

СЛУЧАЙ СОМАТИЗИРОВАННОГО РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТКИ С ПОЗДНИМИ АКНЕ

Казьмина И.Б.¹, Кошель М.В.¹, Сотникова А.Ю.¹, Одинец А.В.¹, Водяная А.А.¹

¹ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Ставрополь, e-mail: monikapushistaya@yandex.ru

В статье приведен клинический случай влияния поздних акне средней степени тяжести на психоэмоциональную сферу пациентки репродуктивного возраста. В ходе обследования установлен диагноз основного заболевания «поздние акне средней степени тяжести». Из анамнеза следовало, что основной причиной обострения заболевания мог стать нервный стресс, кроме того, пациентка обращала внимание на то, что элементы сыпи причиняли ей выраженный дискомфорт – зуд, болезненность, что, по ее мнению, объясняло необходимость их эксфолиации, при этом осмотр выявил лишь немногочисленные воспалительные элементы без явлений травматизации. Это позволило сделать вывод о значительном влиянии акне на психоэмоциональное состояние, которое в свою очередь являлось основной причиной механического повреждения пациенткой собственных кожных покровов. Была назначена консультация врача-психиатра, выявлено недифференцированное соматизированное расстройство. Помимо антибиотикотерапии и топических ретиноидов по рекомендации психиатра получала серталин, перфеназин, курс психотерапии. Динамика лечения оценивалась через 1, 3, 6 месяцев. В ходе наблюдения отмечали положительную динамику как со стороны кожных покровов, так и в психоэмоциональной сфере. По завершении наблюдения отмечалась стойкая ремиссия по основному заболеванию, кроме того, пациентка отмечала значительное улучшение общего эмоционального состояния. Депрессивное состояние пациентки, неудовлетворенность внешним видом являются причиной снижения качества жизни. Это подчеркивает необходимость своевременной постановки диагноза основного заболевания, а также привлечения смежных специалистов – психологов, психоневрологов и психиатров. В отношении механических, эксфолированных, фульминантных акне, а также акне тяжелого течения совместное ведение с психоневрологами и психиатрами может быть рекомендовано к включению в алгоритм оказания помощи.

Ключевые слова: поздние акне, эксфолиации, стресс, антидепрессанты, соматизированное расстройство.

A CASE OF SOMATISATION DISORDER IN ADULT ACNE WOMAN

Kazmina I.B.¹, Koshel M.V.¹, Sotnikova A.Y.¹, Odinets A.V.¹, Vodyanaya A.A.¹

¹ Stavropol State Medical University, Stavropol, e-mail: monikapushistaya@yandex.ru

The article presents a clinical case of the influence of late moderate acne on the psycho-emotional sphere of a patient of reproductive age. In the course of the examination, the diagnosis of the underlying disease "late acne of moderate severity" was established. From the anamnesis it followed that the main cause of the exacerbation of the disease could be nervous stress, in addition, the patient drew attention to the fact that the elements of the rash caused her severe discomfort - itching, soreness, which, in her opinion, explained the need for exfoliating them, while the examination revealed only few inflammatory elements without trauma. This made it possible to conclude that acne has a significant effect on the psychoemotional state, which in turn was the main cause of the patient's mechanical damage to her own skin. A consultation with a psychiatrist was ordered, and an undifferentiated somatized disorder was revealed. In addition to antibiotic therapy and topical retinoids, on the recommendation of a psychiatrist, she received sertraline, perphenazine, and a course of psychotherapy. The dynamics of treatment was assessed after 1, 3, 6 months. During the observation, positive dynamics were noted both on the part of the skin and in the psychoemotional sphere. At the end of the observation, there was a stable remission of the underlying disease, in addition, the patient noted a significant improvement in the general emotional state. The patient's depressive state, dissatisfaction with her appearance are the reasons for the decrease in the quality of life. This emphasizes the need for a timely diagnosis of the underlying disease, as well as the involvement of related specialists - psychologists, neuropsychiatric specialists and psychiatrists. Mechanical, exfoliated, fulminant, severe acne should be consult with neuropsychiatrists and psychiatrists, it can be recommended for inclusion in the treatment algorithm.

Keywords: adult acne, exfoliation, stress, antidepressants, somatisation disorder.

Поздние акне - хроническое кожное заболевание волосяного фолликула и сальной железы, проявляющееся на себорейных участках кожи в виде воспалительных (гнойники, папулы, узлы) и невоспалительных (комедоны, милиумы) элементов. Отмечается неуклонный рост удельного веса поздних акне, в том числе в старших возрастных группах; так, среди женщин в возрасте от 40 до 49 лет заболевание отмечается, по разным данным, от 21,3 до 28,4% [1; 2]. Данная клиническая форма отличается преимущественным поражением нижней трети лица, в так называемой U-зоне, туловище и верхние конечности поражаются крайне редко [3-5]. Кроме того, у 70% женщин с поздними акне легкой и средней степени тяжести гиперсекреция кожного сала не выражена [1]. В значительной степени выражена связь обострений с менструальным циклом, чему, вероятно, способствует микроотек фолликула, возникающий во второй фазе. Кроме того, подобный эффект может возникать на фоне приема комбинированных контрацептивов и заместительной гормональной терапии, чаще назначаемой, в том числе с лечебными целями, пациенткам старше 25 лет [6]. Согласно федеральным клиническим рекомендациям по ведению акне 2016 года с учетом клинической картины заболевания выделяют 3 подтипа поздних акне:

- стойкие (персистирующие), начинающиеся в подростковом периоде и переходящие во взрослый возраст, такой вариант течения поздних акне встречается у 80% женщин;
- акне с поздним началом - в подростковом возрасте у пациентов кожные покровы свободны от высыпаний, дебют в возрасте от 25 лет и старше;
- рецидивирующие акне - высыпания пациенты отмечали в подростковом периоде с последующей ремиссией вплоть до старшего возраста.

Также у взрослых женщин различают следующие степени тяжести:

- невоспалительные акне в нижней 1/3 лица и переносицы;
- воспалительный подтип: легкое течение с единичными папулами;
- воспалительный подтип: легкое или среднетяжелое течение с папулопустулами;
- воспалительный подтип: тяжелое течение с многочисленными папулопустулами;
- воспалительный подтип: тяжелое течение с узловыми акне [7].

Неотъемлемой частью клинической картины заболевания является формирование вторичных элементов сыпи – гипер- и гипопигментации, рубцов. Зачастую эти симптомы коррелируют с тяжестью течения заболевания, однако в случае с поздними акне в значительной степени влияет фактор травматизации элементов пациентками. Механические, эксфолированные акне являются большой проблемой, особенно среди пациенток, длительно борющихся со своим заболеванием. характеризуется множественными эрозиями, эксфолиациями, геморрагическими корочками. Их следует отличать от невротических

эксориаций, при которых нет реально существующих первичных элементов акне [8]. В 1989 году L. Brocq описывал подобные высыпания и отмечал, что наиболее часто они отмечаются у женщин репродуктивного возраста истероидного типа, а аутоотравматизацию нередко предваряют тщательный осмотр и ощупывание [9]. Нередко данное заболевание возникает на фоне психопатических состояний [10]. Большинство пациентов осознают свое деструктивное поведение, отмечая, что в дебюте травматизации - стрессовое состояние либо концентрация на каком-либо вопросе. Привычка травмировать элементы акне воспринимается как непреодолимая проблема на протяжении длительного времени [11]. Наблюдения, посвященные влиянию дерматологических заболеваний, в том числе акне, на качество жизни, ведутся более 30 лет. Установлено, что пациенты испытывают чувство стыда, тревогу, депрессию, страдают от низкой самооценки, до 6% опрошиваемых со среднетяжелым течением заболевания отмечают суицидальные мысли. Проблема психоэмоционального благополучия женщин с поздними акне является на сегодняшний день одной из самых актуальных. В соответствии с клиническими рекомендациями вопрос совместного ведения дерматологических пациентов со смежными специалистами должен решаться по показаниям. При неоднократном подчеркивании значительного снижения качества жизни больных привлечение психологов, неврологов, психиатров до сих пор не стало рутинной практикой. Отчасти это объясняется нежеланием дерматолога или косметолога указывать пациенту на высокий уровень его социальной дезадаптации, а также возрастающую несоразмерно клинической картине заболевания неудовлетворенность своим внешним видом, перерастающую в аутоагрессию, а иногда и трансформирующуюся в психосоматические расстройства, в том числе патомимию. Об этом в своих трудах писал немецкий врач-психиатр Иоганн Хейнрот в 1818 году, он впервые использовал понятие «психосоматическая медицина», а многие соматические заболевания видел следствием негативных эмоциональных переживаний. В теории личностных профилей соматических заболеваний Ф. Данбара, теории конституции Э. Кречмера и В. Шелдона, теории конверсии симптома З. Фрейда, теории де- и ресоматизации М. Шура, концепции стресса Г. Селье и многих других неоднократно подчеркивалась значимость влияния психоэмоционального состояния человека на развитие соматических расстройств [12]. П.Т. Петрюк и И.А. Якущенко выделяли термин «соматизация», под которым понимали функциональные расстройства органов или системы органов без органического поражения, но при наличии психологических и социальных факторов [13]. Согласно десятому пересмотру Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, соматизированные расстройства относятся к числу соматоформных (код F45) [14]. Для данной нозологической группы характерно хроническое течение, проявляющееся со стороны органов и систем, часто

многочисленные болезни, повторяющиеся, провоцируемые межличностными, семейными, социальными конфликтами [15]. Существует и другая точка зрения: Shenefelt P., Ganceviciene R. считали, что если у пациенток изначально отмечалась I–II степень тяжести акне, то дальнейшую аутоотравматизацию следует считать невротическими эксфолиациями [16; 17]. Вариантом соматоформных расстройств являются недифференцируемые соматизированные расстройства (код F 45.1). В отличие от соматоформного расстройства недифференцируемое соматизированное расстройство отличается многочисленными вариациями, устойчивыми во времени и при этом не удовлетворяющими полной и типичной клинической картине соматизированного расстройства. Следует отметить отличие в продолжительности недифференцируемого соматизированного расстройства, длящегося не более двух лет, от соматоформного расстройства - течение заболевания не менее 2 лет. Симптоматика может относиться к любой части тела или системе органов. Зачастую, что связано с клиническим течением заболевания, больные соматизированным расстройством поздно обращаются к врачу-психиатру, не следуют рекомендациям специалистов и, как следствие, затягивают лечение на длительное время. В свою очередь, несвоевременное обращение приводит к хронизации процесса, появлению необратимых изменений личности, нарушению социального, межличностного и семейного взаимодействия [18]. Кроме того, психоэмоциональные расстройства усугубляются физическим дискомфортом, сопровождающим высыпания – зуд, боль и т.д. [19-21]. Многочисленные исследования показывают, что акне негативно влияют на самооценку пациентов, снижают качество жизни. В исследовании Misery L., Wolkenstein P. в 2014 году, включавшем 1375 пациентов с акне, показано, что, помимо снижения самооценки, указанное заболевание также достоверно влияло на сексуальную жизнь [22]. Скорость регресса психоэмоциональных расстройств зависит не только от адекватного дерматологического лечения, но и от соответствующей психокоррекции [17]. В то же время известно, что при поражениях коры головного мозга, подкорковых образований, периферических нервов изменяется салоотделение [23]. Выраженные нарушения салоотделения обнаруживаются у больных психическими заболеваниями: шизофренией, маниакально-депрессивным и инфекционными психозами, эпилепсией. Описано появление конглобатных акне у пациентов, перенесших сильную психическую травму. Также доказано, что повышенная секреция кожного сала происходит при депрессивных состояниях и неврозах, сопровождающихся дисбалансом ВНС, частой сменой периодов преобладания активности адренергических и холинергических механизмов [24]. Таким образом, хорошее психоэмоциональное состояние – залог успешной терапии акне, а также профилактика возможных рецидивов, в особенности у пациенток старшей возрастной группы, у которых в клинической картине заболевания чаще наблюдаются воспалительные

элементы, а также механические и эксфолиированные акне. Непрерывно рецидивирующее течение, наиболее характерное для поздних форм угревой болезни, значительно влияет на психоэмоциональное состояние, снижает качество жизни женщин репродуктивного возраста. В исследовании Yentzer В.А. и соавт. сообщается, что поздние акне у женщин чаще провоцировали развитие депрессивных расстройств по сравнению с мужчинами (8,8% против 5,3%), кроме того, женщины наиболее детально описывали связь своих переживаний с наличием высыпаний, в то время как мужчины отмечали, что заболевание, вероятно, является не основной причиной их стрессового состояния [25].

Цель исследования - демонстрация клинического случая недифференцированного соматизированного расстройства у пациентки с поздними акне и его влияние на качество жизни.

В качестве примера влияния поздних акне на психоэмоциональную сферу представляем клиническое наблюдение. В Краевой клинической кожно-венерологической диспансер г. Ставрополя обратилась больная А., 1981 года рождения, с жалобами на высыпания на коже лица, спины, верхних конечностей, сопровождающиеся зудом, болезненностью. Со слов пациентки, ранее также отмечала высыпания на коже лица, однако они были значительно менее обильными, выраженного дискомфорта не причиняли. Последнее обострение отмечала 6 месяцев назад, связывала с нервным стрессом, к неврологу не обращалась, в течение 2 недель высыпания распространились на кожные покровы спины, плеч. Принимала косметические препараты для базового ухода, эффекта не отмечала. Подобные высыпания отмечала у матери. В анамнезе – хронический тонзиллит, эндометриоз. Аллергологический анамнез не отягощен. Общее состояние удовлетворительное. Патологический процесс носил распространенный характер и локализовался на коже нижней трети лица, коже верхней трети спины, груди, верхних конечностей и был представлен многочисленными открытыми и закрытыми комедонами, фолликулярными узелками красного цвета до 0,5 см в диаметре, большинство из которых – с эксфолиированной поверхностью, единичные - с пустулами в центре, вторичными пятнами, многочисленными нормотрофическими рубчиками на коже спины и плеч. Общеклинические исследования – без патологии. Также консультирована гинекологом-эндокринологом. При исследовании гормонального статуса (определение уровня свободного тестостерона, дегидроэпиандростерона сульфата, лютеинизирующего гормона, фолликулостимулирующего гормона; проведение теста на толерантность к глюкозе) патологии не выявлено. При ультразвуковом исследовании органов малого таза выявлены признаки аденомиоза, мультифолликулярные яичники.

С учетом данных анамнеза, клинической картины установлен диагноз: поздние акне средней степени тяжести. Был назначен курс системной антибиотикотерапии - доксициклина моногидрат («Юнидокс соллютаб») 0,1 г по одной таблетке 2 раза в сутки через равные промежутки времени после приема пищи ежедневно в течение 30 суток, наружная терапия включала средства атравматичного очищения кожи лица (очищающее себорегулирующее средство «Medical collagene 3D») - ежедневно утром и вечером, также для ежедневного применения использовался гель, содержащий 0,1% адапален «Клензит», который наносился ежедневно 1 раз в сутки вечером тонким слоем на предварительно очищенную и высушенную кожу, избегая периоральной и периорбитальной области, в течение 6 месяцев. В случае возникновения выраженных проявлений ретиноидного дерматита (эритема, шелушение, зуд, болезненность, жжение, чувство стянутости кожи) препарат отменялся на 1-2 дня с заменой на препарат, содержащий 5% декспантенол («Пантенол»). На кожу груди, спины, верхних конечностей 1 раз в сутки наносился спиртово-взбалтываемый раствор с эфиром и антибиотиками ежедневно в течение 2 месяцев. С пациенткой была проведена беседа о недопустимости самостоятельной механической травматизации элементов кожной сыпи. С целью контроля выполнения указанных назначений производился ежемесячный осмотр кожных покровов с уточнением текущих жалоб.

По поводу жалоб на появление депрессии, неуверенности, боязни появления новых высыпаний была рекомендована консультация врача-психиатра. Со слов пациентки, стрессовая ситуация, по ее мнению, спровоцировавшая обострение акне, в настоящее время ее практически не беспокоила, однако наличие высыпаний и «отсутствие ощущения гладкой кожи» провоцировали на механическое удаление элементов сыпи, что впоследствии усиливало ощущение зуда и болезненности. Психиатром был установлен диагноз: недифференцируемое соматизированное расстройство (код F 45.1), назначен прием селективного блокатора обратного захвата серотонина пресинаптической мембраной нейронов головного мозга и тромбоцитами - препарата серталиин (50 мг утром вне зависимости от приема пищи на 6 месяцев) с целью снижения проявлений депрессии, тревоги, паники, а также устранения признаков постстрессового расстройства. Также с целью коррекции кожного зуда, нивелирования чувства психоэмоционального напряжения и тревоги назначен блокатор дофаминовых, гистаминовых, серотониновых, альфа-адренергических и холинергических рецепторов препарат перфеназин (курс 4 мг в утренние и обеденные часы после еды на 6 месяцев), кроме того - 10 сеансов групповой психотерапии в стационаре клиники пограничных состояний Ставропольского государственного медицинского университета, включающие в себя ознакомление с проблемой. Целью являлось вывести пациентку на сознательный уровень. Проводимая групповая терапия способствовала

созданию благоприятной психоэмоциональной среды, располагающей принятию себя в социуме, и убеждала в рутинности имеющейся проблемы. Со слов пациентки, проведенная групповая психотерапия позволила ей снизить уровень тревожности при общении с коллегами и друзьями, повысить самооценку, кроме того, менее критично относиться к своей внешности и воспринимать основное заболевание - поздние акне - как рядовое хроническое кожное заболевание. Прием нейротропных препаратов способствовал улучшению общего самочувствия, нормализации настроения, повышению социальной активности, отмечались улучшение способности сосредотачиваться на отдельных задачах, нормализация режима сна и бодрствования.

Повторные осмотры кожных покровов выполнялись через 1, 3 и 6 месяцев – отмечалась положительная динамика, выражающаяся в постепенном регрессе элементов сыпи. На осмотре спустя 6 месяцев сохранялись лишь единичные невоспалительные элементы акне. Продолжительность приема серталиина, перфеназина составила 6 месяцев, по наблюдению пациентки, уже спустя неделю после начала приема зуд ее практически не беспокоил, на осмотре спустя 1 месяц - геморрагические корочки отторглись, появления новых не отмечалось.

Заключение. Появление тревоги у пациенток с поздними акне является важным признаком нарушений в психоэмоциональной сфере, которые влекут за собой не только ухудшение качества жизни у пациенток репродуктивного возраста, но и переход основного заболевания в резистентные, трудно поддающиеся традиционным методам терапии формы. Своевременно некомпенсированное (в том числе психоневрологом) заболевание может стать причиной развития различных форм аутоагрессивного поведения, в том числе патомимии. Это подчеркивает необходимость тщательного сбора анамнеза, совместного ведения пациенток со смежными специалистами, а также подчеркивает значимость расширения алгоритмов обследования пациенток.

Список литературы

1. Tan J., Bhate K.A. Global perspective on the epidemiology of acne. Br. J. Dermatol. 2015. vol. 172. no. 1. P. 3–12.
2. Bhate K., Williams H.C. Epidemiology of acne vulgaris. Br J Dermatol. 2013. vol. 168. P. 474–485.
3. Чеботарев В.В., Казьмина И.Б., Кошель М.В., Одинец А.В., Коробейникова А.О. Поздние акне у женщин: особенности течения заболевания // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2016. Т. 11. № 4. С. 544-547.

4. Anna Hwee Sing Heng, Fook Tim Systematic review of the epidemiology of acne vulgaris *Chew Sci Rep*. 2020. vol. 10. P. 75-76.
5. Azziz R., Carmina E., Dewailly D., Diamanti-Kandarakis E., Escobar-Morreale H.F., Futterweit W. The Androgen Excess and PCOS Society criteria for the polycystic ovary syndrome: the complete task force report. *Fertil Steril*. 2009. vol. 91. no. 2. P. 456–488.
6. Canavan E.C., Boni E.E. Optimizing Non-Antibiotic Treatments for Patients with Acne: A Review *Theresa N. Dermatol Ther (Heidelb)*. 2016. vol. 6. P. 555–578.
7. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных акне. [Электронный ресурс]. URL: https://www.cnikvi.ru/docs/clinic_recs/klinicheskie-rekomendatsii-2017/ (дата обращения: 19.01.2021).
8. Волкова Н.В. Комплексная терапия acne vulgaris с учетом коморбидных психических расстройств: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва, 2013. 158 с.
9. Bowe W., Logan A. Acne vulgaris, probiotics and the gut-brainskin axis — back to the future? *Gut Pathogens*. 2011. vol. 3. P. 1–12.
10. Davern J., O'Donnell A.T. Stigma predicts health-related quality of life impairment, psychological distress, and somatic symptoms in acne sufferers. *PLoS One*. 2018. vol. 13. P. 2-16.
11. Попова О.В., Кузнецов С.И. Нейрогуморальные механизмы патогенеза угревой болезни и их психосоматическая коррекция в практике врача-терапевта // *Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье»*. 2011. Т. 3. С. 122–125.
12. Психосоматические расстройства в клинической практике / Под ред. А.Б. Смулевича. М.: Медпресс-информ, 2016. 776 с.
13. Братусь Б.С. Аномалии личности. Психологический подход. М.: Издательство “Никея”, 2019. 912 с.
14. Международная классификация болезней МКБ-10. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.mkb10.ru> (дата обращения: 17.01.2021).
15. Богушевская Ю.В., Николаевская А.О. Клинико динамические и личностные особенности больных соматизированными расстройствами // *Российский психиатрический журнал*. 2013. Т. 4. С. 31–36.
16. Shenefelt P. Psychological interventions in the management of common skin conditions. *Psychology Research and Behavior Management*. 2010. vol. 3. P. 51–63.
17. Yosipovitch G., Tang M., Dawn A.G., Chen M, Goh C.L., Huak Y., et al. Study of psychological stress, sebum production and acne vulgaris in adolescents. *Acta Derm Venereol*. 2007. vol. 2. P. 135–139.
18. Погосов А.В., Богушевская Ю.В. Клинические, личностно-психологические и социально-демографические факторы, препятствующие обращению больных

соматизированными расстройствами за специализированной помощью // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2017. Т. 4 (97). С. 22–30.

19. Казьмина И.Б., Кошель М.В., Сотникова А.Ю., Одинец А.В. Оценка психоэмоциональной сферы у пациенток с поздними акне с помощью адаптированной русскоязычной версии опросника Acne-specific quality of life questionnaire // Вестник молодого ученого. 2019. Т. 8. № 2. С. 57-59.

20. Bahattab E.S., Alharbi A.A., Alsulami B.A., Alfahmi K.Z., Alzahrani S.F., Sharkar O.A., et al. Acne Vulgaris and Its Influence on Quality of Life of Female Patients, Makkah, Saudi Arabia. Int J Med Res Prof. 2017. vol. 3 (1). P.184–188.

21. Hazarika N., Archana M. The psychosocial impact of acne vulgaris. Indian Journal of Dermatology. 2016. vol. 5. P. 515–20.

22. Misery L., Wolkenstein P., Amici J.M., Maghia R., Brenaut E., Cazeau C., Voisard J.J., Taïeb C. Consequences of Acne on Stress, Fatigue, Sleep Disorders and Sexual Activity: A Population-based Study. Acta Derm Venereol. 2015. vol. 4. P. 485-488.

23. Аравийская Е.Р., Меншутина М.А., Васина Е.Ю., Дмитриева Н.Ю. Нарушение микроциркуляции при акне // Микроциркуляция в клинической практике. СПб., 2004. С. 8.

24. Адаскевич В.П., Дуброва В.П. Психологическое сопровождение пациента в дерматологии (некоторые советы психолога) // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2003. № 1. С. 51-56.

25. Yentzer B.A., Hick J., Reese E.L., Uhas A., Feldman S.R., Balkrishnan R. Acne vulgaris in the United States: a descriptive epidemiology. Cutis. 2010. vol. 2. P. 94–99.