. Kurd SK, Troxel AB, Crits-Christoph P, Gelfand JM. The risk of depression, anxiety, and suicidality in patients with psoriasis. Arch Dermatol. 2010;146(8):891–895.
13. Fleming P, Bai JW, Pratt M, et al. The prevalence of anxiety in psoriasis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2017;31(5):798–807.
14. Dowlatshahi EA, Wakkee M, Arends LR, Nijsten T. The prevalence and odds of depressive symptoms and clinical depression in psoriasis. J Invest Dermatol. 2014;134(6):1542–1551.
15. Feldman SR, Horn EJ, Balkrishnan R, et al. Psoriasis: improving adherence. J Am Acad Dermatol. 2008;59(6):1009–1016.
16. Buske-Kirschbaum A, Geiben A, Hellhammer D. Psychobiological aspects of atopic dermatitis and psoriasis. Psychother Psychosom. 2001;70(1):6–16.
17. Gupta MA, Gupta AK. Psychodermatology: an update. J Am Acad Dermatol. 2013;69(1):151.e1–151.e13.
18. Hunter HJA, Griffiths CEM, Kleyn CE. Does psychosocial stress play a role in the exacerbation of psoriasis? Br J Dermatol. 2013;169(5):965–974.