

**АО «Медицинский университет Астана»**

УДК: 616.53-002.282-056

МПК: А 61К31/4738, А 61К31/4985, А 61Р17/10, А 61Р33/10

**Жумабекова Анара Абельбековна**

**ОЦЕНКА КЛИНИКИ РОЗАЦЕА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ  
ИНДИВИДУАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ**

**6М 110100 - «Медицина»**

Диссертация на присуждение академической  
степени магистра медицинских наук

Научный руководитель: \_\_\_\_\_ д.м.н., проф. Котлярова Т. В.

Научный консультант: к.м.н., Кулмуканова К.К.

Официальный оппонент: \_\_\_\_\_ к.м.н. Мамраева А. О.

Астана 2017

## СОДЕРЖАНИЕ

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ .....	4
СПИСОК ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ.....	5
ВВЕДЕНИЕ .....	7
1. РОЗАЦЕА КАК ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ	10
1.1 Эпидемиологические аспекты розацеа.....	10
1.2 Этиопатогенетические аспекты розацеа. Провоцирующие факторы розацеа	10
1.3 Психосоматические аспекты розацеа	13
1.3.1 Психоэмоциональный фактор как один из главенствующих триггеров розацеа	13
1.3.2 Клинические проявления розацеа	14
1.3.3 Соматогенное влияние розацеа на психику пациентов	16
1.3.4 Индивидуально-личностные особенности пациентов, типы реагирования на болезнь	19
1.3.5 Психотерапевтическая помощь дерматологическим больным	25
2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	28
2.1 Общая характеристика исследовательской группы	28
2.2 Методы исследования	30
2.2.1 Анкетирование	30
2.2.2 Оценка дерматологического статуса	30
2.2.2. Психологическая оценка	31
2.2.4 Методика терапии	33
2.3 Статистическая обработка данных	36
3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	37
3.1 Клинико-дерматологическая характеристика пациентов	37
3.2 Результаты опроса	41
3.2.1 Этиопатогенетическая характеристика розацеа	41
3.2.2 Комплаенс пациентов к терапии	46
3.2.3 Влияние розацеа на психику и социальную сферу пациентов	48
3.3. Результаты психологического тестирования	50
3.3.1 Результаты тестирования госпитальной шкалой HADS	50
3.3.2 Результаты тестирования методикой для определения типа отношения к болезни ТОБОЛ	51
3.3.3 Результаты тестирования опросником Шмишека-Леонгарда	54
3.4 Влияние индивидуально-личностных особенностей пациентов на клиническую картину розацеа	56
3.4.1 Влияние типа отношения к болезни на клиническую картину розацеа	56
3.4.2 Влияние акцентуации личности на клиническую картину розацеа	59
3.4.3 Влияние признаков тревоги и депрессии	60

3.5. Оценка эффективности психокоррекции	62
3.6 Алгоритм ведения пациентов с розацеа с включением мер психологической коррекции	69
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	72
ВЫВОДЫ .....	75
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ .....	76
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ .....	77
ПРИЛОЖЕНИЯ (А, Б, В, Г, Д, Е, Ж, И, К, Л, М, Н, П, Р, С,Т )	88

## ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

ШДОР – Шкала диагностической оценки розацеа

HADS - The hospital Anxiety and Depression Scale, госпитальная шкала тревоги и депрессии

ТОБОЛ - тестовая методика, направленная на диагностику типа отношения к болезни

NRS – National Rosacea Society, Национальное сообщество розацеа

BAD – British Association of Dermatologists, Британская Ассоциация дерматологов

ПАВ – поверхностно-активные вещества

IPL-терапия - терапия импульсно-интенсивным светом

МУА – Медицинский университет Астана

## СПИСОК ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ

Таблица 1	Провоцирующие факторы розацеа	11
Таблица 2	Наиболее распространенные провоцирующие факторы розацеа	12
Таблица 3	Клинические признаки розацеа	14
Таблица 4	Клинические подтипы розацеа	15
Таблица 5	Клинический лист оценки розацеа	16
Таблица 6	Структура типа отношения к болезни	20
Таблица 7	Типы отношения к болезни	21
Таблица 8	Распределение типов отношения к болезни по критерию «адаптивность-дезадаптивность»	23
Таблица 9	Распределение по полу и средний возраст исследуемой выборки	28
Таблица 10	Степень тяжести розацеа	31
Таблица 11	Возрастная характеристика пациентов	37
Таблица 12	Распределение пациентов по степени тяжести розацеа	40
Таблица 13	Клиническая характеристика течения розацеа	41
Таблица 14	Результаты госпитальной шкалы HADS	51
Таблица 15	Типы отношения к болезни по критерию «адаптивность-дезадаптивность» в зависимости от пола	52
Таблица 16	Признаки тревоги и депрессии в зависимости от типа отношения к болезни	53
Таблица 17	Акцентуация личности в зависимости от пола	54
Таблица 18	Распределение пациентов по типу отношения к болезни по критерию «адаптивность-дезадаптивность» в зависимости от акцентуации	55
Таблица 19	Типы отношения к болезни по критерию «адаптивность-дезадаптивность» в зависимости от клинического подтипа	57
Таблица 20	Типы отношения к болезни по критерию «адаптивность -дезадаптивность» в зависимости от степени тяжести	59
Таблица 21	Распределение пациентов по клиническим подтипам в зависимости от наличия либо отсутствия акцентуации личности	59
Таблица 22	Распределение пациентов по степени тяжести розацеа в зависимости от наличия либо отсутствия акцентуации личности	59
Таблица 23	Распределение по клиническим подтипам в зависимости от признаков тревоги	61
Таблица 24	Характеристика пациентов основной и контрольной групп	63
Таблица 25	Частота обострений до и после терапии	64
Таблица 26	Длительность обострений до и после терапии	64
Рисунок 1	Дизайн исследования	29
Рисунок 2	Длительность заболевания	38

Рисунок 3	Распределение пациентов на клинические подтипы розацеа в зависимости от пола	38
Рисунок 4	Распределение по клиническим подтипам в зависимости от длительности заболевания	39
Рисунок 5	Сопутствующая патология	42
Рисунок 6	Провоцирующие факторы розацеа	43
Рисунок 7	Психоэмоциональный фактор в развитии и обострении розацеа	45
Рисунок 8	Причины стресса	46
Рисунок 9	Ранее полученное лечение	47
Рисунок 10	Соматогенное влияние розацеа на психику пациентов	48
Рисунок 11	Соматогенное влияние розацеа в зависимости от пола	49
Рисунок 12	Типы отношения к болезни	52
Рисунок 13	Типы отношения к болезни по критерию «адаптивность-дезадаптивность» в зависимости от возраста	53
Рисунок 14	Типы акцентуаций личности	55
Рисунок 15	Типы отношения к болезни в зависимости от клинического подтипа	57
Рисунок 16	Типы отношения к болезни в зависимости от степени тяжести	58
Рисунок 17	Типы акцентуаций личности в зависимости от степени тяжести розацеа	60
Рисунок 18	Степень тяжести розацеа до и после терапии (через 3 месяца от начала терапии)	63
Рисунок 19	Косметический уход в реабилитационный и межрецидивный периоды до и после терапии	65
Рисунок 20	Применение косметологических процедур в период ремиссии до и после терапии	66
Рисунок 21	Типы отношения к болезни до и после терапии	66
Рисунок 22	Признаки тревоги до и после терапии	67
Рисунок 23	Признаки депрессии до и после терапии	68
Рисунок 24	Алгоритм ведения пациентов с розацеа с включением мер психологической коррекции	70

## ВВЕДЕНИЕ

В мире насчитывается 45 млн. больных розацеа. Распространенность заболевания составляет по различным данным от 3 до 5% от всех дерматологических диагнозов и занимает 7-е место по частоте [1].

Розацеа (acne rosacea) является хроническим дерматозом лица с рецидивирующим, стадийным течением и мультифакториальным генезом [2]. Среди основных провоцирующих факторов розацеа выделяют эмоциональный стресс, само заболевание относят к психодерматологическим расстройствам [3;4]. В свою очередь, учитывая эстетическую и косметическую значимость кожи лица, заболевания данной локализации оказывают выраженные психоэмоциональные и психосоциальные влияния на пациентов, сравнимые с последствиями инвалидизирующих патологий [5].

На сегодняшний день отмечается тенденция к «омоложению» дерматоза и хронизация течения [6]. Одним из значимых факторов хронизации дерматозов рассматривают нозогении, в частности, депрессию [7;8], ассоциируемую с риском к суициду, пациентам с розацеа характерен высокий уровень риска к депрессии [8]. Распространенность активных суицидальных мыслей среди дерматологических пациентов выше распространенности в общей медицинской практике [9]. Общая коморбидность психических расстройств в дерматологии составляет от 25-34% [10;11; 8, p.591;12;13] до 51% [14]. В свою очередь, одной из детерминант, обуславливающих нозогении, являются личностные особенности пациента, рассматриваемые как поддерживающие факторы дерматологических заболеваний [15]. Неучтенные психоэмоциональные факторы в клинике различных дерматозов, в том числе и дезадаптивные реакции пациентов на заболевание [16], в 40% случаев способствуют неэффективности терапии [17; 9, p.846; 18].

В современной дерматологии отмечается широкая распространенность самолечения и низкий комплаенс пациентов [19]. Факторами низкой приверженности к терапии считают плохую мотивацию пациентов [20] и их недостаточные знания о лечении заболевания [21]. В свою очередь, психологический подход к пациенту является важным составляющим компонентом в терапии дерматологических нозологий [22].

В Казахстане имеется ряд работ, посвященные теме розацеа [6; 23], однако авторы данных исследований не изучали психосоматические аспекты дерматоза.

Таким образом, изучение индивидуально-личностных особенностей пациентов с розацеа и их влияние на клиническую картину розацеа определяет дальнейшую тактику ведения пациентов с розацеа и исход терапии.

### **Цель исследования**

Изучить клиническую картину розацеа в зависимости от индивидуально-личностных особенностей пациентов.

### **Задачи исследования**

1. Изучить клиническую картину у пациентов с розацеа.

2. Изучить влияние индивидуально-личностных особенностей пациентов на клиническую картину розацеа.

3. Разработать алгоритм ведения пациентов с розацеа с включением индивидуальных и групповых мер психологической коррекции.

#### **Методы исследования**

1. Оценка дерматологического статуса розацеа (ШДОР) до и после терапии.

2. Оценка индивидуально-личностных особенностей и типов отношения к болезни у больных розацеа посредством психологических тестов (госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS; для диагностики типа отношения к болезни – ТОБОЛ; для определения типа акцентуации – опросник К. Леонгарда, модифицированный Г. Шмишеком) до и после терапии.

3. Метод терапии: стандартная терапия с включением индивидуальных и групповых мер психологической коррекции.

4. Статистическая обработка данных.

#### **Научная новизна**

Выявлено влияние индивидуально-личностных особенностей пациентов на клиническую картину розацеа, в терапии дополнительно к стандартному лечению включены индивидуальные и групповые меры психологической коррекции, создана обучающая программа для пациентов «Школа розацеа».

#### **Практическая значимость**

Обучающая программа для пациентов «Школа розацеа» внедрена в практическое здравоохранение, разработаны памятка для пациентов с розацеа, алгоритм ведения пациентов с розацеа с включением индивидуальных и групповых мер психологической коррекции.

#### **Основные положения, выносимые на защиту**

1. Индивидуально-личностные особенности пациентов влияют на клинический подтип розацеа, степень тяжести дерматоза.

2. Терапия с включением индивидуальных и групповых мер психологической коррекции в сравнении со стандартной терапией эффективно снижает степень тяжести розацеа, частоту рецидивирования заболевания, сокращает длительность обострений, увеличивает приверженность к косметическому уходу в реабилитационный и межрецидивный периоды и к применению косметологических процедур в период ремиссии, повышает адаптацию пациентов на заболевание и снижает признаки тревоги.

#### **Апробация работы**

Материалы диссертации доложены и обсуждены на заседании кафедры дерматовенерологии АО «Медицинский университет Астана», заседании научного семинара по терапевтическим и смежным специальностям АО «Медицинский университет Астана», Международной научно-практической конференции дерматовенерологов и дерматокосметологов РК, посвященной 90-летию дерматовенерологической службы ЮКО (22-23 сентября 2016, г. Шымкент).

#### **Публикации**



Опубликовано 7 печатных работ, 3 из них в журнале, рекомендуемом комитетом по контролю в сфере образования и науки Республики Казахстан, 1 авторское право на объект, 1 акт внедрения:

1. Психодиагностика больных розацеа. Материалы тезисов международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов 14-15 апреля 2016, г. Астана; стр.138-139.

2. Психологический статус больных розацеа. Сборник публикаций международной научно-практической конференции дерматовенерологов и дерматокосметологов РК, посвященной 90-летию дерматовенерологической службы ЮКО. 2016, г. Шымкент; стр. 13-14.

3. Психоэмоциональные особенности пациентов с розацеа (обзор литературы) // Астаналық медициналық журналы. - 2016. - №4; стр. 69-76

4. Психосоматические аспекты розацеа // Вестник КазНМУ. – 2017. - №1.- с. 91-94

5. Роль психоэмоционального фактора в клинике розацеа. Материалы тезисов международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов 13-14 апреля 2017, г. Астана; с. 100-101.

6. Роль психоэмоционального фактора в течении розацеа. Сборник материалов LVII научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием, посвященной 60-летию Западно-Казахстанского государственного медицинского университета имени Марата Оспанова 26 апреля 2017 г., г. Актобе, с 239-240.

7. Роль стресса в клинике розацеа. Астаналық медициналық журналы №2, 2017г; с. 157-162.

8. Свидетельство о государственной регистрации на объект авторского права № 2696 от 20 декабря 2016 г. : «Школа розацеа» (произведение науки).

9. АКТ №1 внедрения результатов научно-исследовательской работы ГКП на ПХВ «Центр дерматологии и профилактики болезней, передающихся половым путем» г. Астаны: обучающая программа для пациентов «Школа розацеа».

#### **Объем и структура диссертации**

Диссертация изложена на 87 страницах компьютерного текста, состоит из следующих разделов: введение, обзор литературы, материалы и методы, результаты исследования, заключение, выводы, практические рекомендации, список 170 использованных источников, из них 113 иностранного издания. Диссертация содержит 26 таблиц, 24 рисунков и 16 приложений.

# 1. РОЗАЦЕА КАК ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

## 1.1 Эпидемиологические аспекты розацеа

Розацеа (асне rosacea, розовые угри) - хроническое заболевание, преимущественно кожи лица, с рецидивирующим, стадийным течением, характеризующееся мультифакториальностью генеза [2, с. 7]. В мире насчитывается 45 млн. больных розацеа. В структуре всех дерматологических нозологий розацеа занимает 7-е место по частоте, распространенность варьирует от 3-5% до 10% [24; 1, с. 188], по данным российских дерматокосметологов 20,6% [25].

Согласно данным National Rosacea Society (NRS) более 16 млн. американцев страдают розацеа [26], встречаемость розацеа в США составляет от 1,3-2% до 8-9% [27; 28; 29; 30].

В странах Европы розовые угри распространены с частотой в 2,2-22% [24, р. 419; 31].

Кубанова А.А. и Махакова Ю.Б. обращают внимание на некоторую недостоверность данных о распространенности розацеа среди населения, которую связывают с качеством ранней диагностики розацеа. Они отмечают, что в странах с низким уровнем развития эпидемиологические данные по заболеванию могут искажаться в связи с поздней верификацией дерматоза либо ее отсутствием, а в странах с высоким уровнем отмечается поздняя обращаемость пациентов за медицинской помощью. В связи с этим эритемато-телеангиэктатический подтип остается не верифицированным. В случае учета эритематотелеангиэктатического подтипа распространенность розацеа будет намного выше [32].

Заболевание поражает лиц всех наций [33; 34, с. 497], однако чаще распространено среди североевропейского населения [35; 36] с I, II фототипами по Фицпатрику и реже у лиц азиатского, африканского или латиноамериканского с IV и V фототипами [37; 38; 39].

Дебют заболевания возникает после 30 лет [20], имеются сведения о поражении лиц старше 70 лет [40]. По данным Таркиной Т.В. отмечается тенденция к «омоложению» дерматоза [6], что соответствует зарубежным источникам о встречаемости розацеа в детско-подростковом и юношеском возрасте [41, с.770; 42; 43; 44; 45; 46].

Розацеа поражает как мужчин, так и женщин [20], с преобладанием лиц женского пола [34, с. 497; 1, с.188; 47, р. 598]. Однако имеются данные о встречаемости розацеа среди мужчин и женщин в равном соотношении [48; 49] и с преобладанием мужчин [6]. Развитие розацеа у лиц женского пола по возрасту возникает раньше, чем у мужчин [50].

## 1.2 Этиопатогенетические аспекты розацеа. Провоцирующие факторы розацеа

Патогенез розацеа является мультифакториальным [2, с. 8]. В настоящее время имеется много исследований, изучающих этиопатогенез розацеа.

Определены факторы, обуславливающие манифестацию дерматоза: сосудистые нарушения, изменения в сосудистой ткани дермы, конституциональная ангиопатия, микроорганизмы (*H.pylori*, *D.folliculorum*), дисфункция пищеварительного тракта, нарушения гормонального равновесия, себорея, изменения сально-волосяного аппарата, иммунные нарушения, оксидативный стресс, психовегетативные расстройства, эмоциональное влияние (стресс, гнев, смущение, волнение), климатические, физические, алиментарные факторы, воздействие химических и раздражающих агентов [1, с. 190-215; 51; 52].

В 2010 г. Таркиной Т.В. у больных розацеа была выявлена высокая частота коморбидных состояний - демодикоза в 71% случаев и сопутствующей патологии (43%), с преобладанием желудочно-кишечной патологии [6]. Rainer В.М. и другие в 2015 г. выявили, что у пациентов с розацеа среди коморбидной желудочно-кишечной патологии чаще наблюдается гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь [53]. В общенациональном исследовании Дании было определено, что розацеа может быть связана с высоким риском заболеваний желудочно-кишечного тракта, однако наличие причинно-следственной связи неизвестно [54].

В развитии розацеа имеет место генетическая предрасположенность. Наследственный фактор заболевания был выявлен у одной трети пациентов с розацеа [55; 56]. В 2015 году в рамках гранта NRS было проведено первое исследование с целью определения роли генетических и внешних факторов в развитии розацеа. В исследовании участвовали 275 пар близнецов (550 человек), из них 233 были однояйцевыми и 42 разнояйцевыми. Задачами исследования явились: количественно определить роль генетических факторов в развитии розацеа; выявить внешние факторы и их взаимосвязь с розацеа. В результате было выявлено, что дерматоз чаще развивался у обоих однояйцевых близнецов, чем в разнояйцевых парах ( $p = 0,69$  против  $R = 0,46$ ;  $p = 0,04$ ). В итоге в развитии розацеа в 46% случаев играет наследственность, а в остальных случаях - окружающая среда. Среди некоторых внешних факторов была определена статистически значимая взаимосвязь розацеа с возрастом, ультрафиолетовым облучением, употреблением алкоголя, курением, индексом массы тела. [57]. Учитывая выявленные данные, интерес представляют триггеры розацеа.

На сегодняшний день NRS определен и утвержден список провоцирующих факторов розацеа, составленный на основании данных историй болезни пациентов, выявленный доктором Jonathan Wilkin [58]. Данный перечень включает нижеследующие факторы (таблица 1).

Таблица 1 - Провоцирующие факторы розацеа

№	Провоцирующий фактор
1	Пища: печень, йогурт, кислые крема, сыр (кроме домашнего сыра), шоколад, ваниль, соевый соус, дрожжи (в хлебе можно), уксус, баклажан, авокадо, шпинат, фасоль, стручковая фасоль, горох, цитрусовые, томаты, бананы, красные сливы, изюм, инжир, пряная и горячая пища; пища с высоким содержанием гистамина: сыры (пармезан,

	голубые сыры, рокфор), овощи (шпинат, томаты, баклажан), салями, курица, печень курицы, вина (кьянти, бургундские).
2	Напитки: алкоголь, особенно красное вино, пиво, джин, водка или шампанское; горячие напитки, в том числе, сидр, горячий шоколад, кофе или чай.
3	Факторы, связанные с температурой: сауна, горячая ванна, перегревание, чрезмерно высокие температуры внутри помещения.
4	Погодное влияние: солнечная инсоляция, сильный ветер, холод, влажность.
5	Эмоциональное влияние: стресс, тревога, гнев, волнение, смущение.
6	Лекарства: вазодилататоры, топические стероиды.
7	Медицинские состояния: преходящая эритема, менопауза, хронический кашель, синдром кофеиновой отмены.
8	Физическое напряжение: упражнения, работа, связанная с поднятием тяжестей и в наклоне.
9	Косметические средства: некоторые косметические спреи и спреи для волос, особенно спиртсодержащие, ароматизаторы; водно-спиртовые или ацетонсодержащие; некоторые компоненты, вызывающие покраснение и жжение.
10	Химические средства: любые лакокрасочные вещества, вещества с раздражающим свойством, резкими запахами.

Среди триггеров заболевания наиболее распространенными являются факторы, представленные в таблице 2, выявленные в исследовании с участием 1066 пациентов с розацеа [59].

Таблица 2 - Наиболее распространенные провоцирующие факторы розацеа

Провоцирующий фактор	Частота встречаемости
Солнечная инсоляция	81%
Эмоциональный стресс	79%
Жаркая погода	75%
Ветер	57%
Тяжелые физические упражнения	56%
Употребление алкоголя	52%
Горячие ванны	51%
Холодная погода	46%
Острая пища	45%
Влажность	44%
Жаркое помещение	41%
Продукты по уходу за кожей	41%
Горячие напитки	36%
Косметические средства	27%
Лекарственные препараты	15%
Медицинские состояния	15%
Некоторые фрукты	13%
Маринованное мясо	10%
Некоторые овощи	9%
Молочные продукты	8%
Другие факторы	0,24%

Однако важным будет отметить, что в каждом отдельном случае манифестации или обострения розацеа имеет место сочетание вышеперечисленных триггеров розацеа [60]. С целью выявления индивидуальных триггеров каждого случая дерматоза экспертами NRS был разработан дневник для пациентов с розацеа [61], в котором в течение 14 дней пациентом ежедневно отмечаются данные о подвергшихся им триггерах, применяемой терапии и уходе, а также самооценки степени тяжести заболевания.

В свою очередь, соблюдение избегания или исключение провоцирующих факторов дерматоза являются одной из ступеней в достижении контроля над розацеа [62].

Учитывая вышеописанное, важным будет выявление провоцирующих факторов розацеа и изучение их влияния на течение дерматоза.

### **1.3 Психосоматические аспекты розацеа**

#### **1.3.1 Психоэмоциональный фактор как один из главенствующих триггеров розацеа**

Н. Пезешкиан рассматривает заболевания кожи как «способность кожей чувствовать напряжения, сигнализировать при помощи кожи о том, что не может быть выражено иначе...» [63, с 247].

Согласно современным данным зарубежных ученых розацеа входит в группу психодерматологических расстройств [3, с. 205; 4, р. 2], в генезе которого главенствующую роль играют психогенные факторы [64]. Психогенное развитие розацеа описывал еще D. Turner в 1726 г. «...как результат горя, которое пережила женщина после смерти своего мужа» [65]. На сегодняшний день в 25-70% случаев психогенные факторы в развитии розацеа играют главенствующую роль [66; 67] и в 40-84% являются причиной обострений дерматоза [68; 69; 70]. Эмоциональный стресс является одним из основных провоцирующих факторов розацеа, выявляемый в 79% случаев, и занимает второе место по частоте [59] (таблица 2). В свою очередь, стресс рассматривают как фактор, способствующий ухудшению дерматоза [71, р. 53]. В результате исследования, проведенного польскими учеными (Sowińska-Gługiewicz I. et al.), было выявлено, что пациенты с розацеа до возникновения проявлений заболевания чаще испытывали стрессовые ситуации в их жизни, нежели лица без данного дерматоза; интенсивность стресса на эти ситуации была выше у лиц с розацеа; негативные эмоции, возникавшие на эти ситуации, способствовали ухудшению заболевания [71, р. 50]. Доля стрессовых ситуаций, обладающих выраженным психотравмирующим действием, составляет 28%, с незначительной и умеренной степенью воздействия – остальные случаи [72].

В 2011 г. в исследовании NRS с участием 748 пациентов определялась взаимосвязь эмоционального стресса и течения розацеа. В итоге было выявлено: в 69% случаев внезапные обострения болезни, связанные с

эмоциональным стрессом, возникали минимум один раз в месяц; в 31 % - каждые несколько дней; в 14% - один раз в неделю; в 16% - каждые несколько недель; в 9% – единожды в месяц; в 22% - каждые несколько месяцев; в 5% - один раз в год. Лишь в 5% случаев обострения розацеа никогда не были связаны со стрессом.

В свою очередь главными причинами стресса, запускающими обострение розацеа, являются проблемы в семье (49%) и на работе (48%). Среди других распространенных причин стресса определены проблемы в отношениях, финансовые проблемы, проблемы со здоровьем, общественные мероприятия (деловые встречи и т.п.), критика, неопределенность, публичные выступления, различные установленные сроки и потеря любимого человека [73]. По данным Т. В. Раевой семейные проблемы (44,1%), имевшие психогенное действие в развитии хронических дерматозов, преобладали у женщин, проблемы на работе (29,8%) – у лиц мужского пола [72].

И. Хейнрот рассматривал ряд соматических заболеваний как результат переживаний негативных эмоций [74]. «...Бесспорным является факт, что любые эмоциональные состояния, особенно длительные, затяжные отрицательные эмоции сопровождаются изменениями функциональных систем организма...» [65, с. 205]. Среди негативных эмоций, испытываемых пациентами розацеа и обостряющих дерматоз, выделяют чувства гнева, тревоги, волнения, смущения [58] (таблица 1).

Многообразие как эндогенных, так экзогенных провоцирующих факторов в генезе розацеа, высокий процент психоэмоционального влияния обуславливают изучение роли психоэмоционального фактора в развитии и течении розацеа.

### 1.3.2 Клинические проявления розацеа

Розацеа - это хроническое дерматологическое заболевание, поражающее в основном центральную часть лица, представляет собой синдром различных комбинаций признаков и симптомов [75; 37, р. 455].

Согласно классификации розацеа (NRS, 2002) диагноз розацеа выставляется на основании наличия одного и более первичного и вторичного признаков [76] (таблица 3).

Таблица 3 - Клинические признаки розацеа

№	Первичные признаки	Вторичные признаки
1.	Транзиторная (преходящая) эритема	Чувство жжения или покалывания
2.	Персистирующая эритема*	Бляшка
3.	Папулы	Проявления сухости кожи
4.	Пустулы	Отек
5.	Телеангиэктазии	Офтальмологические проявления
6.		Периферическая локализация высыпаний
7.		Фиматозные изменения

\* Персистирующая эритема - эритема, длящаяся более 3 мес.

Согласно данной классификации выделяют 4 подтипа розацеа (таблица 4): эритематотелеангиэктатический, папуло-пустулезный, фиматозный и окулярный; а также гранулематозный вариант. У одного пациента может быть сочетание проявлений нескольких подтипов одновременно.

Таблица 4 - Клинические подтипы розацеа

Подтип	Клиническая характеристика	
	Локализация	Проявления
Подтип 1: Эритематотелеангиэктатический	Центральная часть лица	Гиперемия (транзиторная эритема) и персистирующая эритема с наличием либо отсутствием телеангиэктазий
Подтип 2: Папуло-пустулезный	Центральная часть лица	Персистирующая эритема, транзиторные папулы, пустулы или папулы и пустулы одновременно
Подтип 3: Фиматозный	На носу, подбородке, лбу, щеках или ушах.	Утолщение кожи, поверхностные узлы неправильной формы и гипертрофия кожи, могут быть телеангиэктазии
Подтип 4: Окулярный	Структуры глаза и век	Слезотечение или проявления гиперемии, ощущение инородного тела, чувство жжения или покалывания, сухость, зуд, светочувствительность, затуманивание зрения, телеангиэктазии конъюнктивы и края век, или отек века и периорбитальный отек. Явления блефаритов, конъюнктивитов и неравномерность краев век

Гранулематозный вариант характеризуется плотными, желтыми, коричневыми или красными папулами или узлами со склонностью к рубцеванию.

Исключения: фульминатная розацеа, стероидиндуцированные акнеформные высыпания, периоральный дерматит.

Среди клинических подтипов розацеа самым распространенным является эритематотелеангиэктатический с встречаемостью в 78-81% случаев. Папуло-пустулезный подтип регистрируется в 22-28% [77; 24, р. 420; 48, р. 918]. Фиматозный подтип характерен больше для мужчин, риск развития данного подтипа равен 4,2 ( $p=0,02$ ) [48, р. 919]. Распространенность окулярного подтипа варьирует от 6% до 50% [47, р. 599; 78; 79].

Клинические проявления розацеа могут иметь внелицевую локализацию высыпаний с включением кожи волосистой части головы, шеи, груди вплоть до

живота у мужчин. Распространенность данных проявлений составляет 2,2% [80; 81].

Экспертным Комитетом NRS в 2004 году был разработан и утвержден стандарт системной оценки розацеа, который включает оценку первичных признаков по отсутствию или наличию легкой, средней или тяжелой (0-3) степени, по наличию или отсутствию главных вторичных признаков [82] и самооценку пациента своего состояния (таблица 5).

Таблица 5- Клинический лист оценки розацеа

<b>Первичные признаки</b>				
Гиперемия (транзиторная эритема)	Отсутствие	Легкая	Средняя	Тяжелая
Персистирующая эритема	Отсутствие	Легкая	Средняя	Тяжелая
Папулы и пустулы	Отсутствие	Легкая	Средняя	Тяжелая
Телеангиэктазии	Отсутствие	Легкая	Средняя	Тяжелая
<b>Вторичные признаки</b>				
Чувство «горения» или жжения	Отсутствие	Легкая	Средняя	Тяжелая
Бляшки	Отсутствие	Легкая	Средняя	Тяжелая
Проявления сухости	Отсутствие	Легкая	Средняя	Тяжелая
Отек	Отсутствие	Легкая	Средняя	Тяжелая
Если есть	Острый		Хронический	
Если хронический	с образованием ямки		без образования ямки	
Офтальмологические проявления	Отсутствие	Легкая	Средняя	Тяжелая
Периферическая локализация	Отсутствие	Наличие		
Если есть указать локализацию:				
Фиматозные изменения	Отсутствие	Легкая	Средняя	Тяжелая
<b>Общая оценка</b>				
<b>Оценка врача по подтипам</b>				
Подтип 1: Эритематознотелеангиэктатический	Отсутствие	Легкая	Средняя	Тяжелая
Подтип 2: Папулопустулезный	Отсутствие	Легкая	Средняя	Тяжелая
Подтип 3: Фиматозный	Отсутствие	Легкая	Средняя	Тяжелая
Подтип 4: Офтальмологический	Отсутствие	Легкая	Средняя	Тяжелая
<b>Общая оценка пациентом</b>	Отсутствие	Легкая	Средняя	Тяжелая

Учитывая хроническое течение и косметически значимую локализацию клинических проявления заболевания, важным будет выявление и изучение влияния соматических проявлений на психоэмоциональное и психосоциальное состояния пациентов с розацеа.

### 1.3.3 Соматогенное влияние розацеа на психику пациентов

Соматопсихическая взаимосвязь при различных заболеваниях была предложена еще «в начале XIX века немецким психиатром Якоби, который акцентировал доминирование телесного в возникновении некоторых психических расстройств» [83, с. 161]. В современной дерматологии регистрируется высокая психиатрическая коморбидность, варьирующая от 25-



34% [8, p. 592; 10, p. 230; 11, p. 983; 12, p. 57; 13, с. 155] до 51% случаев [14, p. 104]. В настоящее время отмечается рост распространенности психоэмоциональных нарушений, социальной дезадаптации среди дерматологических пациентов [19, с. 118].

Дерматологическим пациентам с хроническими лицевыми дерматозами, также и с розацеа, характерна высокая склонность к дистрессу [84; 85], обусловленная полом, возрастом [86; 87] и локализацией кожного патологического процесса [88; 89]. Пациенты находятся в некоем «порочном круге», где стресс вызывает или обостряет дерматоз, а обострение, в свою очередь, способствует формированию различных нозогенных реакций, которые ведут к утяжелению кожной патологии [90; 91; 92; 93]. По данным отчета British Association of Dermatologists (BAD) о минимальных стандартах психодерматологических услуг (2012г) психологическое состояние дерматологических пациентов ухудшается дерматозом в 14 % случаев [94].

Негативное воздействие розацеа на психическую сферу отражает жалоба пациентов с розацеа как недовольство своим внешним видом, которая была характерна для всех больных [13, с 156]. Клинические проявления розацеа также способствуют снижению самооценки больных и уверенности в себе в 90% случаев, возникновению чувства смущения в 88%, разочарования - в 76%, беспомощности - в 54%, гнева - в 34% и чувства изоляции - в 32% (NRS, 2013) [95]. Реже у пациентов с розацеа возникали чувства затруднения, страха, волнения, горя, нерешительности и вины [73]. Moustafa F. и другие ученые в 2014 г. выявили что основным эмоциональным переживанием у больных розацеа является чувство стыда [96].

Психоэмоциональное воздействие розацеа характеризуется формированием у пациентов различных нозогенных реакций, определенных структурой личности [97], вплоть до патологического развития личности и риска к суициду [98; 99; 100; 88, p. 442; 89, p.247; 9, p. 847; 8, p. 593]. По данным Gupta M.A., Gupta A.K. (1998) распространенность активных суицидальных мыслей среди дерматологических пациентов составляет 5,6-7,2%, что выше распространенности среди больных общемедицинского профиля, которая равна 2,4-3,3% [9, p. 849].

В дерматологической практике одним из наиболее часто встречающихся и ассоциируемых с риском суицида психических расстройств является депрессивное расстройство, которое выделяют как один из значимых факторов хронизации кожной патологии [8, p. 599; 7, с. 29]. Обгольц И.А. и Немчаниновой О.Б. в 2009 г. было выявлено, что для пациентов с лицевыми дерматозами обоих полов наиболее характерна реактивная депрессия [5, с. 713] с высоким уровнем [96, p. 974], а для больных розацеа - легкой степени тяжести [101]. В исследовании Gupta M.A. и других ученых были проанализированы 608 млн. амбулаторных дерматологических визитов в период 1998 по 2002 гг., в результате было выявлено: риск депрессии у пациентов с розацеа равен 4,81 (95% доверительный интервал 1.39-16.62) [10].

Другой ногозенной реакцией, выявляемой у пациентов с розацеа, является тревога [5, p. 713; 92, p.763], которая превалирует над депрессивными расстройствами [78, p.586; 101; 95]. Частота встречаемости тревоги варьирует в пределах от 46% [13, с. 157; 103] до 79 - 88,9% случаев [101].

Помимо распространенности психиатрической патологии в дерматологии ученые изучают взаимосвязь степени тяжести, клинического течения розацеа и выраженности психоэмоциональных нарушений. В 1998 году Gupta M.A. и Gupta A.K. определили, что случаи дерматозов легких и умеренных степеней тяжести, таких как некистозные акне лица, могут быть связаны с выраженной депрессией и риском к суициду [9, p. 848]. Данную картину отражает клинический случай впервые выявленной розацеа у 36-летней женщины (Cohen S.G. et al., 1992). Клинические проявления пациентки были настолько незначительными, что едва были заметны невооруженным взглядом, несмотря на это, наличие заболевания привело ее к увольнению с работы и суицидальным мыслям [98, p. 273]. Однако, встречается и другая картина, где пациенты с тяжелыми формами акне эмоционально несчастливы, но их психическое состояние не нарушено [22].

Su D. и Drummond P.D. в 2012 г. выявили: выраженность психоэмоциональных нарушений у пациентов с розацеа зависит от тяжести кожного процесса [84, p. 153; 85, p. 488]. Рукавишников Г.В. в 2014 г. выявил достоверную положительную корреляцию между тяжестью дерматоза и выраженностью психических расстройств [13, с. 154]. Однако другие российские ученые (Обгольц И.А. и Немчанинова О.Б.) в 2009 г. определили отсутствие прямой корреляции между тяжестью течения, частотой рецидивов, распространенностью розацеа и степенью нарушения психоэмоционального статуса [104]. В 2012 г. в исследовании С.Р. Утц и другие было выявлено: «выраженность психоэмоциональных расстройств не имела прямой зависимости от степени тяжести розацеа» [16, с. 664]. В 2014 г. Spoendlin J. и другие ученые выявили что депрессия или другие аффективные расстройства не связаны с обострениями розацеа [105]. Немецкие ученые Vöhm D. и другие в 2014 г. определили: симптомы тревоги и депрессии с клиническими проявлениями заболевания связаны косвенно, и опосредованы качеством жизни и стигматизацией [78, p. 587]. Вышеописанные данные имеют противоречивый характер и представляют интерес для дальнейшего изучения.

Среди других коморбидных состояний среди дерматологических больных выделяют нарушения сна. В современное время нарушения сна являются значимым фактором в увеличении психических расстройств [106; 107, p. 1] и оказывают негативное влияние на кожную патологию. Хронические дерматозы ввиду их течения ведут к нарушениям сна, последние же непосредственно усиливая воспалительный кожный процесс, способствуют обострению заболевания [107, p. 2].

Важным моментом будет рассмотрение влияний розацеа на социальную сферу пациентов. По данным отчета ВАО (2012г) о минимальных стандартах психодерматологических услуг психосоциальное влияние кожной патологии

является основным компонентом заболевания у 85% дерматологических больных [94]. Такие психоэмоциональные переживания, как чувство собственной неполноценности, высокая чувствительность к мнениям и реакциям окружающих, возникаемые у дерматологических больных на заболевание, ведут к полной их изоляции [83].

Для пациентов с розацеа характерно снижение качества жизни [104, с. 38; 103, с. 560], которое ниже, чем у остальной части населения [96, р. 973]. У больных розацеа выявлены высокие уровни социальной тревожности и социофобий [96, р. 974; 84, р. 154; 85, р. 489]. В 70% случаев социофобические реакции различных степеней тяжести имели выраженный характер [13, с. 156].

Из 801 пациента с розацеа (NRS, 2013) 50% отметили: из-за страха обострения дерматоза вынуждены ограничивать себя в еде или питье; 43% были предметом взглядов, неправильных представлений, грубых комментариев или шуток; 39% больных отказывались или отменяли различные социальные дела (деловые встречи, переговоры, посещение мероприятий и др.). Другими распространенными жалобами были отказ от физической деятельности в 37% и избегание новых или различных впечатлений в 28% случаев [108]. В 52% случаев из 1675 пациентов с розацеа избегали близкого контакта «лицом к лицу» с другими людьми (NRS, 2013). Негативные психоэмоциональные и психосоциальные последствия зависят от степени выраженности процесса - у 68% пациентов с легкими формами проявлений, у 87% с умеренными и у 95% с тяжелыми (NRS, 2013) [95]. Однако большинство пациентов с розацеа не считают, что негативные социальные последствия заболевания зависят от подтипа дерматоза [108].

На сегодняшний день оценка психиатрической и психосоциальной коморбидности является важным компонентом общеклинической оценки дерматологического больного [12, р. 58].

Учитывая вышеизложенное, хочется обобщить словами доктора Fried P., что любая кожная проблема имеет психологическое воздействие, однако интерес представляет количество и частота этого влияния [22].

Таким образом, необходимым будет выявление нозогенных реакций, изучение психоэмоциональных и психосоциальных влияний розацеа среди пациентов.

#### **1.3.4 Индивидуально-личностные особенности пациентов, типы реагирования на болезнь**

Н. Takaki и Y. Ishii рассматривают определенные черты пациента как поддерживающие факторы дерматологического заболевания [15, р. 725]. И. В. Давыдовский рассматривает болезни как формы адаптации человека, то есть «...болезнь поражает определенного человека и наделена индивидуальными особенностями реагирования именно данного конкретного субъекта» [65, с. 200]. В середине XX века Р.А. Лурия трактовал личностный профиль пациента как «все то, что переживает и испытывает пациент, все масса его ощущений, эмоций, аффектов, конфликтов, психологических переживаний и травм» [109].

Тем самым, психогенность провоцирующих факторов в развитии и обострении розацеа, формирование нозогенных реакций у пациентов, психоэмоциональных, психосоциальных последствий розацеа обусловлены индивидуально-личностным реагированием каждого пациента. Эмоциональное реагирование пациентов на заболевание «...это индивидуальное отношение человека к повседневным событиям, явлениям, ощущениям, к разнообразным сигналам из внешнего мира и внутренней среды самого организма» [65, с. 187]. В свою очередь, тип реагирования «зависит от типа высшей нервной системы, характерологических черт, пола, возраста, наследственности, иммунологической реактивности, прошлого опыта, перенесенных заболеваний и других моментов, характеризующих конституцию больного» [65, с. 188; 83, с. 161]. Учитывая вышеизложенное, в диагностике пациентов представляет интерес изучение типов реагирования больного на заболевание.

На психическое реагирование пациента на болезнь влияют «объективная» и «субъективная» оценка тяжести заболевания. В свою очередь, объективная картина тяжести рассматривается больным сквозь его «призму» субъективного отношения. Р.А Лурией субъективное отношение к болезни было названо «внутренней картиной болезни» [110, с 166-167]. На сегодняшний день в общесоматической медицине изучение внутренней картины болезни является актуальным.

В структуре отношения к болезни выделяют три составляющих компонента: когнитивный, эмоциональный, поведенческий (Л.И. Вассерман) [110, с 174] (таблица 6).

Таблица 6 - Структура типа отношения к болезни

Компонент	Характеристика
Когнитивный	Знание о болезни, ее осознание, понимание ее роли и влияния на жизненное функционирование больного, предполагаемый прогноз
Эмоциональный	Ощущения и переживания на болезнь и связанные с ней ситуации
Поведенческий	Реакции на болезнь, способствующие адаптации либо дезадаптации к ней, выработка стратегии поведения в жизненных ситуациях в связи с заболеванием (принятие роли больного, активная борьба с болезнью, игнорирование болезни, пессимистические установки и т.п.)

Формирование субъективного отношения к болезни обусловлено социально-конституциональными, такими как пол, возраст, профессия пациента и индивидуально-психологическими факторами – особенности темперамента, характера, качества личности [110, с 167].

Согласно классификации типов психологического реагирования на заболевание по А.Е Личко и Н.Я.Иванову выделяют тринадцать типов отношений к болезни: гармоничный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, обсессивно-фобический, сенситивный, эгоцентрический, эйфорический, анозогностический,

эргопатический, паранойяльный, при создании которой учитывались природа самого заболевания, тип личности и отношение к данному заболеванию окружающих людей пациента [110, с. 173-177]. Классификация типов отношения к болезни [111, с.14-16] представлена в таблице 7.

Таблица 7 - Типы отношения к болезни

№	Тип отношения	Характеристика
1	Гармоничный (Г) (реалистичный, взвешенный)	Оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения. Стремление облегчить близким тяготы ухода за собой. В случае понимания неблагоприятного прогноза заболевания – переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному, сосредоточение внимания на своих делах, заботе о близких.
2	Эргопатический (Р) (стенический)	«Уход в работу от болезни». Характерно сверхответственное, подчас одержимое, стеническое отношение к работе, которое в ряде случаев выражено еще в большей степени, чем до болезни. Избирательное отношение к обследованию и лечению, обусловленное, прежде всего стремлением, несмотря на тяжесть заболевания, продолжать работу. Стремление во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности в прежнем качестве.
3	Анозогнозический (З) (эйфорический)	Активное отбрасывание мыслей о болезни, возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного. При признании болезни – отбрасывание мыслей о возможных ее последствиях. Отчетливые тенденции рассматривать симптомы болезни как проявления «несерьезных» заболеваний или случайных колебаний самочувствия. В связи с этим нередко характерны отказ от врачебного обследования и лечения, желание «разобраться самому» и «обойтись своими средствами», надежда на то, что «само все обойдется». При эйфорическом варианте этого типа – необоснованно повышенное настроение, пренебрежительное, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Желание продолжать получать от жизни все, что и ранее, несмотря на болезнь. Легкость нарушений режима и врачебных рекомендаций, пагубно сказывающихся на течении болезни.
4	Тревожный (Т) (тревожно- депрессивный и обсессивно- фобический)	Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни и методах лечения, поиск “авторитетов”, частая смена лечащего врача. В отличие от ипохондрического типа отношения к болезни, в большей степени выражен интерес к объективным данным (результаты анализов, заключения специалистов), нежели к субъективным ощущениям. Предпочтение слушать о проявлениях заболевания у других, а не предъявлять без конца свои жалобы. Настроение

		тревожное. Как следствие тревоги – угнетенность настроения и психической активности. При обсессивно-фобическом варианте этого типа – тревожная мнительность, которая, прежде всего, касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни; работе, взаимоотношениях с близкими в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют более чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.
5	Ипохондрический (И)	Чрезмерное сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них врачам, медперсоналу и окружающим. Преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение неприятных ощущений в связи с побочными действиями лекарств и диагностических процедур. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, постоянных требований тщательного обследования у авторитетных специалистов и боязни вреда и болезненности процедур.
6	Неврастенический (Н)	Поведение по типу “раздражительной слабости”. Вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается раскаянием и угрызениями совести. Неумение и нежелание терпеть болевые ощущения. Нетерпеливость в обследовании и лечении, неспособность терпеливо ждать облегчения. В последующем – критическое отношение к своим поступкам и необдуманным словам, просьбы о прощении.
7	Меланхолический (М) (витальнотоскливый)	Сверхудрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг. Сомнение в успехе лечения даже при благоприятных объективных данных и удовлетворительном самочувствии.
8	Апатический (А)	Полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса к жизни, ко всему, что ранее волновало. Вялость и апатия в поведении, деятельности и межличностных отношениях.
9	Сенситивный (С)	Чрезмерная ранимость, уязвимость, озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни. Опасения, что окружающие станут жалеть, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни и неблагоприятные слухи о причине и природе болезни и даже избегать общения с больным. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим. Колебания настроения, связанные, главным образом, с межличностными контактами.

10	Эгоцентрический (Э) (истероидный)	«Принятие» болезни и поиски выгод в связи с болезнью. Выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью вызвать сочувствие и полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы о себе в ущерб другим делам и заботам, полное невнимание к близким. Разговоры окружающих быстро переводятся «на себя». Другие люди, также требующие внимания и заботы, рассматриваются как «конкуренты», отношение к ним неприязненное. Постоянное желание показать другим свою исключительность в отношении болезни, непохожесть на других. Эмоциональная нестабильность и непрогнозируемость.
11	Паранойяльный (П)	Уверенность, что болезнь – результат внешних причин, чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность и настороженность к разговорам о себе, к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения или побочные действия лекарств халатности или злему умыслу врачей и персонала. Обвинения и требования наказаний в связи с этим.
12	Дисфорический (Д) (агрессивный)	Доминирует гневливо-мрачное, озлобленное настроение, постоянный угрюмый и недовольный вид. Зависть и ненависть к здоровым, включая родных и близких. Вспышки озлобленности со склонностью винить в своей болезни других. Требование особого внимания к себе и подозрительность к процедурам и лечению. Агрессивное, подчас деспотическое отношение к близким, требование во всем угождать.

В зависимости от критерия «адаптивность-дезадаптивность» все типы отношения объединяются на три блока [110, с.173-174] (таблица 8).

Таблица 8 - Распределение типов отношения к болезни по критерию «адаптивность-дезадаптивность»

Блок	Тип отношения	Характеристика
Блок 1: «адаптивность»	гармоничный, эргопатический, анозогнозический	Социальная адаптация существенно не нарушается. При эргопатическом и анозогнозическом типах явлений выраженной психической дезадаптации не наблюдается.
Блок 2: психическая дезадаптация с интрапсихической направленностью	тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический	Дезадаптивное поведение: реакции по типу раздражительной слабости, тревожное, подавленное, угнетенное состояния, «уход» в болезнь, отказ от борьбы — «капитуляция» перед заболеванием и т.п.
Блок 3 психическая дезадаптация с интерпсихической	сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный,	Сенсибилизированное отношение к болезни, которое в наибольшей степени зависит от преморбидных

направленностью	дисфорический	особенностей личности больных; дезадаптивное поведение, приводящие к нарушению их социального функционирования.
-----------------	---------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Среди преморбидных особенностей личности главенствующую роль в формировании типа отношения к болезни играет тип акцентуации характера. Акцентуации характера это «...заострение черт характера, не доходящих до патологической степени». Акцентуации находятся на грани между характерологической нормой и патологией. Согласно А.Е. Личко отличиями акцентуации от клинически выявляемой патологии характера являются то, что акцентуации личности проявляются не во всех случаях, а лишь в трудных жизненных ситуациях, которые оказывают воздействие на слабые звенья личности; не препятствуют социальной адаптации личности или явления дезадаптации носят временный, преходящий характер; при определенных ситуациях в жизни акцентуации личности могут способствовать социальной адаптации [110, с 150-151]. К. Леонгард выделял 12 типов акцентуации характера: гипертимный (гиперактивный), дистимический, циклоидный, эмотивный (эмоциональный), демонстративный, возбудимый, застревающий, педантичный, тревожный, экзальтированный (лабильный), интовертированный (шизоидный, аутистический), экстарвертированный (конформный) [112, с.304-306]. Основными из них являются гипертимный – личности со склонностью к повышенному настроению; застревающие – со склонностью к «застреванию аффекта» и бредовым реакциям; эмотивные, аффективно лабильные; педантичные - с преобладанием черт ригидности, педантизма; тревожные; циклотимные – со склонностью к депрессивному реагированию; демонстративные – с истерическими чертами характера; возбудимые – со склонностью к повышенной, импульсивной реактивности в сфере влечений; дистимические, склонные к аффективной экзальтации [113, с. 548-549].

В результате исследований больных с обезображивающими изменениями было выявлено, что им характерно реагирование на болезнь по типу самоуничтожения. Такие лица отличаются обидчивостью, раздражительностью, чувствительностью, бояться появляться в общественных местах, резко ограничивают контакты с окружающими, нередко имеют суицидальные мысли. При кожных заболеваниях наряду с данными психическими переживаниями пациенты испытывают чувство стыда, брезгливости и опасения, испытывают опасения, что окружающие станут избегать их из-за страха заразиться [110, с 206]. Вышеописанные психические переживания пациентов отражают чувствительный тип отношения к болезни.

В ряде исследований с участием пациентов с розацеа характерен чувствительный тип отношения к болезни, выявленный в 42% случаев. Пациентам были характерны повышенная ранимость, стремление избавиться от косметических дефектов, озабоченность о мнении окружающих по поводу их внешнего вида, нарушения в межличностных отношениях, что приводило к



дезадаптивным изменениям их образа жизни вплоть до формирования чрезмерно узкого круга общения [114; 103, с. 560; 67, с. 4]. В свою очередь, данные реакции на заболевания имеют обратный негативный эффект на психоэмоциональное состояние пациентов.

Таким образом, сведения об отношении конкретного пациента к своей болезни, понимание его личностных свойств являются необходимым составляющим для дальнейшего определения подхода к данному пациенту и построению психокоррекционных/психотерапевтических работ. Лучшее понимание индивидуально-личностных особенностей пациентов с розацеа может быть одной из ступеней в достижении комплаенса пациента и как следствие успешной терапии. С целью определения дальнейшей тактики ведения и терапии пациентов с розацеа важным будет изучение типов акцентуации характера и типов отношения к болезни.

### **1.3.5 Психотерапевтическая помощь дерматологическим больным**

В современной дерматологии отмечается рост психоэмоциональных расстройств и социальной дезадаптации, низкий комплаенс дерматологических пациентов, широкая распространенность самолечения [19, с. 119], снижение длительности ремиссий дерматозов [115] способствуют поиску новых подходов в терапии кожной патологии. На сегодняшний день дерматологические пациенты часто неудовлетворены традиционными методами лечения, что побуждает их к дальнейшему поиску альтернативных методов лечения либо дополнений к стандартной терапии. Среди них выделяют психотерапевтические методы, которые способствуют улучшению кожных заболеваний [116]. Психологический подход к пациенту является важным составляющим моментом в терапии дерматологических нозологий [22].

На сегодняшний день проведение психотерапевтических интервенций и оценка их эффективности являются приоритетными направлениями зарубежной психодерматологии [117]. Неучтенные психоэмоциональные факторы в клинике различных дерматозов, в том числе и дезадаптивные реакции пациентов на заболевание [16, с. 665], в 40% случаев способствуют неэффективности терапии [17, р. 1; 9, р. 850; 18, р. 711]. Описанное ранее состояние некоего «порочного круга», в котором находятся пациенты с психосоматическими расстройствами, может быть разорвано при помощи психофармакологических и психотерапевтических воздействий. Данные вмешательства должны быть направлены на изменение дезадаптивного реагирования на болезнь, создание у пациентов реалистических установок на лечение, восстановление внутрисемейных и более широких социальных связей, что, несомненно, улучшит как состояние самих пациентов, так и будет способствовать профилактике обострений заболевания. Реализация данных психотерапевтических целей будет возможной лишь при изменении отношения к болезни [111, с. 3]. Учитывая вышеизложенные данные, терапия и реабилитация пациентов с розацеа должны быть лично-ориентированы.

На сегодняшний день в психодерматологии используются различные методы психокоррекции/психотерапии. С целью снижения эмоционального напряжения и повышения стрессоустойчивости дерматологических пациентов применяют медикаментозную терапию сопутствующих психических расстройств или нозогений, гипноз, биологически-обратную связь, методы релаксации и прогрессивной релаксации мышц, визуализации, медитацию и групповую психотерапию [118; 119]. Медитация способствует уменьшению негативного влияния стресса на организм и повышению стрессоустойчивости [120], тем самым оказывая положительное действие на течение дерматологических заболеваний [121]. В 2001 г. немецким дерматологическим обществом методы релаксации, аутотренинга, когнитивно-поведенческая и психоаналитическая терапии включены в рекомендации лечения психодерматологических расстройств [122].

Н. Takaki и Y. Ishii предполагают, что отсутствие навыков управления стрессом могут поддерживать дерматоз [15, p. 734]. По данным С. Schut методы управления стрессом имеют положительный эффект на пациентов с атопическим дерматитом. Ученый считает, что дополнительно к стандартной терапии необходимо включать данные методы [123].

Согласно NRS методы управления стрессом являются одной из ступеней в достижении контроля над розацеа [124; 125; 73]. В 83% случаев применение пациентами с розацеа методов повышения стрессоустойчивости привело к уменьшению количества обострений заболевания [126]. Различные методы релаксации, когнитивно-поведенческая психотерапия оказывают выраженное позитивное воздействие на пациентов с эритематозно-телеангиэктатическим подтипом [127;128]. Когнитивно-поведенческая терапия может помочь в уменьшении социальной тревожности у пациентов с тяжелой степенью тяжести розацеа [85, p. 490]

Помимо методов повышения стрессоустойчивости среди психотерапевтических интервенций выделяют развитие мотивации на профилактику обострений заболевания у пациентов с розацеа [129]. Факторами, способствующими долгосрочному контролю обострений розацеа, являются соблюдение медикаментозного лечения и избегание триггеров заболевания [130; 131; 132], из них выделяют изменения в питании в виде управления диеты, ее модификации [133] и изменения образа жизни [134]. Однако низкая приверженность к терапии пациентов может послужить препятствующим фактором в достижении данной цели.

В США лишь 10% из 16 миллионов американцев, страдающих розацеа, обращаются за медицинской помощью. Фактором низкой приверженности к терапии пациентов считают плохую мотивацию к поиску лечения самими пациентами [26; 135], недостаток знаний о терапии самого заболевания [136]. В свою очередь, среди причин плохой мотивации и как следствие низкой приверженности к лечению было ложно сложившееся впечатление пациентов с розацеа, что симптомы заболевания разрешены или находятся под контролем. Также имеются пациенты, которые самостоятельно меняют или прекращают

терапию. Данные пациенты изъявляют желание о получении большей информации на момент постановки диагноза, среди них это причины обострений, физические последствия заболевания, варианты медикаментозного лечения, хирургические или лазерные методики лечения, эстетическая маскировка клинических проявлений заболевания, психологические симптомы дерматоза, группы поддержки пациентов и варианты консультирования [137]. Учитывая, хроническое течение розацеа, а также, что со временем без лечения тяжесть дерматоза только ухудшается, важным будет обучение пациентов к раннему обращению за медицинской помощью независимо от длительности заболевания. Отмечается, что понимание и осознание симптомов розацеа является необходимым составляющим в мотивации пациентов к обращению за медицинской помощью с целью подтвердить или исключить диагноз.

Группой специалистов NRS проводится обширная пропагандистская программа, разрабатываются и выпускаются информационные бюллетени и учебные материалы для врачей и пациентов, созданы онлайн группы поддержки для пациентов с розацеа [138; 139]. Выявлено, что обучение пациентов с розацеа имеет положительный эффект на течение дерматоза, помогает в достижении ремиссии заболевания [134, р. 23]. Учитывая сведения о более эффективном воздействии психотерапевтических групповых занятий в сравнении с индивидуальной психотерапией [118, р. 145], обучение пациентов с розацеа также должно проходить в группах.

Обучающие программы в дерматологии успешно используются в терапии пациентов с хроническими дерматозами, такими как псориаз, атопический дерматит и другие [140; 141; 142; 143; 144; 145; 146; 147; 148]. Считается, что коррекция индивидов в группе намного эффективнее и легче протекает, нежели индивидуально [149, р.16]. В «Школе здоровья» больного хроническими кожными заболеваниями (псориазом, экземой, атопическим дерматитом, розацеа, периоральным дерматитом и др.) с духовно-ориентированной терапией [150] и «Школе кожи» с обучением пациентов правильному образу жизни и уходу за кожей с домашних условиях выделены отдельные занятия, посвященные теме розацеа [151]. Однако в Казахстане нет обучающих программ для пациентов с розацеа, в терапии пациентов с розацеа не применяются меры психологической коррекции.

Таким образом, в результате анализа нынешнего состояния проблемы розацеа в дерматологии указывает на необходимость применения дополнительных методов к стандартной терапии пациентов с данным дерматозом. Необходимо проведение индивидуальных психокоррекционных мероприятий, а также групповых в виде создания обучающей программы для пациентов с розацеа.

## 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Данное исследование было проведено в рамках инициативной НИР на базе кафедры дерматовенерологии АО «Медицинского университета Астаны» и в ГКП на ПХВ «Центра дерматологии и профилактики болезней, передающихся половым путем» г. Астаны в период с 2015 по 2017 года, одобренное этическим комитетом АО «Медицинский Университет Астана» (протокол №5 от 17.03.16 года).

### 2.1 Общая характеристика исследовательской группы

В исследовании приняли участие 105 пациентов с диагнозом розацеа в возрасте от 23 до 65 лет, обратившиеся в ГКП на ПХВ «Центр дерматологии и профилактики болезней, передающихся половым путем».

Критерии включения в группу исследования:

- информированное согласие на участие в исследовании, подписанное пациентами;

- установленный диагноз розацеа (L 71.; L 71. 1; L 71.9 по МКБ-10);
- возраст от 18 до 65 лет.

Критерии исключения:

- беременность;
- период лактации;
- Д-учет в психоневрологическом диспансере (ПНД).

Таблица 9 - Распределение по полу и средний возраст исследуемой выборки

Показатель	Мужчины		Женщины		Всего	
	n,%	Средний возраст M±σ, года	n,%	Средний возраст, года	n,%	Средний возраст M±σ, года
Количество	25(24)	42,8±12,0	80(76)	40,9±9,7	105(100)	41,4±10,3

Среди участников исследования женский пол преобладал, средний возраст составил 41,4±10,3 лет (таблица 9).

Дизайн исследования представлен на рисунке 1.



Рисунок 1 – Дизайн исследования

## **2.2 Методы исследования**

С целью решения поставленных задач применялись следующие методы исследования: анкетирование; оценка дерматологического статуса; психологическая оценка; методика терапии; статистический анализ полученных данных.

### **2.2.1 Анкетирование**

Анкетирование проводилось среди 105 участников исследования. Разработанная нами анкета состоит из двух частей, часть 1 содержит 12 вопросов, часть 2 – 15 (приложение А).

Первая часть заполнялась врачом и включает клинический диагноз, анамнестические данные о заболевании: длительность заболевания, количество и длительность обострений, характер высыпаний при обострениях, наследственный фактор, наличие сопутствующей патологии, сведения о ранее полученном лечении и данные об использовании пациентом камуфлирующих средств.

Вторая часть заполнялась пациентами, которая содержит сведения о возрасте, осведомленности пациентов об основных провоцирующих факторах розацеа; наличии стресса до начала заболевания, связи стресса с развитием и обострениями дерматоза, причинах стресса, факторах, обостряющих заболевание у пациентов и соблюдение избегания ими триггеров своего заболевания, эмоциональных переживаний на заболевание, влиянии заболевания на жизнь и сон, использовании пациентами лечебной косметики и косметологических процедур в период восстановления и ремиссии розацеа.

### **2.2.2 Оценка дерматологического статуса**

Определение клинического подтипа розацеа проводилось на основании стандартной классификации розацеа (NRS, 2002) [76, р. 384-387] по наличию одного и более первичных и вторичных признаков (см. Глава 1., 1.3.2 Клинические проявления розацеа).

Эритематотелеангиэктатический подтип розацеа выставлялся на основании наличия гиперемии (транзиторной эритемы) и/или персистирующей эритемы с наличием либо отсутствием телеангиэктазий, локализованных на коже центральной части лица.

Папуло-пустулезный подтип розацеа выставлялся на основании наличия на коже центральной части лица таких элементов, как персистирующей эритемы, транзиторных папул, пустул или одновременно присутствующих папул и пустул.

Фиматозный подтип розацеа выставлялся на основании наличия на коже носа, подбородка, лба, щек либо ушей таких патологических процессов, как утолщение кожи, поверхностных узлов неправильной формы и гипертрофии кожи, телеангиэктазий.

Окулярный подтип розацеа верифицировался при наличии у пациентов признаков слезотечения и/или гиперемии, ощущения инородного тела, чувства

жжения или покалывания, сухости, зуда, светочувствительности глаз, затуманивания зрения, телеангиэктазий конъюнктивы и края век, или отека век и периорбитального отека. С целью выявления блефаритов, конъюнктивитов, халязионов век, мемброидитов пациенты дополнительно консультировались врачом-офтальмологом.

Степень тяжести розацеа оценивалась посредством модифицированной, русскоязычной версии американской шкалы оценки розацеа Rosacea Clinical Scorecard [82. P. 907-912] – ШДОР [152] (приложение Б). Количественная оценка первичных (папулы и пустулы, эритема, телеангиэктазии) и вторичных признаков (сухость кожи, жжение и покалывание кожи, отек лица, проявления офтальморозацеа) проводилась по трехбалльной шкале в зависимости от наличия либо их отсутствия. В случае отсутствия признака присваивалось 0 баллов. В случае наличия признака в зависимости от степени выраженности, количества элементов либо площади поражения присваивалось от 1 до 3 баллов. Максимально возможное количество баллов по ШДОР составляло 21.

На основании суммарного количества баллов показателя ШДОР выставлялась степень тяжести розацеа: легкая, средняя и тяжелая (таблица 10).

Таблица 10 - Степень тяжести розацеа

№	ШДОР	Степень тяжести
1	0-7	Легкая
2	8-14	Средняя
3	15-21	Тяжелая

### 2.2.3 Психологическая оценка

С целью оценки психологического состояния пациентов использовались три вида теста-опросника: госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS; методика для определения типа отношения к болезни ТОБОЛ; тест-опросник К. Леонгарда-Шмишека.

а) С целью выявления клинически значимой тревоги и депрессии у пациентов с розацеа использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (приложение В) [153]. Шкала представляет собой лист-опросник самооценки пациента, состоящий из двух субшкал тревоги и депрессии, включающие в себя по 7 утверждений каждый. Пациент выбирал по одному ответу на каждое утверждение. Данное тестирование проводилось дважды до и после терапии в обеих группах.

Каждое утверждение оценивалось от 0 до 3 баллов, максимальное возможное количество баллов по одной субшкале составляет 21 балл.

Интерпретация результатов:

0-7 баллов – норма, отсутствие достоверно выраженных признаков тревоги/депрессии;

8-10 баллов – субклинически выраженная тревога/депрессия;

11 баллов и выше - клинически выраженная тревога/депрессия.

б) Для изучения личностного реагирования на болезнь у пациентов с розацеа использовалась тестовая методика, направленная на диагностику типа отношения к болезни (ТОБОЛ) [111]. Данная методика также использовалась для оценки эффективности психокоррекционной работы.

Посредством методики диагностируются 12 типов отношения к болезни: гармоничный, эргопатический, анозогнозический, тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический, сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический.

Опрос по данной методике проводился дважды, до и после терапии.

Методика ТОБОЛ построена в форме опросника и содержит утверждения по 12 темам: самочувствие, настроение, сон, аппетит и отношение к еде, отношение к болезни, отношение к лечению, отношение к врачам и медперсоналу, отношение к родным и близким, отношение к работе (учебе), отношение к окружающим, отношение к одиночеству, отношение к будущему. Каждая тема содержит от 10 до 15 утверждений (приложение Г). Пациенту на каждую из данных тем предлагалось выбрать два наиболее подходящих утверждения и в регистрационном листе обвести их кружком. В случае невозможности выбрать два утверждения по одной теме, пациент отмечал последнее утверждение: «Ни одно из определений мне не подходит».

Анализ данных опроса проводился по диагностическому коду к опроснику ТОБОЛ (приложение Д). Диагностические коэффициенты заносились в «Результаты обследования» регистрационного листа (приложение Е) в соответствующий столбец каждой из 12 тем, в конце результаты суммировались. В случае, когда в одной из шкал определенного типа отношения к болезни среди диагностических коэффициентов встречался знак «\*», данные этой шкалы приравнивались к нулю и этот тип не диагностировался.

Тип отношения к болезни определялся на основании шкалы с максимальным значением диагностических критериев. Также определялось наличие значений диагностических коэффициентов других шкал в пределах 7 баллов от максимального значения.

Все типы отношения к болезни объединялись в три блока. Первый блок – «адаптивность» включал гармоничный, анозогнозический и эргопатический типы. Второй блок - «дезадаптивность» с интрапсихической направленностью личностного реагирования на болезнь: тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический. Третий блок – «дезадаптивность» с интерпсихической направленностью личностного реагирования на болезнь, которая также обуславливает нарушения социальной адаптации пациентов: сенситивный, эгоцентрический, дисфорический, паранойяльный.

с) Для определения типа акцентуации личности использовался тест - опросник Г. Шмишека - К. Леонгарда, содержащий 97 утверждений (приложение Ж) [113, с. 548-556].



Посредством методики диагностируются десять типов акцентуации: демонстративный, педантичный, "застревающий", возбудимый, гипертимный, дистимический, циклотимный, тревожный, экзальтированный, эмотивный..

Все утверждения группировались в 10 шкал, каждая из которых соответствует одному направлению акцентуаций: 1 - высокая жизненная активность; 2 – возбудимость; 3 - глубина эмоциональных реакций; 4 – педантизм; 5 - повышенная тревожность; 6 - перепады настроения; 7 – демонстративность; 8 – неуравновешенность; 9 – утомляемость и 10 - сила и выраженность эмоций.

При согласии с утверждением пациенты отмечали «+», при несогласии - «-». Тестирование проводилось однократно, до терапии.

Интерпретация результатов теста: подсчитывалось количество плюсов по одним вопросам и минусов - по другим, затем сумма умножалась на определенное число, указанное в ключе к методике (приложение И). Достоверность результатов тестирования оценивалась по шкале «лжи». Признаком акцентуации считался показатель, превышающий 18 баллов из 24 возможных

#### **2.2.4 Методика терапии**

Терапия пациентов проводилась в двух группах – основной и контрольной. В основную группу были включены 25 пациентов, в контрольную – 26. Критерием включения в группы сравнения было согласие пациентов на дальнейшее участие в исследовании. Основная группа пациентов получала стандартную терапию в сочетании с индивидуальными и групповыми мерами психологической коррекции. Контрольная группа получала только стандартную терапию. Общая продолжительность стандартной терапии составляла 12 недель, наблюдение за пациентами проводилось в течение 6 месяцев от начала терапии. По окончании исследования в группах сравнения повторно оценивались степень тяжести дерматоза, частота и длительность обострений за 6 месяцев терапии с наблюдением, проводилось психологическое тестирование госпитальной шкалой HADS, тестовой методикой ТОБОЛ.

Стандартная терапия проводилась, согласно протоколам лечения РК и стандартам лечения розацеа [154;155;132, p. 43-47; 156; 157; 158]

На стационарном лечении пациентам было назначено: исключение провоцирующих факторов, доксицилин 200 мг № 10 per os, метронидазол 1000 мг № 10 (в случаях сочетания с демодекозом) в/в либо per os, эубиотики и пробиотики №10, витамины группы В (В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>), С №10 в/м; препараты кальция № 10, антигистаминные препараты № 10, наружно примочки с настоем лекарственных трав (ромашки, шалфея), водно-взбалтываемая взвесь, крем метронидазола 1%; физиотерапия: биоптрон №10, электрофорез с 10% раствором ихтиола.

На амбулаторном этапе: исключение провоцирующих факторов, поддерживающая терапия: доксицилин в дозе 100 мг в течение 12 недель, препараты цинка в течение 1 месяца, аскорутин по 1 таблетке 3 раза в день 3

месяца, наружно азелаиновая кислота 15 % гель или 20% крем. Дополнительно был назначен космецевтический уход, отвечающий стандартам ухода за кожей с розацеа [159;160]: средства серии Розельян фирмы Урьяж, при наличии сопутствующего демодекоза - линии «Стоп-демодекс». Из косметологических процедур были рекомендованы криотерапия, IPL-терапия, лазеротерапия; при необходимости методы оперативной коррекции: хирургическое иссечение, лазерная шлифовка. При наличии сопутствующей патологии, с целью коррекции которой всем пациентам была назначена консультация смежных специалистов.

Психокоррекционные мероприятия состояли из индивидуальных сессий и групповых занятий. Индивидуальные сессии проводились через один – два дня, общим количеством 3-5 сессий. Групповые занятия проводились в разработанной нами обучающей программе для пациентов с розацеа – «Школе розацеа» в количестве 9 занятий. Нами было получены авторские права на объект «Школа розацеа» (№ 2696 от 20.12.2016) (Приложение К).

Индивидуальные сессии психокоррекции включали в себя рациональную психотерапию [161]. Данный метод использовали для изучения внутренней картины болезни пациентов [162], в результате работы по данной методике у пациентов формируется правильная оценка своего состояния и мотивация их на преодоление своего заболевания [163; 164]. Путем объяснения, разъяснения и логического убеждения пациентам давалась информация об основных провоцирующих факторах, важности избегания данных триггеров, течении и проявлениях самого заболевания, разъяснялась этапность лечения дерматоза (стационарный, амбулаторный этап), важность и необходимость космецевтического ухода и косметологических процедур в период реабилитации и ремиссии заболевания. Выслушивались опасения пациентов, касающиеся их заболевания, проводилась коррекция ошибочных суждений. В терапии пациентов в каждом случае учитывались пожелания по лечению самих пациентов (например, форма выпуска и стоимость препарата). С целью изучения отношения пациентов к своему заболеванию и поиска их внутренних ресурсов на преодоление заболевания использовались метафорически-ассоциативные карты (МАК-карты) [165]. Данные задачи осуществлялись с помощью алгоритмов работы с психотравмирующими ситуациями, где розацеа выступала в роле психогенного фактора [166]. В индивидуальных сессиях также применялось позитивно-ориентированное консультирование, направленное на изменение отношения пациентов к заболеванию, нацеливание пациентов на преодоление заболевания.

Групповая психологическая коррекция проводилась в «Школе розацеа». Включение пациентов с розацеа в групповые занятия проходило на любом этапе с обязательным их согласием на участие, группа была открытой. Занятия в «Школе розацеа» были посвящены следующим темам:

1. Тема №1: «Что такое розацеа?» На данном занятии раскрывались вопросы истории, распространенности, о провоцирующих факторах розацеа. Представлена информация о важности соблюдения режима по избеганию или

полному исключению провоцирующих факторов. Информация по основным триггерам розацеа и этапам, способствующих контролю дерматоза, в виде нами разработанной памятки для пациентов с розацеа, одобренной локальным комитетом по этике АО «МУА», раздавалась всем участникам. С целью выявления индивидуальных провоцирующих факторов, согласно стандарту терапии розацеа [132], пациентам был предложен, адаптированный нами на русский язык дневник пациентов с розацеа, разработанный экспертами NRS [61] (Приложение Л). Данный дневник необходимо было заполнять в течении 14 дней.

2. Тема № 2: «Клинические проявления, течение, прогноз розацеа». На данном занятии представлена информация о клинической картине розацеа, ее проявлениях, течении, связанных с дерматозом субъективных ощущений и возможные исходы заболевания.

3. Тема № 3: «Терапия розацеа». На данном занятии пациентов информировали о медикаментозном лечении розацеа; обсуждались опасения пациентов по поводу антибиотикотерапии, гормонального лечения; разъяснялась важность раннего обращения к специалистам и соблюдения назначенных врачом лечебных рекомендаций, серьезность последствий самолечения.

4. Тема № 4: «Немедикаментозная терапия розацеа». Были рассмотрены вопросы космецевтического ухода за кожей лица, косметологических процедур в терапии розацеа. Предоставлялась информация, какими свойствами должны обладать косметические и камуфлирующие средства по уходу за проблемной кожей, каким должен быть ежедневный уход за кожей, что он должен включать в себя и какие для этого должны использоваться виды средств, способы и кратность их нанесения в сочетании с медикаментозными местными препаратами. С целью закрепления полученной информации о розацеа пациенты получили разработанную нами памятку по основным триггерам розацеа, рекомендациям по терапии и уходу за кожей лица (приложение М).

5. Тема № 5: «Стресс и розацеа». На данном занятии раскрывались вопросы: «Что такое стресс?», «Виды стресса», «Влияние стресса на организм», «Роль стресса в течении розацеа», «Розацеа как стресс».

6. Тема № 6: «Управление стрессом. Часть 1. Методы релаксации. Дыхательная релаксация». Раскрывались вопросы: «Применение методов релаксации в дерматологической практике», «Влияние методов управления стрессом на течение розацеа», «Методы, помогающие в борьбе со стрессом», «Что такое релаксация?», «Влияние методов релаксации на организм», «Какие существуют методы релаксации?», «Что такое дыхательная релаксация и методика ее проведения» [167, с. 131-135]. Занятие осуществлялось по типу тренинга. Пациенты проводили аутодиагностику стрессового напряжения, выполняли практические упражнения по дыхательной релаксации [167, с.198-200].

7. Тема № 7: «Управление стрессом. Часть 2. Мышечная релаксация». На занятии раскрывались вопросы влияния стресса на мышечный каркас человека,

мышечные зажимы и их влияние на организм, понятие и влияние прогрессивной мышечной релаксации, методика ее проведения. Проведение практического упражнения «маска релаксанта» [167, с.135-137; 167, с.207-208]

8. Тема № 8: «Управление стрессом. Часть 3. Методы визуализации». Раскрывались вопросы: что такое визуализация, ее влияние на организм, применение визуализации. Практически выполнялись упражнения по визуализации с дыхательной релаксацией [167, с 137-140; 167, с.202-207].

9. Тема № 9: «Управление стрессом. Часть 4. Медитация». Пациентам рассказывалось о том, что такое медитация, влиянии медитации на организм, применении медитации в дерматологической практике, технике проведения медитации. Проводились практические упражнения по совмещенным техникам визуализация, дыхание, музыкотерапия [167, с.145-149; 167, с.200-202].

В конце каждой индивидуальной и групповой психокоррекции проводилась обратная связь с пациентами.

### **2.3 Статистический метод**

В результате исследования выявленные данные обрабатывались посредством пакета данных Microsoft Excell 2007, программы IBM SPSS Statistics 22 и Statistica 6,0. Графологическое оформление данные осуществлялось с помощью Microsoft Excell 2007.

В качестве нулевой гипотезы было взято предположение, что индивидуально-личностные особенности пациентов с розацеа не оказывают влияния на клиническую картину дерматоза.

Нормальность распределения в выборках определялась посредством критерия Колмогорова-Смирнова.

Для определения статистической значимости различий влияния индивидуально-личностных особенностей пациентов на клиническую картину розацеа использовался однофакторный дисперсионный анализ, точный критерий Фишера. Для оценки влияния качественных номинальных признаков использовался критерий Хи квадрат Пирсона с поправкой Йетса. Сравнение между независимыми выборками проводилось посредством параметрического критерия t-критерий Стьюдента для независимых выборок.

Оценка эффективности терапии с включением психокоррекционных мероприятий проводилась при сравнении данных основной и контрольной групп. При нормальном распределении использовался параметрический критерий t-критерий Стьюдента для зависимых выборок и независимых выборок, при ненормальном распределении - критерий Манна-Уитни для несвязанных выборок.

Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ ; достаточный уровень значимости считался при  $p < 0,01$ . При  $p < 0,001$  уровень статистической значимости различий считался высоким.

### 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Розацеа является хроническим дерматозом лица с рецидивирующим течением и мультифакториальным генезом. Одним из провоцирующих факторов заболевания является психогенный, который играет главенствующую роль в развитии и обострениях розацеа. Ввиду локализации и характера течения розацеа оказывает выраженные психоэмоциональные и психосоциальные влияния. Психогенность различных факторов в развитии и течении розацеа, психоэмоциональные и психосоциальные последствия дерматоза определены реактированием самих пациентов, которые обусловлены конституциональными особенностями индивида.

Таким образом, необходимым будет выявление психоэмоционального фактора как триггера розацеа, соматогенного влияния розацеа на психику и социальную сферу пациентов, нозогенных реакций, типов отношения к заболеванию, акцентуаций личности и влияний индивидуально-личностных особенностей больных на клиническую картину розацеа, определение эффективности терапии с включением мер психологической коррекции (индивидуальные и групповые), разработка алгоритма ведения пациентов с розацеа с включением мер психологической коррекции (индивидуальные, групповые).

#### 3.1 Клинико-дерматологическая характеристика пациентов

Данные участников исследования представлены в таблице 9. Среди пациентов лица мужского пола составили 25 (24%) случаев, женского - 80 (76%). Средний возраст пациентов составил  $41,4 \pm 10,3$  лет, из них у лиц мужского пола -  $42,8 \pm 12,0$  лет, у лиц женского пола -  $40,9 \pm 9,7$  лет. Лица женского пола преобладали среди пациентов с розацеа, что соответствует литературным данным [34, с. 497; 1, с. 188; 47, р. 598; 41, с. 769]. Средний возраст пациентов обоих полов значительно не отличался. Статистически значимых различий по возрасту между лицами мужского и женского пола выявлено не было ( $t = -0,68$ ;  $p > 0,05$ ).

Таблица 11 – Возрастная характеристика пациентов

Возрастная группа, лет	Количество n
23- 30	17
31-40	31
41-50	40
51 и более	17

В результате распределения пациентов по возрастным группам были получены следующие данные: в возрастных диапазонах 23-30, 31-40, 41-50 и 51 и более лет (таблица 11). Преобладающей была возрастная категория 41-50 лет (38%).

Длительность заболевания варьировала от 6 месяцев до более 25 лет. Впервые возникшая розацеа определялась у 4 пациентов (4%); до года – у 11

(10%); от 1 года до 5 лет – у 51 (48%); от 5 лет до 10 лет и более 10 лет по 20 пациентов (по 19%) (рисунок 2). Длительность заболевания, составляющая от года до 5 лет, была преобладающей.

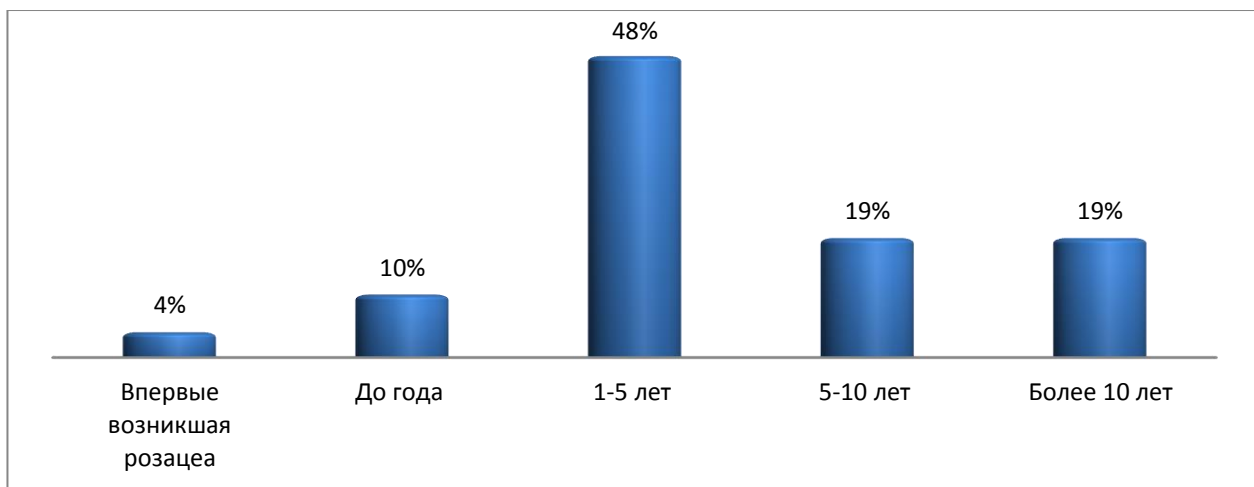


Рисунок 2 - Длительность заболевания

Согласно стандартной классификации розацеа пациентов распределили на клинические подтипы: эритематотелеангиэктатический подтип был выявлен у 23 (22%) пациентов, папуло-пустулезный – у 69 (66%), фиматозный – у 13 (12%). В 30 (29%) случаях дополнительно диагностировался окулярный подтип. Офтальмологические проявления розацеа сопровождалась такими жалобами пациентов, как слезотечение, светочувствительность, ощущения зуда, инородного тела, иногда жжения, также явления конъюнктивита, блефаритов и халязиона. Среди выявленных клинических подтипов розацеа преобладающим был папуло-пустулезный.

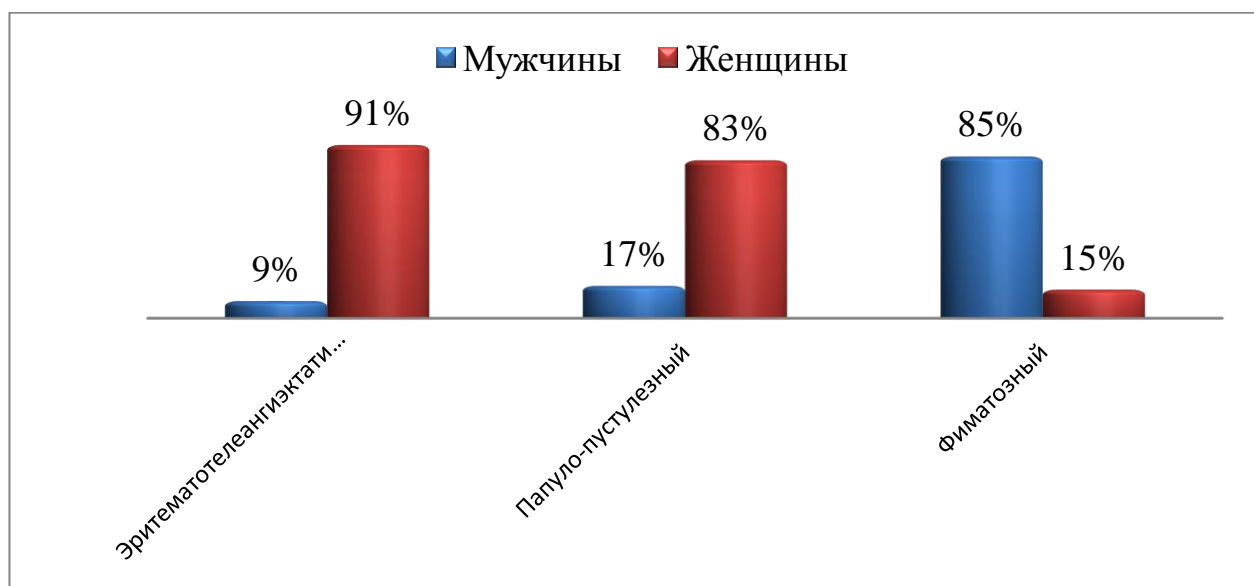
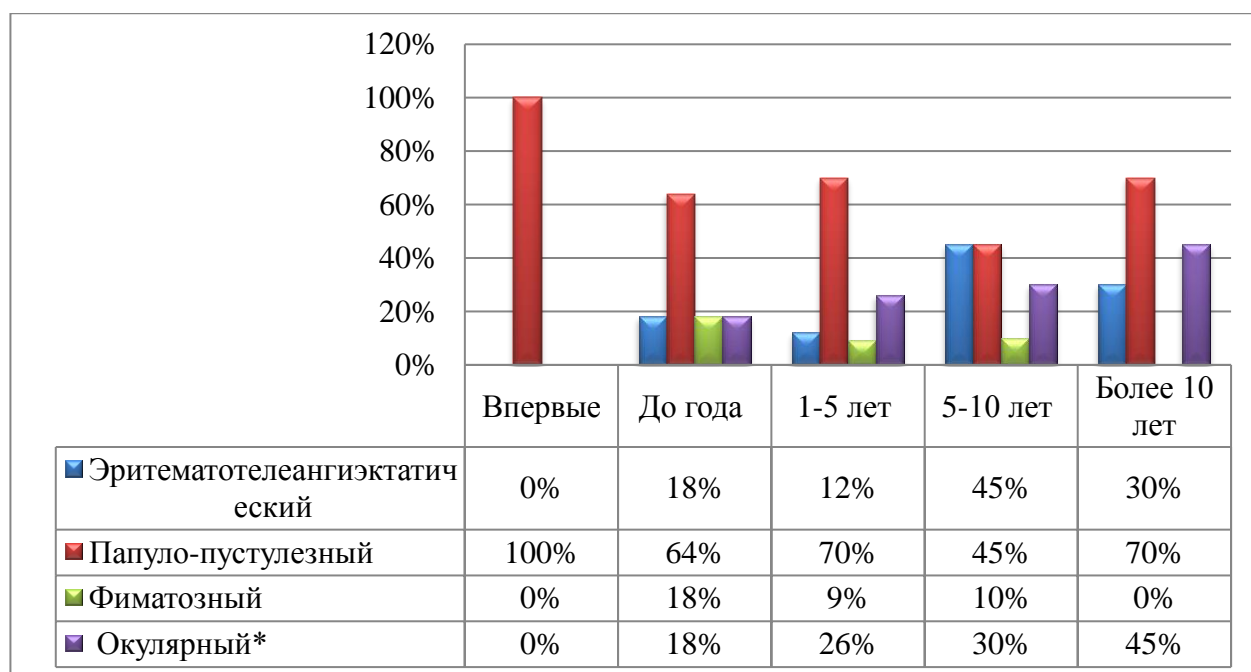


Рисунок 3 - Распределение пациентов на клинические подтипы розацеа в зависимости от пола

При распределении пациентов на клинические подтипы в зависимости от пола (рисунок 3) были выявлены статистически значимые различия ( $F=24,80$ ;  $p<0,001$ ;  $p=0,000$ ): фиматозный подтип наиболее характерен лицам мужского пола (85%), эритематотелеангиэктатический подтип – женского (91%).

При анализе клинических подтипов розацеа в зависимости от возраста статистически значимых различий выявлено не было ( $p>0,05$ ).

Пациенты были распределены по клиническим подтипам в зависимости от длительности заболевания (рисунок 5). При впервые выявленной розацеа диагностировался только папуло-пустулезный подтип в 4 случаях; при длительности заболевания до года эритематотелеангиэктатический подтип составил 2 случая, папуло-пустулезный – 7, фиматозный – 2, окулярный 2; от года до 5 лет: эритематотелеангиэктатический – 6 случаев, папуло-пустулезный – 35, фиматозный – 9, окулярный – 13; от 5 до 10 лет: эритематотелеангиэктатический подтип - 9, папуло-пустулезный – 9, фиматозный – 2, окулярный – 6 пациентов; более 10 лет: эритематотелеангиэктатический подтип - 6, папуло-пустулезный – 14, окулярный – 9. при любой длительности заболевания преобладающим подтипом был папуло-пустулезный.



\*дополнительно диагностированный подтип

Рисунок 4 – Распределение по клиническим подтипам в зависимости от длительности заболевания

Как видно на рисунке 4, выявлена такая тенденция: чем длительнее заболевание, тем чаще дополнительно диагностировался окулярный подтип, статистически значимых различий клинических подтипов в зависимости от длительности заболевания выявлено не было ( $p>0,05$ ).

Также среди пациентов с розацеа в 5 случаях наблюдалась стероидная розацеа, а у 1 больной - редкая форма розацеа - персистирующий отек Морбигана. Стероидная форма розацеа была вызвана длительным применением местных кортикостероидов по поводу лечения основного заболевания и в одном случае сопутствующего хронического дерматоза (псориаза). Персистирующий отек Морбигана был у пациентки 39 лет с папулопустулезным подтипом, с длительностью заболевания до 5 лет и неотягощенной наследственностью.

В результате стандартной оценки тяжести розацеа средний показатель ШДОР составил  $9,3 \pm 3,6$  баллов, из 21-го возможных. Легкая степень тяжести диагностировалась у 35 (33%) пациентов и средний показатель ШДОР составил  $5,5 \pm 1,8$  баллов; средняя степень тяжести - у 61 (58%) и ШДОР= $10,3 \pm 1,3$ , тяжелая – у 9 (9%) и ШДОР= $17,1 \pm 1,0$  (таблица 12). Превалирующей степенью тяжестью розацеа была средняя.

Таблица 12 - Распределение пациентов по степени тяжести розацеа

Степень тяжести розацеа	Средний показатель ШДОР, $M \pm m$ , баллы	Частота, n (%)
Легкая	$5,5 \pm 1,8$	35 (33)
Средняя	$10,3 \pm 1,3$	61 (58)
Тяжелая	$17,1 \pm 1,0$	9 (9)
Всего	$9,3 \pm 3,6$	105 (100)

Дополнительно все больные розацеа были обследованы на наличие *Demodex folliculorum*, который диагностировался в 64 (61%) случаях клинических подтипов розацеа.

С целью изучения течения розацеа собирались анамнестические данные о частоте и длительности обострений, характере высыпаний при обострениях (таблица 13) за предшествующие 6 месяцев до включения в группу исследования, из расчетов были исключены пациенты с впервые выявленной розацеа. Об отсутствии обострений отмечали 4% пациентов, обострения с частотой 1 раз в 6 месяцев составили 25%, 1 раз в 3-4 месяцев - 14%, 1 раз в 2 месяца - 12%, 1 раз в месяц - 45% случаев. Обострения розацеа с длительностью до 1 месяца составили 40%, более 1 месяца – 59% случаев. Характер высыпаний оценивался по количеству элементов. Наличие обострений заболевания в виде единичных элементов отмечали 11% больных, 36 % пациентов сообщали об умеренных и 53% больных – о множественных высыпаниях.

В результате анализа течения розацеа было определено, что превалирующими были высокая частота обострений заболевания кратностью один раз в месяц (45%), продолжительные обострения, длительность которых достигала более месяца (59%) и характеризующиеся множественными высыпаниями (53%).



Таблица 13 - Клиническая характеристика течения розацеа

Частота обострений	n, (%)	Длительность обострений	n, (%)	Характер высыпаний при обострениях	n, (%)
Не было обострений	4(4)	До 1 месяца	40 (41)	Единичные	11(11)
1 раз в 6 месяцев	25(25)	Более 1 месяца	57 (59)	Умеренные	35(36)
1 раз в 3-4 месяцев	14(14)			Множественные	51(53)
1 раз в 2 месяца	12(12)				
1 раз в месяц	46(45)				
Всего	101 (100)		97 (100)		97 (100)

Таким образом, в результате анализа клинических данных пациентов было выявлено:

- 1) среди пациентов с розацеа преобладали лица женского пола (76%);
- 2) преобладающей была длительность заболевания от года до 5 лет (48%);
- 3) преобладающим клиническим подтипом розацеа был папулопустулезный (66%). Клинический подтип розацеа зависит от половой принадлежности ( $F=24,80$ ;  $p<0,001$ ;  $p=0,000$ ): фиматозный подтип характерен пациентам мужского пола (85%), эритематотелеангиэктатический – лицам женского пола (91%);
- 4) выявлена следующая тенденция: чем длительнее заболевание, тем чаще дополнительно диагностировался окулярный подтип ( $p>0,05$ );
- 5) преобладающей степенью тяжести розацеа была средняя (58%);
- б) течение розацеа характеризовалось частым рецидивированием с кратностью один раз в месяц (45%), продолжительным течением обострений с длительностью более месяца (59%) и множественными высыпаниями (53%).

## 3.2 Результаты опроса

### 3.2.1 Этиопатогенетическая характеристика розацеа

Наследственная отягощенность определялась на основании данных о наличии установленного диагноза розацеа или наличия проявлений данной нозологии, или склонности к покраснениям у ближайших родственников. Генетическая предрасположенность наблюдалась у 59 (56%) пациентов, из них по линии матери у 29 (49%), по линии отца у 27 (46%), по обеим линиям у 3 (5%). Наследственная предрасположенность к розацеа была одинаковой как по линии отца, так и по матери.

Во всех случаях розацеа отмечалось наличие сопутствующей патологии. Патология желудочно-кишечного тракта составляла 88% случаев, мочеполовой системы - 52%, сердечно-сосудистой системы - 45%, эндокринные нарушения –

30%, инфекционные заболевания - 14%, органов дыхания - 9%, нервной системы - 4%. В 38% случаев отмечалась патология других органов и систем, из них опорно-двигательного аппарата, органов зрения, хронические дерматозы и доброкачественные новообразования (рисунок 5). В спектре коморбидной патологии преобладали заболевания органов ЖКТ, что соответствует научным данным с высоким уровнем доказательности [54, р. 106].

Среди сопутствующих состояний в 59 (56%) случаях характерным было наличие патологий из группы классических психосоматических заболеваний - «святой семерки» («holy seven») [110, с.255] и группы психосоматических расстройств согласно данным современной психосоматики. Из них встречались бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (в основном в стадии рубцевания), сахарный диабет, ревматоидный артрит, нейродермит, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, гипертиреоз, миома матки, псориаз, экзема и гнездная алопеция. Выявленные сопутствующие психосоматические заболевания могут отражать способность пациентов реагировать на различные явления и события соматической симптоматикой.

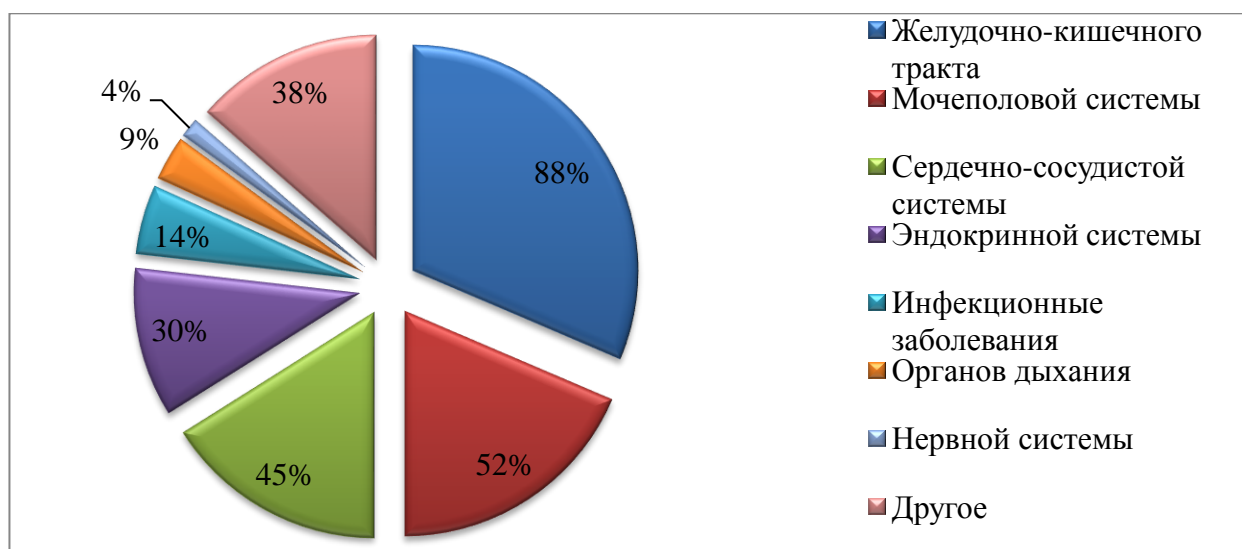


Рисунок 5 - Сопутствующая патология

В результате опроса было выявлено, что лишь 19 (18%) пациентов имели информацию об основных провоцирующих факторах розацеа.

Среди отмечаемых пациентами триггеров их заболевания были выявлены: метеорологический фактор (88%), психоэмоциональный фактор (78%), локальный температурный фактор (73%), продукты питания (54%), местные раздражающие вещества (29%), физические факторы (26%), нарушения сна (21%), обострение сопутствующей патологии (14%), лекарственные препараты (8%) и другое (4%) (рисунок 6).



Рисунок 6 - Провоцирующие факторы розацеа

Среди метеорологического влияния пациенты отмечали жару, солнце, мороз, ветер. Пациенты не использовали косметические и физические защитные средства от погодных факторов. Психоэмоциональный фактор включал перенесенный стресс и переживаемые негативные эмоции на различные явления и события в их жизни - гнев, тревога, волнение, смущение. Обострение заболевания наблюдалось как ответная реакция на высокие и низкие температуры, при употреблении горячих напитков, после посещения бань, саун, длительного пребывания у плиты во время приготовления пищи. Высокие температуры способствовали появлению стойкой гиперемии, с последующим появлением телеангиэктазий, низкие температуры к возникновению новых папулезных элементов и телеангиэктазий. Среди факторов питания пациенты сообщали о возникновении рецидива заболевания на прием алкоголя, жирной, острой пищи, при чрезмерном употреблении различных сладостей – шоколада, конфет, меда. Употребление алкоголя, острой пищи приводили к явлениям выраженной гиперемии. У одной больной длительный прием алкоголя, связанный с сильной психотравмирующей жизненной ситуацией, привел к развитию эритематотелеангиэктатического подтипа розацеа. Пациент с эритематотелеангиэктатическим подтипом дерматоза также злоупотреблял алкоголем и в течение длительного времени испытывал воздействие других провоцирующих факторов - круглогодичная работа под открытым небом, работа с лакокрасочными веществами и другими строительными материалами, работа в условиях пыли. Прием жирной и сладкой пищи приводили к появлению новых папулезных элементов. В свою очередь чрезмерное употребление различных сладостей можно рассматривать как эмоциогенное пищевое поведение. Для данного типа пищевого поведения характерно «заедание» своих проблем [168], то есть данное поведение пациентов выступало как метод борьбы со стрессом и являлось поведенческим компонентом реагирования на стресс. С целью купирования дерматологических воспалительных элементов пациенты самостоятельно обрабатывали их спиртосодержащими средствами, раствором перекиси водорода, которые

обладают раздражающими свойствами на кожу. Среди раздражающих веществ также были выявлены: использование косметических средств, в частности корейская косметика; пыль и работа в ее условиях; работа с химическими реагентами и лакокрасочными средствами. На корейскую косметику у двух пациенток наблюдались выраженная гиперемия, явления выраженной сухости и умеренный отек. В составе корейских косметических средств имеются парабены, которые обладают раздражающим действием на кожу и противопоказаны в уходе за кожей с розацеа. В ходе опроса также было выяснено, что данные косметические средства приобретались через сеть интернета, на основании чего невозможно судить проходили ли данные средства клинические испытания на эффективность и безопасность. Длительное использование раздражающих средств приводит к нарушению целостности гидролипидного барьера и как следствие к воспалительным процессам в коже. Физическая работа и тренировки с поднятием тяжестей и в наклоне также провоцировали дерматоз в виде усиления эритемы. Обострения заболеваний сопутствующей патологии, чаще всего органов желудочно-кишечного тракта, бронхолегочной, мочеполовой и нервной систем, приводили к рецидивам розацеа. Среди патологии органов желудочно-кишечного тракта ухудшение дерматоза возникало при обострениях хронического гастрита, панкреатита и холецистита. Рецидивы хронического гастрита, связанные с погрешностями диеты в виде приемов острой пищи и употребления алкоголя, приводили к явлениям выраженной гиперемии, что соответствует литературным данным о возникновении приливов крови к коже лица при раздражении слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта [34, с. 499]. При обострениях хронического панкреатита и холецистита, связанных с погрешностями в диете в виде употребления жареной и жирной пищи, возникало появление папуло-пустулезных элементов. Развитие гиперемии на лице и других воспалительных явлений в случаях обострений бронхиальной астмы, неврита, а также лечения миомы матки, бесплодия, кожных заболеваний и других патологий в большей мере были связаны с приемом системных, аэрозольных и местных мазевых и кремовых гормональных средств, сосудорасширяющих препаратов. В 4 случаях розацеа провоцирующим действием обладали косметологические процедуры – лазеро и криотерапия. Согласно протоколу лечения розацеа, лазеротерапия и криотерапия являются методами физиотерапевтической терапии данного дерматоза. С целью определения причины возникновения обострений розацеа в случаях лазеротерапии и криотерапии в ходе опроса нами было выявлено, что данные процедуры проводились в острую стадию течения заболевания.

Как видно на рисунке 6 среди триггеров розацеа вторым по частоте и с высоким процентом встречаемости был выявлен психоэмоциональный фактор, который составил 78% случаев, что соответствует данным зарубежных исследований [59]. В результате опроса было выявлено, что 62% пациентов до возникновения заболевания имели стрессовые ситуации в жизни. 56% пациентов отмечали непосредственную связь развития и/или обострений розацеа с предшествующими психотравмирующими ситуациями.

Психоэмоциональный фактор в 32% случаев выступал фактором развития дерматоза, в 73% – фактором обострений (рисунок 7).

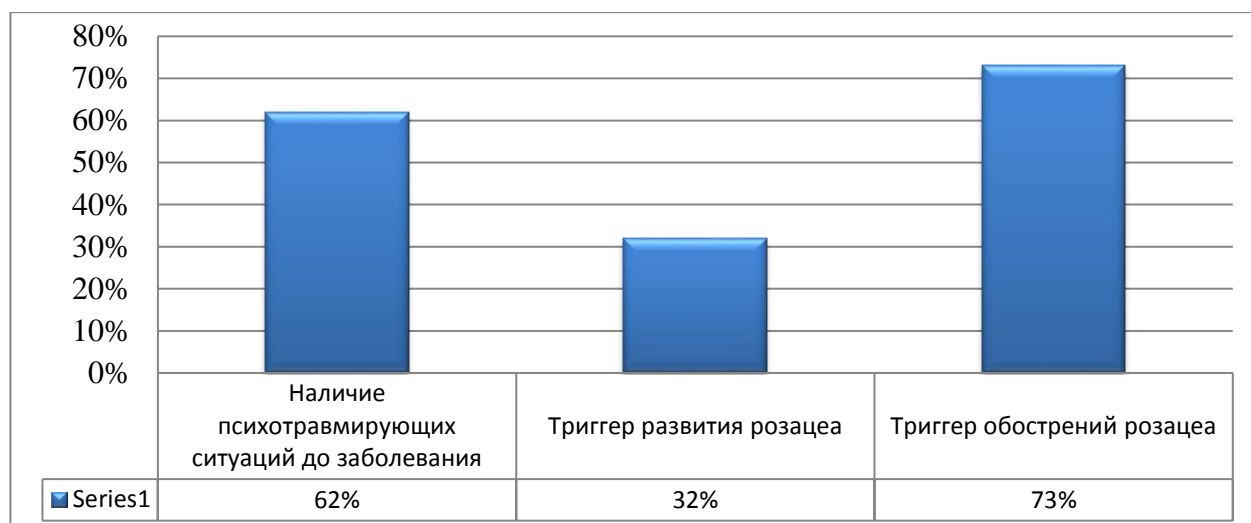


Рисунок 7 - Психоэмоциональный фактор в развитии и обострении розацеа

Таким образом, в 32% случаев психоэмоциональный фактор выступал триггером манифестации розацеа и в 73% провоцировал обострения заболевания.

В результате анализа влияния психоэмоционального фактора на течение розацеа в зависимости от пола был выявлен высокий уровень статически значимых различий (Хи квадрат Пирсона с поправкой Йетса=11,14;  $p < 0,001$ ;  $p = 0,0008$ ): провоцирующее влияние психоэмоционального фактора на течение розацеа зависит от пола. У лиц женского пола (86%) психоэмоциональный фактор чаще выступал триггером розацеа, чем у мужского (52%) ( $t = 3,14$ ;  $p < 0,01$ ;  $p = 0,004$ ).

При изучении причин стресса были выявлены следующие факторы: смерть близкого человека, проблемы в семье, на работе, со здоровьем, внутриличностный конфликт, смена места жительства и финансовые проблемы (рисунок 8). Из них наиболее часто триггерами стресса являлись проблемы в семье (64%) и на работе (52%).

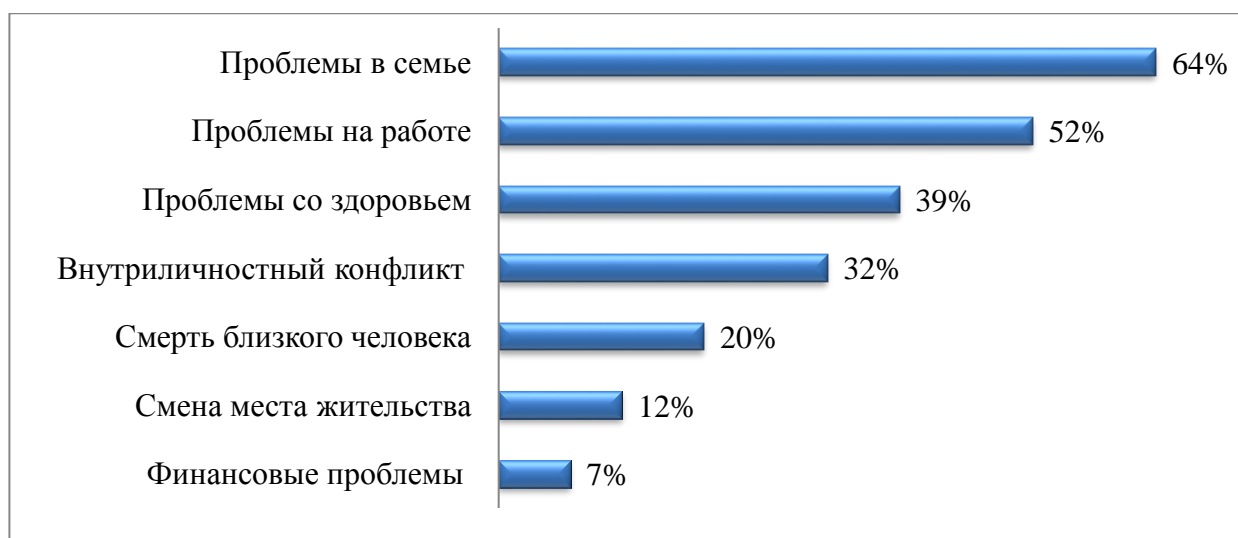


Рисунок 8 - Причины стресса

Таким образом, было выявлено:

1) наследственная предрасположенность к розацеа выявлена в 56% случаев;

2) выявлена высокая частота коморбидности патологии желудочно-кишечного тракта (88%);

3) низкая осведомленность (18%) пациентов об основных провоцирующих факторах розацеа;

4) триггерами розацеа являлись метеорологический фактор (88%), психоэмоциональный фактор (78%), локальный температурный фактор (73%), продукты питания (54%), раздражающие вещества (29%), физические факторы (26%), нарушения сна (21%), обострение сопутствующей патологии (14%), лекарственные препараты (8%) и другое (4%);

5) провоцирующий психоэмоциональный фактор выступал фактором развития розацеа в 32%, фактором обострений в 73%; провоцирующее влияние психоэмоционального фактора на течение розацеа зависит от пола (Хи квадрат Пирсона с поправкой Йетса=11,14;  $p < 0,001$ ;  $p = 0,0008$ ). У лиц женского пола (86%) психоэмоциональный фактор чаще выступал триггером розацеа, чем у мужского (52%) ( $t = 3,14$ ;  $p < 0,01$ ;  $p = 0,004$ );

б) причинами стресса чаще были проблемы в семье (64%) и на работе (52%).

### 3.2.2 Комплаенс пациентов к терапии

В результате опроса пациентов были получены данные о ранее проведенном лечении.

Только 25 (24%) пациентов сообщали об избегании провоцирующих факторов розацеа. В остальных случаях больные отмечали, что не могли или не хотели исключать данные факторы из своей жизни, что может быть объяснено низкой мотивацией самих пациентов.

Не получали ранее лечение 4 (4%) пациента, 93 (88%) больных получали лечение у врача-дерматолога, 20 (19%) лиц посещали косметолога-эстетиста и дерматокосметолога, 60 (57%) пациентов занимались самолечением, в 4 (4%) случаев больные лечились нетрадиционными методами лечения (рисунок 9).

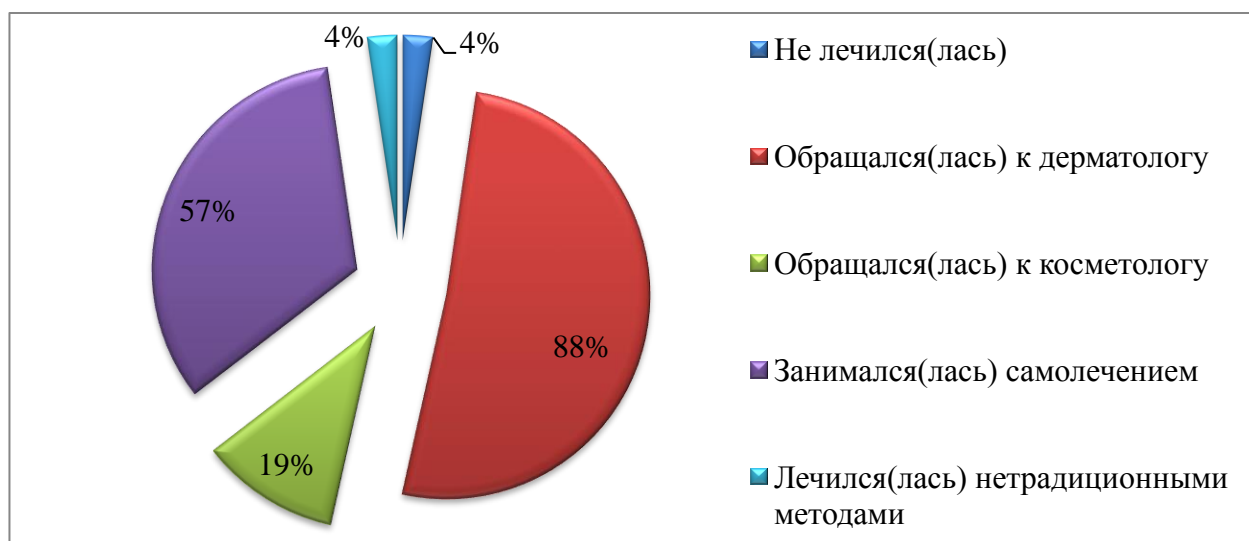


Рисунок 9 – Ранее полученное лечение

При опросе пациентов было определено, что они получали лечение как на стационарном, так и на амбулаторном этапе. Однако в случаях повторных рецидивов пациенты сразу не обращались к врачу-дерматологу, а прибегали к самолечению ранее назначенными врачом рекомендациями или по совету других лиц, из них антибиотикотерапия как системная, так и местная была выявлена в 33 (31%) случаях; длительная местная гормональная терапия в 19 (18%) случаях. С целью самолечения пациенты также пользовались советами из сети интернета или других людей. Самолечение пациентов может быть рассмотрено как поведенческий компонент типа реагирования личности. Среди полученных косметологических манипуляций имела место механическая чистка и пилинги лица, которая также имеет провоцирующее действие. Среди нетрадиционных методов лечения - гирудотерапия и обращение к народной медицине.

Об использовании космецевтического ухода за кожей в период реабилитации и ремиссии сообщали лишь 22 (21%) пациентов. С целью очищения пациенты использовали мыло, ПАВ-содержащие средства, имеющие негативное действие на состояние кожи в общем и тем более пораженной розацеа. Лечебные косметологические процедуры (лазеротерапия, криотерапия) в межрецидивный период получали лишь небольшое количество пациентов - 13 (12%) лиц.

Таким образом, выявленное поведение пациентов в терапии, характеризовалось дезадаптивностью: низкий комплаенс к избеганию провоцирующих факторов своего заболевания (24%), высокий процент самолечения (57%), низкий комплаенс к космецевтическому уходу за кожей



лица (21%) и к применению косметологических процедур (12%) в периоды реабилитации и ремиссии дерматоза.

### 3.2.3 Влияние розацеа на психику и социальную сферу пациентов

В ходе опроса в 89% случаев было выявлено негативное влияние розацеа на психоэмоциональное состояние пациентов. Пациенты испытывали психические переживания в виде чувств смущения, волнения, неуверенности, изоляции, страха, разочарования, беспомощности, низкой самооценки, нерешительности, гнева, вины. Чаще регистрировались чувства смущения (68%), волнения (53%) и неуверенности (47%), реже чувство гнева (6%) и вины (4%). Чувство горя не было выявлено ни в одном случае (рисунок 10). Однако в американских исследованиях чувство гнева выявлялось намного чаще (34-49%) [95; 73], чем в нашем исследовании, что можно объяснить различием западного и восточного менталитета, который является одним из определяющих факторов типа реагирования личности.

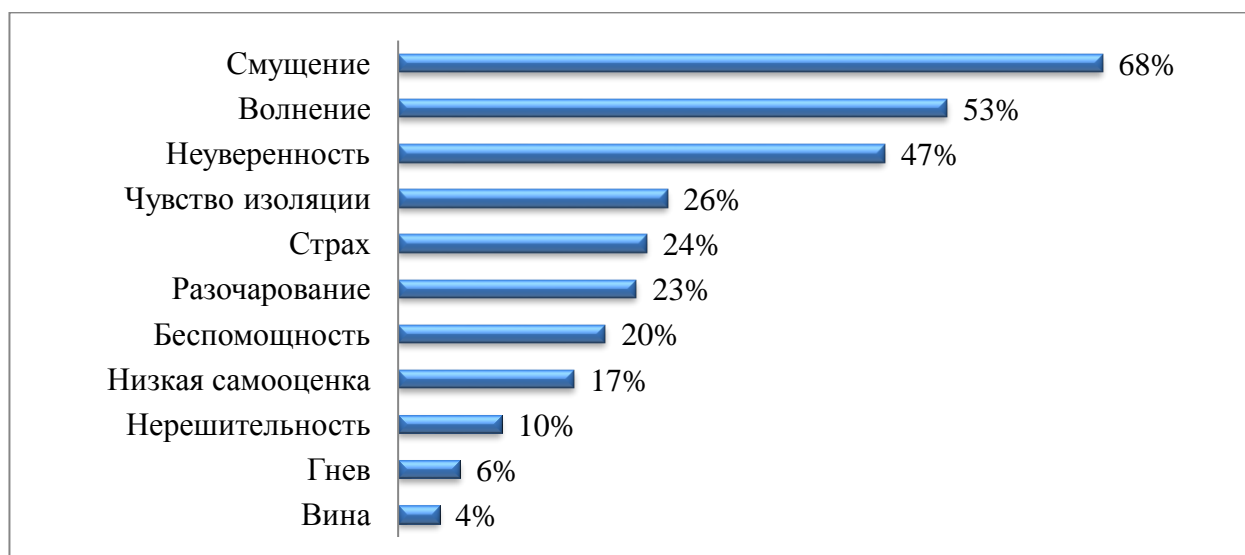


Рисунок 10 - Соматогенное влияние розацеа на психику пациентов

Было выявлено, что лица женского пола (92%) чаще испытывали негативные эмоции на розацеа, чем мужского (76%), однако статистически значимых различий выявлено не было ( $t=1,79$ ;  $p>0,05$ ;  $p=0,08$ ). При анализе связи между психоэмоциональными последствиями розацеа и полом статистически значимых различий выявлено не было (Хи квадрат Пирсона с поправкой Йетса=3,62;  $p>0,05$ ;  $p=0,0570$ ): психические переживания, испытываемые вследствие розацеа, не зависят от пола.

Как видно на рисунке 11, чувство смущения в связи с клиническими проявлениями розацеа было одинаково характерно как для мужчин (69%), так и для женщин (64%). Пациенты рассказывали, что в стадию обострения меньше смотрелись в зеркало, отражение в зеркале приносило им разочарование. В результате сравнения было выявлено, что чувство страха больше характерно лицам женского пола (29%), нежели мужского (8%) ( $t=2,134$ ;  $p<0,05$ ;  $p=0,035$ ).



Женщины были озабочены прогнозом на будущее, риском передачи данного заболевания по наследству, а также вопросами - являются ли они источником заражения для своих детей и близких, какие клинические проявления могут быть в будущем, как будет протекать их заболевание, если его не лечить, излечимо ли их заболевание, всю жизнь ли им нужно будет избегать провоцирующих факторов, как долго им нужно будет лечиться.

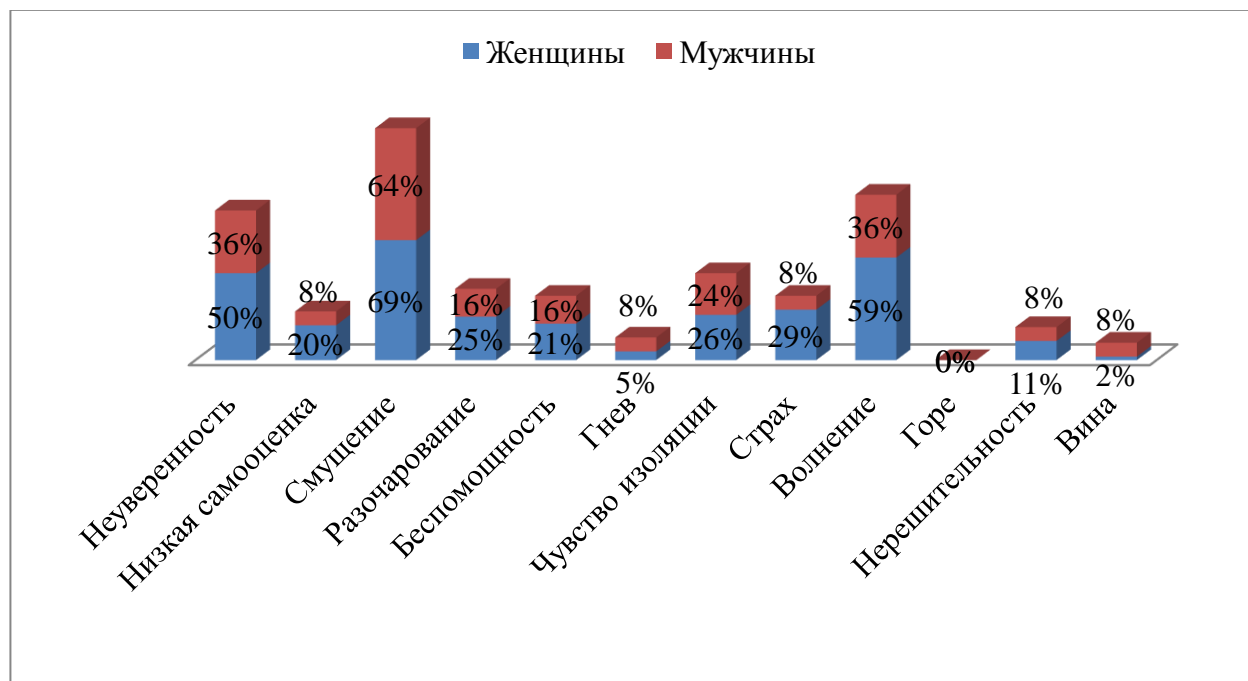


Рисунок 11 – Соматогенное влияние розацеа в зависимости от пола

В ходе опроса 82 (78%) пациента отметили о влиянии розацеа на качество их жизни. Заболевание влияло на рабочую сферу, межличностные отношения пациентов. Пациенты отмечали, что наличие заболевания, и его клинические проявления в стадию обострения послужили причиной их увольнения с работы, брезгливости, взглядов и различных негативных высказываний окружающими своего мнения по поводу заразности заболевания и употребления алкоголя больными. Пациенты очень переживали по поводу описанных реакций со стороны окружающих людей. Данные реагирования пациентов с розацеа, отражает их сенситивное отношение к различным явлениям и событиям, что в свою очередь, служит развитию избегания социальных контактов, выявленные в 71% случаев. Пациенты избегали деловых встреч, походов на свидание, посещения гостей (даже близких родственников), различных общественных мест, передвижения в светлое время суток. Некоторые пациенты сообщали: они во всем доме в течение всего дня затеняли окна шторами, что приносило им некоторый комфорт. В ходе опроса и осмотра больных было выявлено, что 74 (71%) пациента маскировались. С целью маскировки пациенты использовали различные камуфлирующие средства, такие как тональный крем, пудра, медицинская маска, закрывали лицо шарфом, из них использование

косметической пудры составило 14% случаев, которая является одним из триггеров розацеа.

Клинические проявления в виде покалывания, жжения, ощущений «ползания чего-то», желаний почесывания приводили к нарушениям сна в 12% случаев.

Таким образом, нами были выявлены следующие данные:

1) соматогенное воздействие розацеа было выявлено в 89% случаев и было представлено психическими переживаниями: чувство смущения, волнения, неуверенности, низкой самооценки, изоляции, страха, разочарования, беспомощности, нерешительности, гнева, вины и горя. Чувство страха было больше характерно лицам женского пола (29%), нежели мужского (8%) ( $t=2,134$ ;  $p<0,05$ ;  $p=0,035$ );

2) психосоциальное влияние розацеа было выявлено в 78% случаев;

3) 71 % пациентов в связи с заболеванием избегали различных социальных контактов;

4) 71% пациентов использовали камуфлирующие средства, в 14% случаев было применение косметической пудры.

Выявленные в ходе опроса данные отражают реагирование самой личности на различные явления и события в жизни, в том числе и розацеа.

### **3.3 Результаты психологического тестирования**

#### **3.3.1 Результаты тестирования госпитальной шкалой HADS**

С целью оценки психического состояния пациентов с розацеа было проведено психологическое тестирование госпитальной шкалой HADS. В результате данного тестирования было выявлено: тревога в 62 (59%) случаях, из них 57% составили лица женского пола, 2% - мужского; депрессия в 30 (29%) случаях, из них все пациенты были лицами женского пола. Субклинически выраженная тревога составила 32 (30%), клинически выраженная – 30 (29%) случаев. Субклинически выраженная депрессия составила 19 (18%), клинически выраженная – 11 (11%) случаев (таблица 14). Субклинически и клинически выраженная тревога выявилась с одинаковой частотой. Субклинически выраженная депрессия незначительно преобладала над клинически выраженной. В результате анализа параметрическим t-критерием Стьюдента для независимых выборок было выявлено, что у пациентов с розацеа признаки тревоги преобладали над признаками депрессии ( $t=4,66$ ;  $p<0,001$ ;  $p=0,000$ ).

Как видно из таблицы 14, признаки тревоги были чаще выявлены у лиц женского пола (57%), нежели мужского. Все случаи выявленной депрессии были характерны пациентам женского пола.

В результате качественного анализа номинальных признаков непараметрическими критериями была определена статистически значимая взаимосвязь признаков тревоги (Хи квадрат Пирсона с поправкой Йетса=32,64;

$p < 0,001$ ;  $p = 0,0000$ ) и депрессии с полом (Chi квадрат Пирсона с поправкой Йетса=13,00;  $p < 0,001$ ;  $p = 0,0008$ ).

Таблица 14 - Результаты госпитальной шкалы HADS

	Тревога, n (%)			Депрессия, n (%)		
	Мужчины	Женщины	Всего	Мужчины	Женщины	Всего
Норма	23 (22)	20 (19)	43 (41)	25 (24)	50 (47)	75 (71)
Наличие тревоги/депрессии	2 (2)	60 (57)	62 (59)	0 (0)	30 (29)	30 (29)
Субклинически выраженная	0 (0)	32 (30)	32 (30)	0 (0)	19 (18)	19 (18)
Клинически выраженная	2 (2)	28 (27)	30 (29)	0 (0)	11 (11)	11 (11)
Всего	25 (24)	80 (76)	105 (100)	25 (24)	80 (76)	105 (100)

Таким образом, было выявлено:

1) пациентам с розацеа больше характерна тревога, нежели депрессия ( $t=4,66$ ;  $p < 0,001$ ;  $p = 0,0000$ );

2) наличие тревоги (Chi квадрат Пирсона с поправкой Йетса=32,64;  $p < 0,001$ ;  $p = 0,0000$ ) и депрессии (Chi квадрат Пирсона с поправкой Йетса=13,00;  $p < 0,001$ ;  $p = 0,0008$ ) зависит от пола;

3) признаки тревоги ( $t=4,96$ ;  $p < 0,001$ ;  $p = 0,0000$ ) и депрессии ( $t=6,29$ ;  $p < 0,001$ ;  $p = 0,0000$ ) характерны лицам женского пола.

Выявленный высокий процент триггерного психоэмоционального фактора, психогенного влияния розацеа на эмоциональную и социальную сферы, а также психиатрическая коморбидность отражают личностное реагирование пациентов. Таким образом, необходимо изучить типы отношения к болезни у пациентов с розацеа.

### 3.3.2 Результаты тестирования методикой для определения типа отношения к болезни ТОБОЛ

По результатам определения типа реагирования на болезнь посредством методики ТОБОЛ были выявлены следующие типы отношения к болезни (рисунок 12):

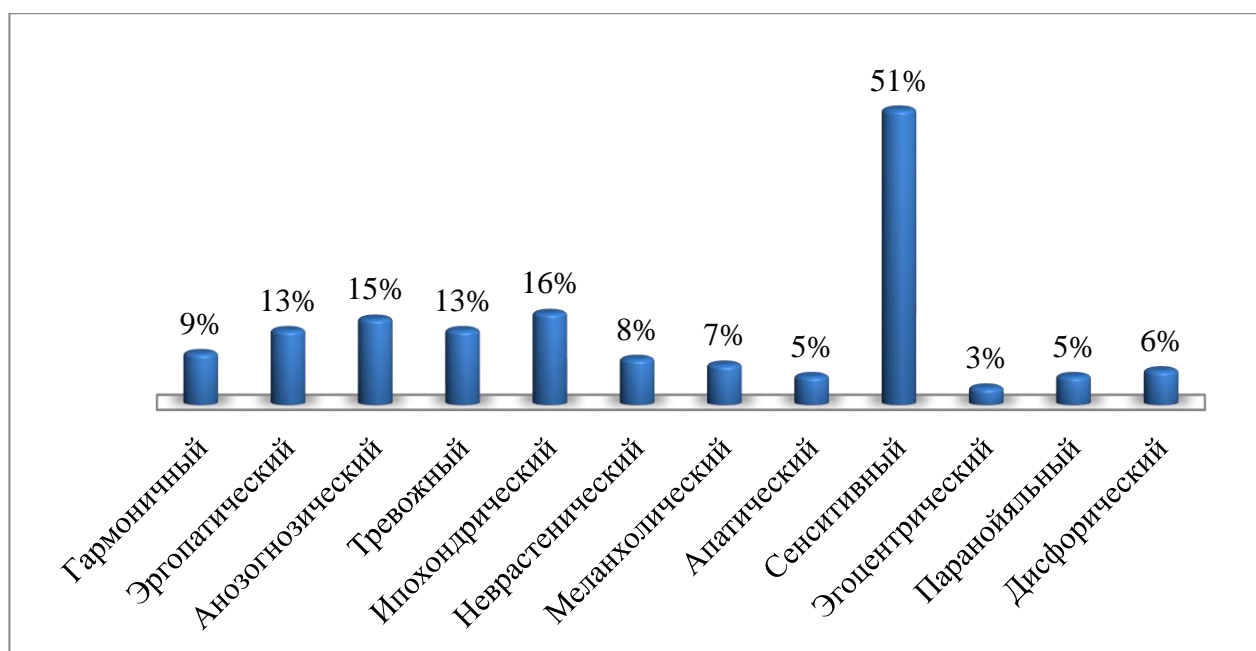


Рисунок 12 – Типы отношения к болезни

Клиническим значением реагирования пациентов на заболевание обладает критерий «адаптивность-дезадаптивность», по которому выявленные типы отношения к болезни разделены на адаптивный и дезадаптивный. Адаптивный тип отношения к болезни составил 39 (37%) случаев, среди них лица мужского пола составили 14 (13%) случаев, женского - 25 (24%). В 66 (63%) случаях диагностировался дезадаптивный тип реагирования, в 11 (11%) случаев выявленный у лиц мужского пола, в 55 (52%) – у лиц женского пола (таблица 15).

Таблица 15 - Типы отношение к болезни по критерию «адаптивность-дезадаптивность» в зависимости от пола

Тип отношения к болезни \ Пол	Адаптивный, n (%)	Дезадаптивный, n (%)	Всего, n (%)
Мужчины	14 (13)	11 (11)	25 (24)
Женщины	25 (24)	55 (52)	80 (76)
Всего	39 (37)	66 (63)	105 (100)

При качественном анализе типов отношений к болезни по критерию «адаптивность-дезадаптивность» и пола была выявлена статистически значимая взаимосвязь (Хи квадрат Пирсона с поправкой Йетса  $p < 0,05$ ;  $p = 0,01$ ): тип отношения к болезни зависит от пола. В результате сравнения было выявлено: дезадаптивные типы отношения к болезни более характерны пациентам женского пола ( $t = 2,17$ ;  $p < 0,05$ ;  $p = 0,03$ ).

Пациентов распределили по типам отношения к болезни по критерию «адаптивность-дезадаптивность» в зависимости от возраста. Как видно на рисунке 13, дезадаптивный тип реагирования на болезнь преобладал во всех возрастных категориях, однако наиболее превалирующим (88%) был у лиц возрастного диапазона 23-30 лет.

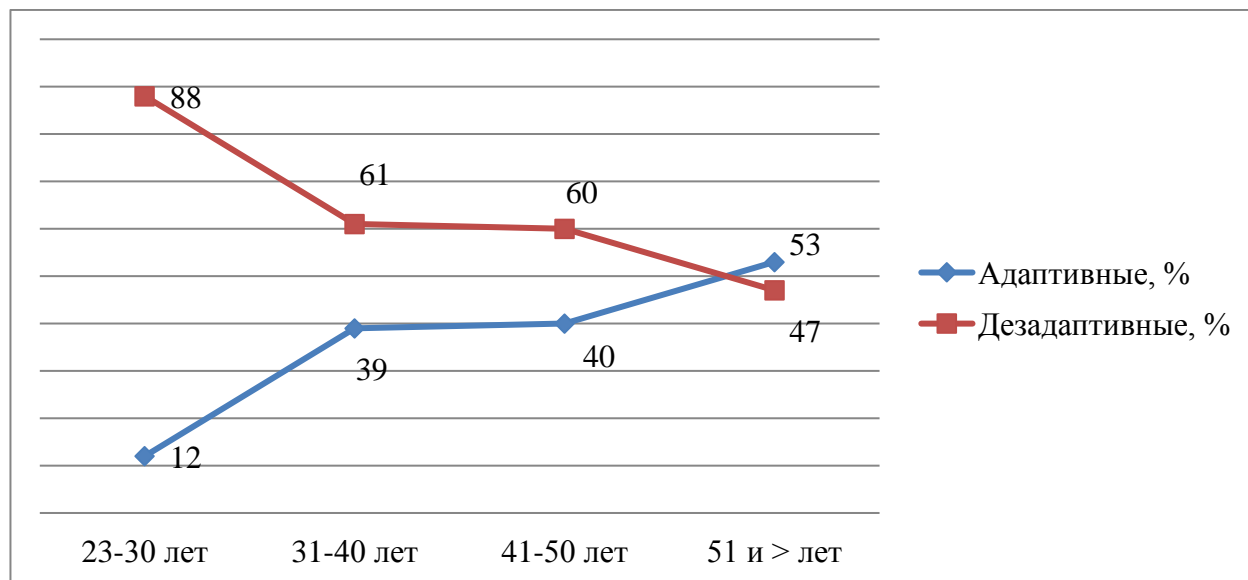


Рисунок 13 - Типы отношения к болезни по критерию «адаптивность-дезадаптивность» в зависимости от возраста

В результате однофакторного дисперсионного анализа был выявлен высокий уровень статистически значимого влияния возраста на тип отношения к болезни ( $F=4,543$ ;  $p<0,001$ ;  $p=0,0000$ ): лицам возрастной группы 23-30 лет характерны дезадаптивные типы отношения к болезни.

Для оценки влияния типа отношения к болезни на наличие признаков тревоги и депрессии пациенты были распределены по признакам тревоги и депрессии в зависимости типа отношения к болезни (таблица 17)

Таблица 16 – Признаки тревоги и депрессии в зависимости от типа отношения к болезни

Признак		Тип отношения к болезни		Всего, n (%)
		Адаптивный, n (%)	Дезадаптивный, n (%)	
Тревог	Норма	22 (21)	21 (20)	43 (41)
	Наличие тревоги	17 (16)	45 (43)	62 (59)
Депрес	Норма	34 (32)	41 (39)	75 (71)
	Наличие депрессии	5 (5)	25 (24)	30 (29)
Всего		39 (37)	66 (63)	105 (100)

Как видно из таблицы 16, дезадаптивные типы отношения к болезни преобладали у пациентов с признаками тревоги и депрессии. В результате однофакторного дисперсионного анализа было выявлено статистически значимое влияние типа отношения к болезни и признаков тревоги ( $F=5,200$ ;  $p<0,05$ ;  $p=0,025$ ), депрессии ( $F=10,289$ ;  $p<0,01$ ;  $p=0,002$ ): дезадаптивные типы отношения к болезни преобладали у пациентов с признаками тревоги и депрессии.

Таким образом, было выявлено:

1) у пациентов с розацеа преобладали дезадаптивные (63%) типы отношения к болезни; преобладающим типом отношения к болезни был сенситивный (51%);

2) тип отношения к болезни по критерию «адаптивность-дезадаптивность» зависит от пола (Хи квадрат Пирсона с поправкой Йетса  $p<0,05$ ;  $p=0,01$ ): дезадаптивные типы отношения к болезни наиболее характерны лицам женского пола (69%), нежели мужского (44%) ( $t=2,17$ ;  $p<0,05$ ;  $p=0,04$ )

3) тип отношения к болезни по критерию «адаптивность-дезадаптивность» зависит от возраста ( $F=4,543$ ;  $p<0,001$ ;  $p=0,0000$ ): лицам возрастного диапазона 23-30 лет наиболее характерны дезадаптивный тип отношения к болезни.

4) тип отношения к болезни влияет на наличие тревоги ( $F=5,200$ ;  $p<0,05$ ;  $p=0,025$ ) и депрессии ( $F=10,289$ ;  $p<0,01$ ;  $p=0,002$ ): дезадаптивные типы отношения к болезни характерны пациентам с признаками тревоги и депрессии.

Учитывая, что преморбидные особенности определяют тип реагирования, необходимо изучение типов акцентуации у пациентов с розацеа.

### 3.3.3 Результаты тестирования опросником Шмишека-Леонгарда

В результате психологического тестирования опросником Шмишека-Леонгарда акцентуации личности были выявлены у 76 (72%) пациента. Как видно из таблицы 17, акцентуации личности преобладали как у лиц мужского, так и женского пола, без статистически значимых различий (Хи квадрат Пирсона с поправкой Йетса=  $p>0,05$ ;  $p=0,4$ ;  $t=1,00$ ;  $p>0,05$ ;  $p=0,3$ ).

Таблица 17 - Акцентуация личности в зависимости от пола

Акцентуация \ Пол	Нет, n (%)	Есть, n (%)	Всего
Мужчины	9 (9)	16 (15)	25 (24)
Женщины	20 (19)	60 (57)	80 (76)
Всего	29 (28)	76 (72)	105 (100)

Среди типов акцентуаций личности были выявлены гипертимный - в 30 (29%), экзальтированный - в 23 (22%), циклотимный - в 20 (19%), эмотивный - в 17 (16%), тревожный - в 13 (12%), педантичный - в 10 (10%), демонстративный

- в 9 (9%), возбудимый - в 7 (7%), застревающий - в 6 (6%) и дистимичный - в 4 (4%) случаях (рисунок 14).

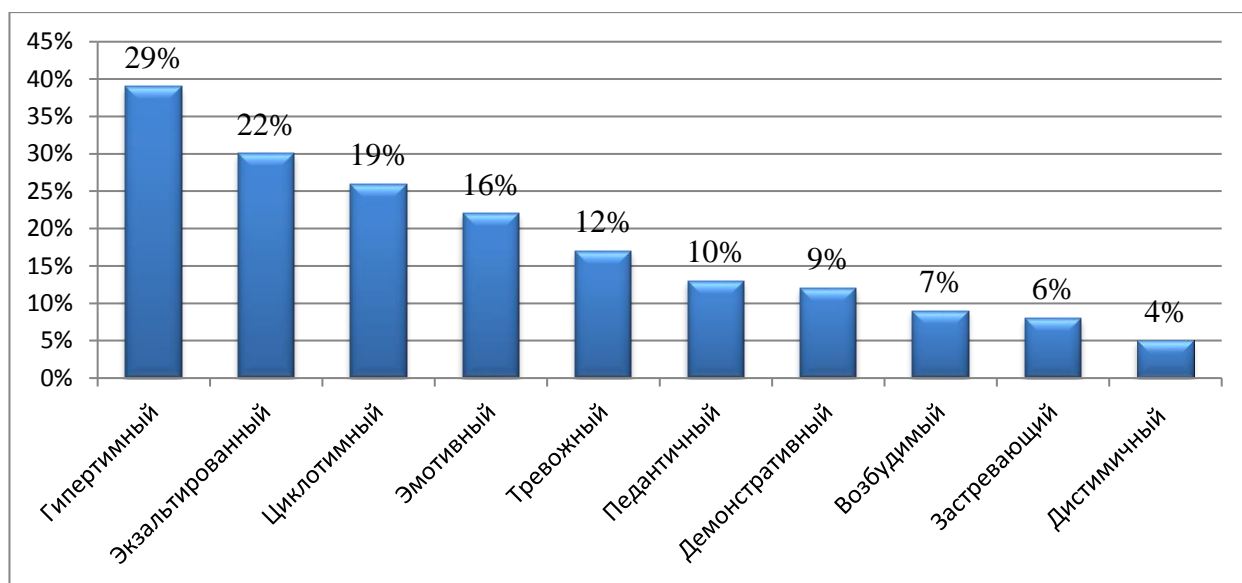


Рисунок 14 – Типы акцентуаций личности

Учитывая то, что акцентуации личности являются определяющим фактором формирования типа отношения к болезни, нами было проведено распределение типов отношения по критерию «адаптивность-дезадаптивность» в зависимости от акцентуации личности (таблица 18).

Таблица 18 - Распределение пациентов по типу отношения к болезни по критерию «адаптивность-дезадаптивность» в зависимости от акцентуации

Акцентуация	Тип отношения к болезни		Всего, n (%)
	Адаптивный, n (%)	Деадаптивный, n (%)	
Неакцентуированные	16 (55)	13 (45)	29 (100)
Акцентуированные	23 (30)	53 (70)	76 (100)

Как видно из таблицы 18, среди акцентуированных пациентов 30% лиц имели адаптивный тип отношения к болезни, 70% – дезадаптивный. Среди неакцентуированных пациентов 55% лиц имели адаптивный тип отношения к болезни, 45% – дезадаптивный. Таким образом, адаптивные реакции на заболевания преобладали у неакцентуированных лиц, дезадаптивные – у акцентуированных. В результате качественного анализа по номинальным признакам была выявлена взаимосвязь типа отношения к болезни и акцентуации личности (Хи квадрат Пирсона с поправкой Йетса=4,56;  $p < 0,05$ ;  $p = 0,03$ ). Таким образом, тип отношения к болезни зависит от акцентуации личности: дезадаптивное реагирование на заболевание преобладает у акцентуированных лиц.

В результате определения у пациентов с розацеа типа акцентуации личности было выявлено:

1) среди пациентов с розацеа преобладали акцентуированные личности (72%); преобладающими типами акцентуации были гипертимный (29%), экзальтированный (22%), циклотимный (19%) и эмотивный (16%);

2) тип отношения к болезни зависит от акцентуации личности (Хи квадрат Пирсона с поправкой Йетса=4,56;  $p < 0,05$ ;  $p = 0,03$ ): дезадаптивный тип отношения к болезни наиболее характерны акцентуированным лицам.

### **3.4 Влияние индивидуально-личностных особенностей пациентов на клиническую картину розацеа**

Согласно второй задаче нашего исследования нами изучались влияния выявленных индивидуально-личностных особенностей на клиническую картину розацеа. Для выполнения данной задачи использовались качественный анализ непараметрическими критериями (Хи квадрат Пирсона с поправкой Йетса) и количественный анализ посредством однофакторного дисперсионного анализа (критерий Фишера).

Среди индивидуально-личностных особенностей пациентов учитывался пол, возраст пациентов, акцентуация личности, тип отношения к болезни, тревога и депрессия.

Среди показателей клинического течения розацеа учитывались клинический подтип заболевания, степень тяжести, частота и длительность обострений.

#### **3.4.1 Влияние типа отношения к болезни на клиническую картину розацеа**

При изучении типов отношения к болезни в зависимости от длительности заболевания статистически значимых различий выявлено не было ( $p > 0,05$ ). Однако стоит отметить, что пациентам с впервые выявленной розацеа в 100% случаев был характерен дезадаптивный тип реагирования.

В результате распределения типов отношения к болезни в зависимости от клинических подтипов розацеа были получены следующие результаты (рисунок 15). Учитывая, что окулярный подтип розацеа диагностировался дополнительно к остальным, данный подтип в статистической обработке не учитывался.



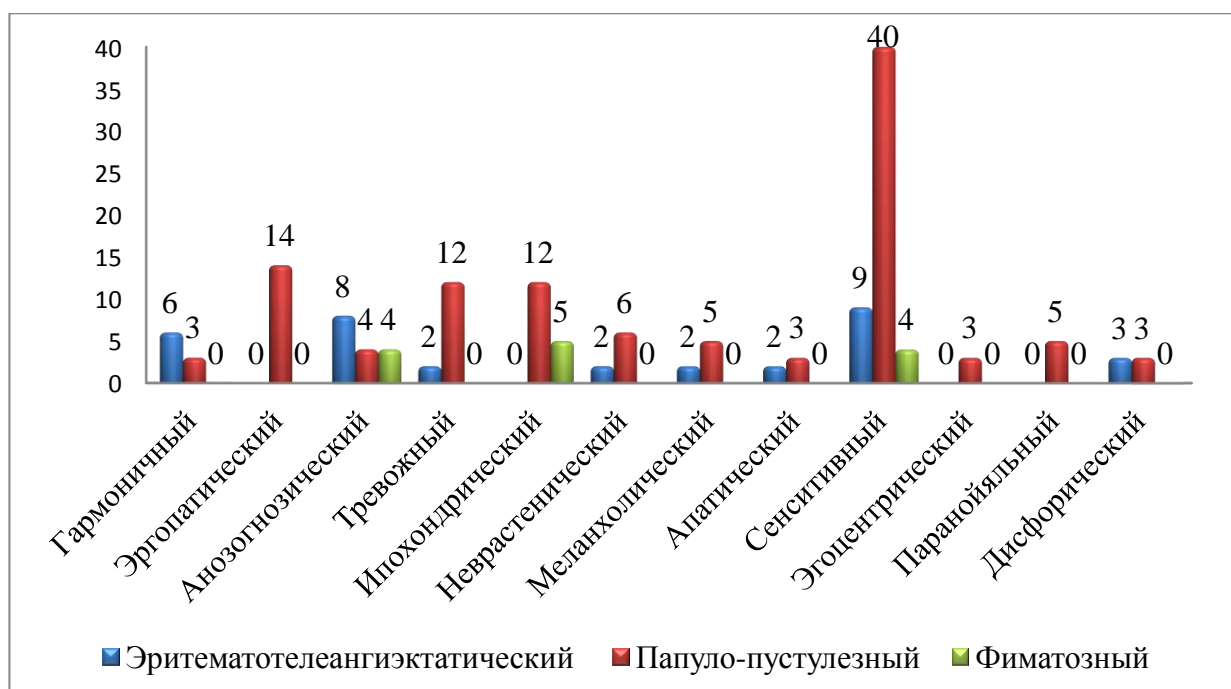


Рисунок 15 – Типы отношения к болезни в зависимости от клинического подтипа

Как видно на рисунке 15, у пациентов с папуло-пустулезным подтипом были выявлены все типы отношения к болезни. У лиц с эритематотелеангиэктатическим подтипом не были выявлены эргопатический, эгоцентрический и паранойяльный типы отношения к болезни; у больных с фиматозным подтипом - гармоничный, эргопатический, тревожный, неврастенический, меланхолический, апатический, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический. Сенситивный тип отношения к болезни превалировал у пациентов с эритематотелеангиэктатическим и папуло-пустулезным подтипами розацеа, выявленные в 9 и 40 случаях соответственно. У пациентов с фиматозным подтипом превалировал ипохондрический тип отношения к болезни, выявленный в 5 случаях.

В результате распределения типов отношения по критерию «адаптивность-деадаптивность» в зависимости от клинического подтипа розацеа были выявлены следующие данные (таблица 19).

Таблица 19 - Типы отношения к болезни по критерию «адаптивность-деадаптивность» в зависимости от клинического подтипа

Подтип	Тип отношения к болезни	Адаптивный, n (%)	Деадаптивный, n (%)	Всего, n (%)
Эритематотелеангиэктатический	Адаптивный	14 (61)	9 (39)	23 (100)
	Деадаптивный	9 (39)	14 (61)	23 (100)
	Всего	23 (100)	23 (100)	46 (100)
Папуло-пустулезный	Адаптивный	21 (30)	48 (70)	69 (100)
	Деадаптивный	48 (70)	21 (30)	69 (100)
	Всего	69 (100)	69 (100)	138 (100)
Фиматозный	Адаптивный	4 (31)	9 (69)	13 (100)
	Деадаптивный	9 (69)	4 (31)	13 (100)
	Всего	13 (100)	13 (100)	26 (100)

Как видно из таблицы 19, дезадаптивные типы отношения к болезни преобладали у пациентов с папуло-пустулезным (70%) и фиматозным подтипом (69%). У лиц с эритематотелеангиэктатическим подтипом преобладали адаптивные типы реагирования (61%). Это может быть обусловлено как тем, что адаптивные типы реагирования приводили к менее эстетически выраженным клиническим проявлениям розацеа, так и обратным.

В результате однофакторного дисперсионного анализа было выявлено, тип отношения болезни влияет на клинический подтип розацеа ( $F=4,965$ ;  $p<0,05$ ;  $p=0,028$ ): дезадаптивный тип отношения к болезни характерен более тяжелым, эстетически обезображивающим клиническим подтипам - папуло-пустулезному ( $t=2,85$ ;  $p<0,01$ ;  $p=0,005$ ) и фиматозному ( $t=2,41$ ;  $p<0,05$ ;  $p=0,02$ ).

В результате распределения типов отношения к болезни в зависимости от степени тяжести были получены следующие данные (рисунок 16)

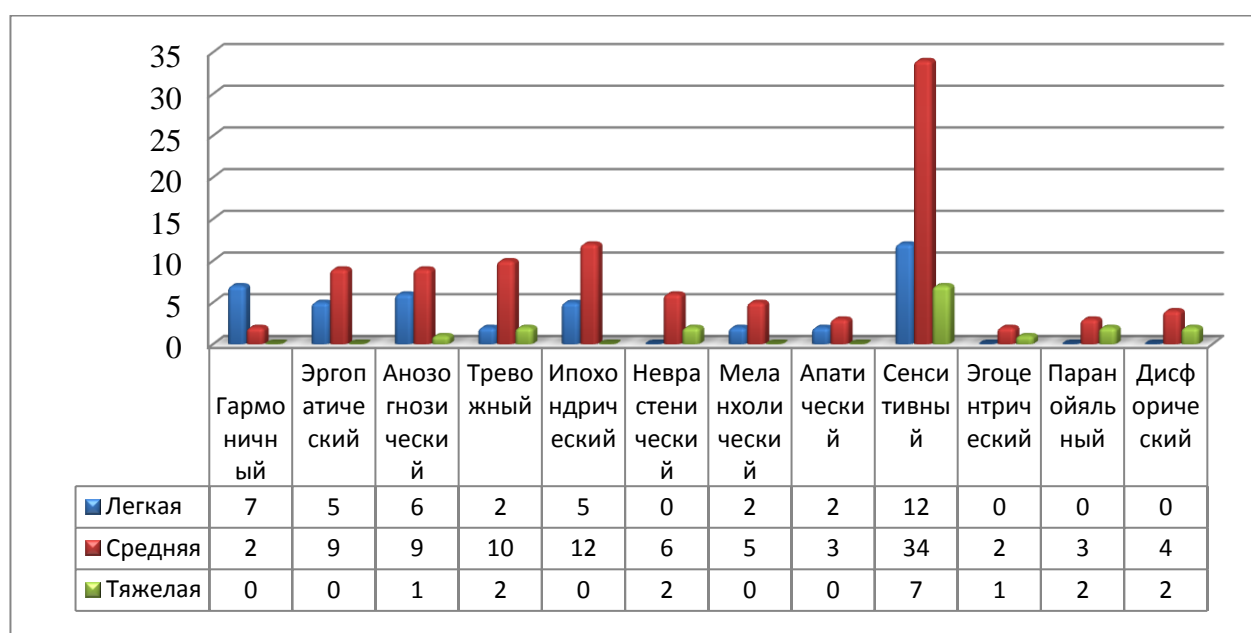


Рисунок 16 – Типы отношения к болезни в зависимости от степени тяжести

Во всех случаях различной степени тяжести розацеа преобладающим типом отношения к болезни был сенситивный.

При распределении типов отношения по критерию «адаптивность - дезадаптивность» к болезни в зависимости от степени тяжести дерматоза были получены следующие данные (таблица 20)

Адаптивные типы отношения к болезни преобладали у лиц с легкой степенью тяжести, дезадаптивные – у лиц со средней и тяжелой степенью тяжести. При сравнении типов отношений к болезни у пациентов с легкой и тяжелой степенью тяжести было выявлено: адаптивные реакции на заболевание были характерны пациентам с легкой степенью тяжести розацеа, дезадаптивные - с тяжелой ( $p<0,01$ ;  $p=0,009$ ).

Таблица 20 - Типы отношения к болезни по критерию «адаптивность - дезадаптивность» в зависимости от степени тяжести

Тип отношения к болезни \ Степень тяжести	Адаптивный, n (%)	Дезадаптивный, n (%)	Всего, n (%)
Легкая	18 (51)	17 (49)	35 (100)
Средняя	20(33)	41 (67)	61 (100)
Тяжелая	1 (11)	8 (89)	9 (100)

В результате однофакторного дисперсионного анализа было выявлено: дезадаптивный тип отношения к болезни влияет на степень тяжести розацеа ( $F=8,204$ ;  $p<0,01$ ;  $p=0,005$ ).

### 3.4.2 Влияние акцентуации личности на клиническую картину розацеа

Наличие либо отсутствие акцентуаций личности среди пациентов с различными клиническими подтипами розацеа представлены в таблице 21.

Таблица 21 - Распределение пациентов по клиническим подтипам в зависимости от наличия либо отсутствия акцентуации личности

Подтип розацеа	Акцентуация		Всего, n (%)
	Нет, n (%)	Есть, n (%)	
Эритематотелеангиэктатический	4 (17)	19 (83)	23 (100)
Папуло-пустулезный	19 (28)	50 (72)	69 (100)
Фиматозный	6 (46)	7 (54)	13 (100)

У пациентов с розацеа акцентуации личности преобладали при всех клинических подтипах, в большей степени у лиц с эритематотелеангиэктатическим и папуло-пустулезным подтипами. При анализе наличия либо отсутствия акцентуаций личности между пациентами с разными клиническими подтипами розацеа статистически значимых различий выявлено не было ( $p>0,05$ ).

При изучении наличия либо отсутствия акцентуаций личности у пациентов с розацеа различной степени тяжести были выявлены следующие данные (таблица 22).

Таблица 22 - Распределение пациентов по степени тяжести розацеа в зависимости от наличия либо отсутствия акцентуации личности

Степень тяжести	Акцентуация		Всего, n (%)
	Нет, n (%)	Есть, n (%)	
Легкая	10 (29)	25 (71)	35 (100)
Средняя	17 (28)	44 (72)	61 (100)
Тяжелая	2 (22)	7 (78)	9 (100)

При анализе степеней тяжести розацеа в зависимости от наличия либо отсутствия акцентуации статистически значимых различий выявлено не было ( $p > 0,05$ ).

При изучении типов акцентуаций личности среди пациентов с разной степенью тяжести розацеа были получены следующие данные (рисунок 17).

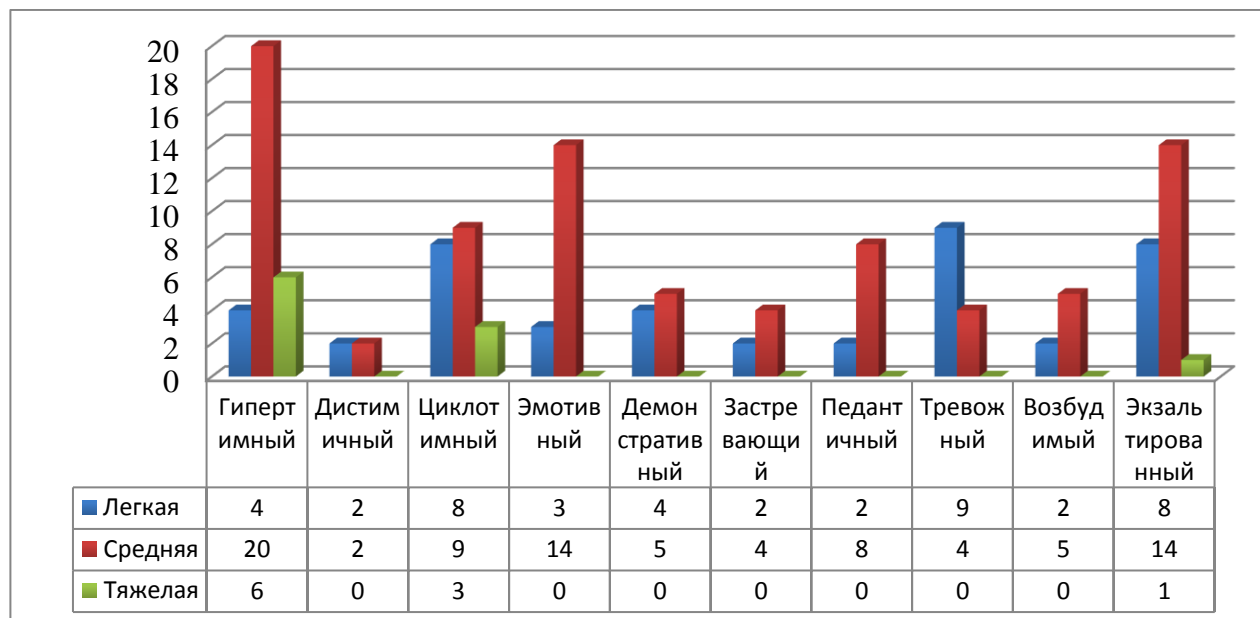


Рисунок 17 - Типы акцентуаций личности в зависимости от степени тяжести розацеа

У пациентов с легкой степенью тяжести преобладал тревожный тип акцентуации 9, со средней и тяжелой – гипертимный, выявленный в 20 и 6 соответственно. В результате статистического анализа было выявлено, что пациентам с легкой степенью тяжести в сравнении с пациентами со средней ( $p < 0,05$ ;  $p = 0,007$ ) и тяжелой ( $p < 0,05$ ;  $p = 0,007$ ) степенями характерен тревожный тип акцентуации личности. Пациентам со средней ( $p < 0,05$ ;  $p = 0,01$ ) и тяжелой ( $p < 0,001$ ;  $p = 0,0002$ ) степенями тяжести в сравнении с легкой степенью тяжести розацеа характерен гипертимный тип акцентуации личности.

Однако, учитывая, что тип отношения зависит от акцентуации личности можно считать, что акцентуация личности влияет на клиническую картину розацеа.

### 3.4.3 Влияние признаков тревоги и депрессии

Нами изучалось влияние признаков тревоги и депрессии на клиническую картину розацеа. Пациенты были распределены по признакам тревоги в зависимости от клинического подтипа розацеа (таблица 23)

Таблица 23 - Распределение по клиническим подтипам в зависимости от признаков тревоги

Подтип	Норма, n (%)	Признаки тревоги, n (%)	Субклинически выраженная, n (%)	Клинически выраженная, n (%)	Всего, n (%)
Эритематотелеангиэктатический	6 (26)	17 (74)	8 (35)	9 (39)	23 (100)
Папуло-пустулезный	26 (38)	43 (62)	22 (32)	21 (30)	69 (100)
Фиматозный	11 (85)	2 (15)	2 (15)	0 (0)	13 (100)

В результате анализа была выявлена статистически значимая взаимосвязь тревоги с клиническим подтипом розацеа ( $F=5,576$   $p<0,01$ ;  $p=0,005$ ): признаки тревоги, в частности клинически выраженная, преобладали у пациентов с эритематотелеангиэктатическим подтипом, нормальный уровень тревоги был наиболее характерен пациентам с фиматозным подтипом.

Статистически значимых взаимосвязей признаков депрессии и клиники розацеа выявлено не было ( $p>0,05$ ).

Следует отметить, согласно литературным данным тревога высокого уровня нарушает адаптацию пациентов и дезорганизирует их поведение. Депрессия, в свою очередь, влияет на поведение пациентов в виде несоблюдения врачебных рекомендаций и назначений [169].

В результате изучения влияния индивидуально-личностных особенностей пациентов с розацеа на клинику дерматоза было выявлено:

1) тип отношения к болезни влияет на клинический подтип розацеа ( $F=4,965$ ;  $p<0,05$ ;  $p=0,028$ ): дезадаптивный тип отношения к болезни наиболее характерен пациентам с папуло-пустулезным ( $t=2,85$ ;  $p<0,01$ ;  $p=0,005$ ) и фиматозным ( $t=2,41$ ;  $p<0,05$ ;  $p=0,02$ ) подтипами, а адаптивный - больным с эритематотелеангиэктатическим подтипом розацеа ( $p<0,05$ );

2) тип отношения к болезни влияет на степень тяжести розацеа ( $F=8,204$ ;  $p<0,01$ ;  $p=0,005$ ): дезадаптивный тип реагирования характерен пациентам с тяжелой степенью тяжести ( $p<0,01$ ;  $p=0,009$ );

3) наличие тревоги влияет на клинический подтип розацеа ( $F=5,576$   $p<0,01$ ;  $p=0,005$ ): признаки тревоги, в частности клинически выраженная, наиболее характерны пациентам с эритематотелеангиэктатическим подтипом, нормальный уровень тревоги был наиболее характерен пациентам с фиматозным подтипом;

Таким образом, образовались взаимосвязи между типом реагирования, розацеа, психическим состоянием пациентов и клинической картиной дерматоза, которые протекали по типу «порочного круга» двумя путями:

а) дезадаптивный тип реагирования, который как обуславливал, так и был обусловлен психическим расстройством, на различные явления и события в их жизни и на само заболевание, приводил к негативному эмоциональному реагированию, социальной дезадаптации, а ввиду низкой осведомленности

пациентов, к употреблению и использованию больными провоцирующих факторов розацеа, которые вели к обострению и утяжелению дерматоза, а это в свою очередь негативно действовало на психику пациентов;

б) дезадаптивное поведение в терапии как избегание провоцирующих факторов и самолечение, обусловленные низкой осведомленностью пациентов о провоцирующих факторах и косметическом уходе за их кожей, приводило к использованию провоцирующих лекарственных и косметических средств, обесцениванию важности космецевтического и косметологического ухода в реабилитационный и межрецидивный периоды, что вело к утяжелению дерматоза. Ухудшение заболевания, в свою очередь, вело к негативному эмоциональному реагированию, проявляемое психическим расстройством.

### **3.5. Оценка эффективности психокоррекции**

В результате опроса выявленная низкая осведомленность (18%) пациентов об основных провоцирующих факторах розацеа, низкий комплаенс избегания триггеров заболевания (24%) приводили к обострениям дерматоза. Учитывая, что полностью исключать триггеры розацеа из своей жизни пациенты были не готовы, в свою очередь, регулировать воздействия индивидуальных триггеров своего заболевания в зависимости от состояния кожного процесса они не умели. Вследствие низкой осведомленности пациенты не использовали защищающие косметические и физические средства от влияния метеорологических условий, не регулировали свое нервно-психическое состояние, не повышали свою стрессоустойчивость, не регулировали воздействие температурного фактора, в пищу употребляли провоцирующие продукты, занимались самолечением – наружно использовали спиртосодержащие средства и гормональные препараты, с целью маскировки использовали тональную пудру, очищали кожу ПАВ-содержащими средствами, в уходе за кожей наносили парабенсодержащие средства, получали процедуры механической чистки и пилинги лица. Данное состояние проблемы послужило причиной к разработке памятки для пациентов с розацеа (приложение), одобренной комитетом по этике АО «МУА» (протокол №5 от 17.03.16 года) и созданию обучающей программы «Школа розацеа».

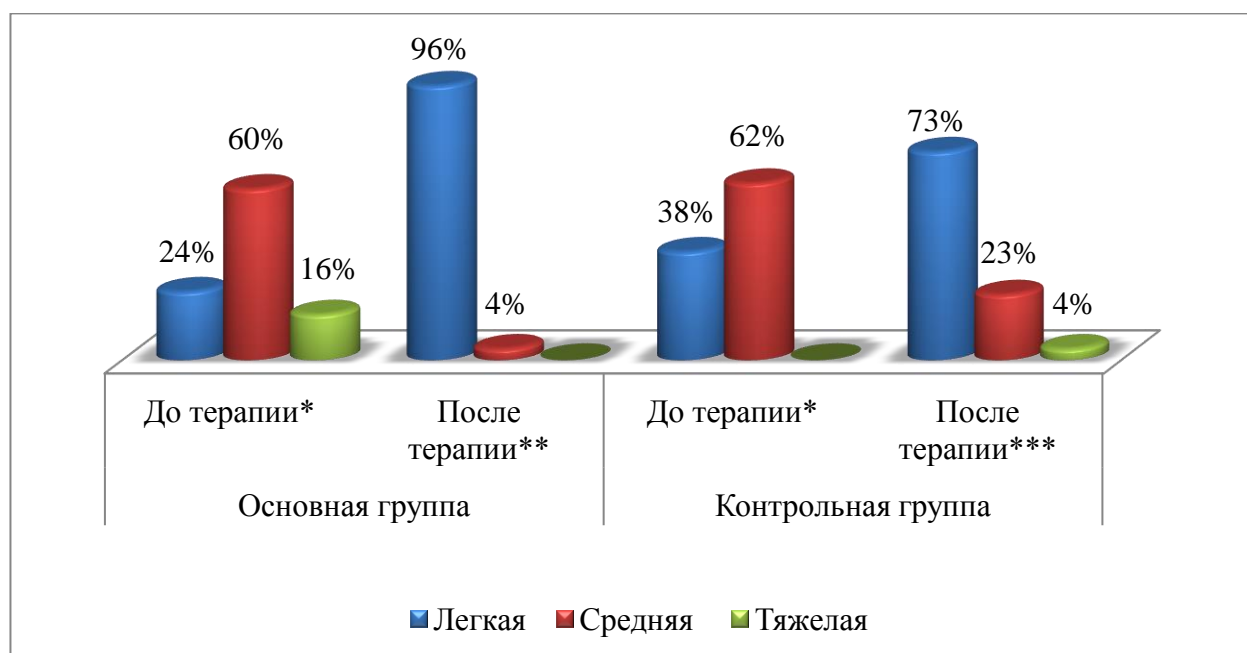
С целью оценки эффективности терапии с применением мер психологической коррекции (индивидуальных и групповых) проводилось сравнение клинических и психологических показателей, выявленных до и после терапии. Степень тяжести розацеа, признаки тревоги и депрессии, тип отношения к болезни оценивались до и через 3 месяца лечения. Частота и длительность обострений оценивались до и через 6 месяцев лечения.

В данном этапе исследования участие приняли 51 пациент. Основная группа составила 25 лиц, контрольная – 26, группы пациентов были сопоставимы по полу и возрасту (таблица 24).

Таблица 24 – Характеристика пациентов основной и контрольной групп

Группа исследования	Лица мужского пола, n (%)	Лица женского пола, n (%)	Средний возраст, годы
Основная группа	7	18	42,7±10,0
Контрольная группа	5	21	42,1±10,0

Характеристика пациентов в группах исследования по степени тяжести заболевания представлена на рисунке 18. Пациенты были сопоставимы по показателю ШДОР, статистически значимых различий между нами выявлено не было ( $t=1,71$ ;  $p>0,05$ ;  $p=0,09$ ).



\* различия в двух группах статистически не достоверно ( $p>0,05$ )

\*\* различия в основной группе статистически достоверно ( $p<0,001$ )

\*\*\* различия в контрольной группе статистически достоверно ( $p<0,01$ )

Рисунок 18 – Степень тяжести розацеа до и после терапии (через 3 месяца от начала терапии)

Как видно на рисунке 18, после терапии у пациентов основной группы преобладала легкая степень тяжести розацеа, которая составила 24 (96%) случаев, средняя степень тяжести была выявлена в 1 (4%) случае. У пациентов контрольной группы также преобладала легкая степень тяжести, диагностированная в 19 (73%) случаях, средняя - 6 (23%). Однако стоит отметить, что после терапии в контрольной группе в 1 случае (4%) верифицировалась тяжелая степень тяжести, полученные данные можно обосновать тем, что среди пациентов контрольной группы наблюдались нарушения режим лечения, самостоятельное прерывание поддерживающего курса терапии. В результате сравнения был выявлен высокий уровень статистически значимых различий как внутри каждой группы: основная группа

( $t=10,10$ ;  $p<0,001$ ;  $p=0,000$ ), контрольная группа ( $t=3,2$ ;  $p<0,01$ ;  $p=0,002$ ); так и между ними (Манна-Уитни=55,00;  $p<0,001$ ;  $p=0,000$ ). Таким образом, оба метода терапии эффективно снижают тяжесть заболевания, однако терапия с включением мер психологической коррекции на 37% эффективнее снижает степень тяжести розацеа, чем только стандартной терапии.

Частота обострений в изучаемых группах представлена в таблице 25. Обе группы до терапии были сопоставимы по частоте (Манна-Уитни=252,00;  $p>0,05$ ;  $p=0,152$ ).

Таблица 25 – Частота обострений до и после терапии

	Основная группа до терапии, n (%)	Основная группа после терапии, n (%)	Контрольная группа до терапии, n (%)	Контрольная группа после терапии, n (%)
Не было обострений	1 (4)	9 (36)	1 (4)	1 (4)
1 раз в 6 месяцев	4 (16)	6 (24)	8 (31)	7 (27)
1 раз в 3-4 месяцев	4 (16)	8 (32)	4 (15)	7 (27)
1 раз в 2 месяца	3 (12)	2 (8)	4 (15)	5 (20)
1 раз в месяц	11 (44)	0 (0)	9 (35)	6 (23)

При сравнительном анализе изменений частоты обострений в основной группе после терапии были выявлены статистически значимые различия ( $t=-5,40$ ;  $p<0,001$ ;  $p=0,000$ ) и между группами ( $t=-3,78$ ;  $p<0,001$ ;  $p=0,000$ ), в контрольной группе статистически значимых различий выявлено не было ( $t=0,43$ ;  $p>0,05$ ;  $p=0,67$ ), что свидетельствует о снижении частоты рецидивирования розацеа на 32% вследствие терапии с включением мер психологической коррекции.

При оценке длительности обострений до и после терапии между изучаемыми группами статистически значимых различий выявлено не было, группы были сопоставимы ( $t=1,68$ ;  $p>0,05$ ;  $p=0,49$ ) (таблица 26).

Таблица 26 - Длительность обострений до и после терапии

	Основная группа			Контрольная группа		
	Нет обострения, n (%)	До 1 месяца, n (%)	Более 1 месяца, n (%)	Нет обострения, n (%)	До 1 месяца, n (%)	Более 1 месяца, n (%)
До терапии	1 (4)	8 (32)	16 (64)	1 (4)	12 (46)	13 (50)
После терапии	9 (36)	13 (52)	3 (12)	1 (4)	13 (50)	12 (46)

В результате сравнительного анализа длительности обострений розацеа до и после терапии статистически значимые различия были выявлены в основной группе ( $t=4,99$ ;  $p<0,001$ ;  $p=0,000$ ) и между исследуемыми группами



( $t=-4,16$ ;  $p<0,001$ ;  $p=0,000$ ) после терапии; в контрольной группе различий не было ( $t=0,57$ ;  $p>0,05$ ;  $p=0,569$ ). Таким образом, терапия с мерами психологической коррекции на 48% эффективнее снижает длительность обострений.

Космецевтический уход в период реабилитации и ремиссии до и после терапии представлен на рисунке 19. Группы были сопоставимы ( $t=0,76$ ;  $p>0,05$ ;  $p=0,44$ ).

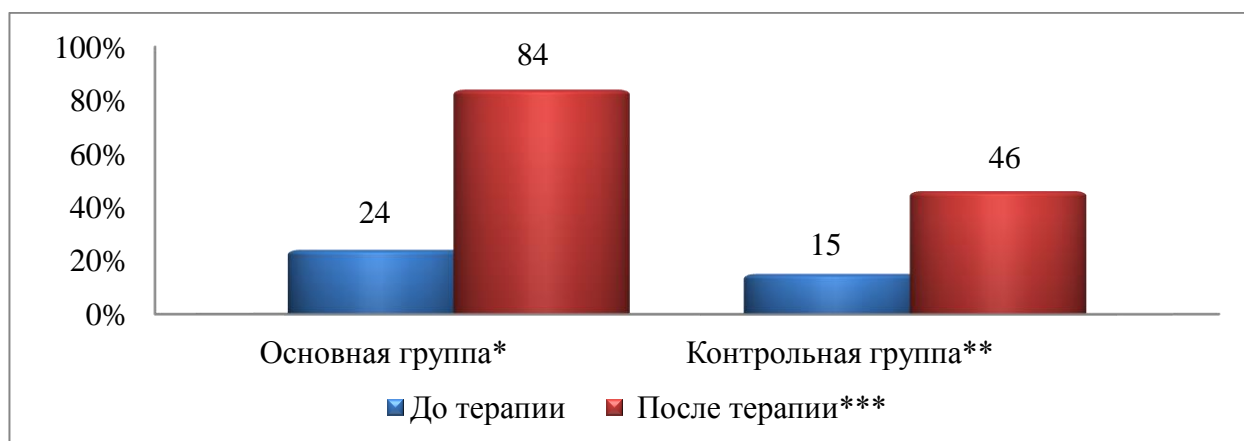


Рисунок 19 - Космецевтический уход в реабилитационный и межрецидивный периоды до и после терапии

В результате сравнения данных исследуемых групп до и после терапии статистически значимые различия были в основной ( $*t=-7,50$ ;  $p<0,001$ ;  $p=0,000$ ) и контрольной группах ( $**t=-2,5$ ;  $p<0,05$ ;  $p=0,015$ ) и между группами ( $***t=4,57$ ;  $p<0,001$ ;  $p=0,000$ ) после терапии. В основной группе количество пациентов, использовавших космецевтический уход в реабилитационный и межрецидивный периоды, было больше, чем в контрольной. Терапия с включением мер психологической коррекции на 29% эффективнее повышает комплаенс пациентов к космецевтическому уходу за кожей, чем только стандартная терапия.

Получение пациентами косметологических процедур в период ремиссии отражено на рисунке 20. До терапии группы между собой были сопоставимы ( $t=-0,70$ ;  $p>0,05$ ;  $p=0,49$ ). В контрольной группе снижение применения пациентами косметологических процедур было обусловлено тем, что у 2 пациентов обострение дерматоза возникло после крио и механической чистки лица.

В результате сравнительного анализа были выявлены статистически значимые различия до и после терапии в основной группе и между изучаемыми группами ( $t=2,10$ ;  $p<0,05$ ;  $p=0,04$ ), в контрольной группе до и после терапии статистически значимых различий выявлено не было ( $p>0,05$ ). Таким образом, терапия с включением психокоррекционных мероприятий на 31% эффективно повышает комплаенс пациентов к применению косметологических процедур в период ремиссии.

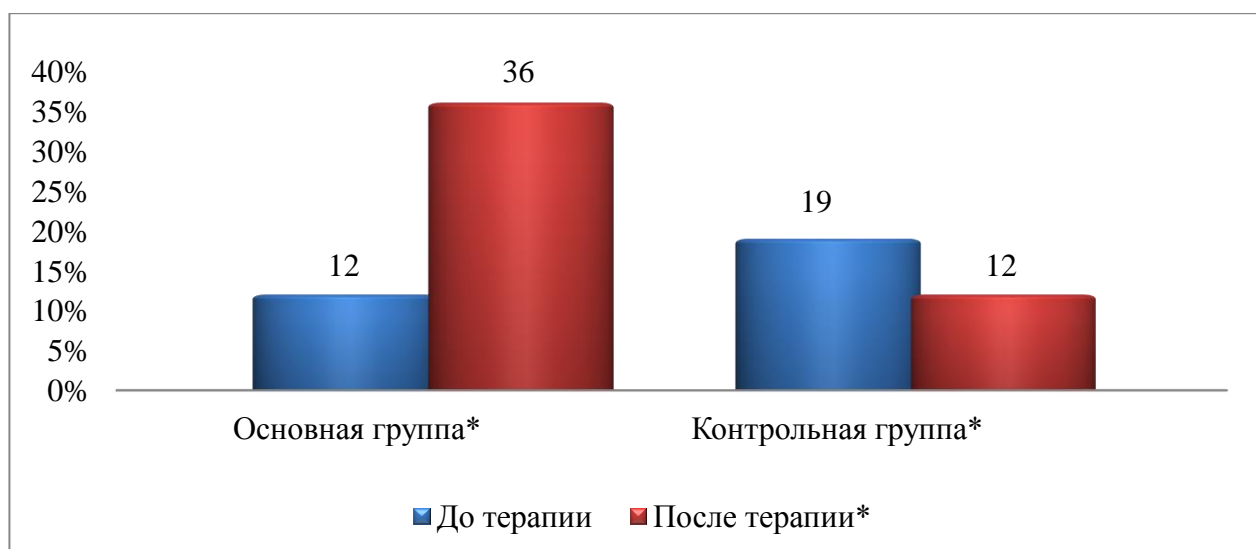


Рисунок 20– Применение косметологических процедур в период ремиссии до и после терапии

По типам отношения к болезни до терапии основная и контрольная группы были сопоставимы ( $t=1,06$ ;  $p>0,05$ ;  $p=0,29$ ) (рисунок 21).

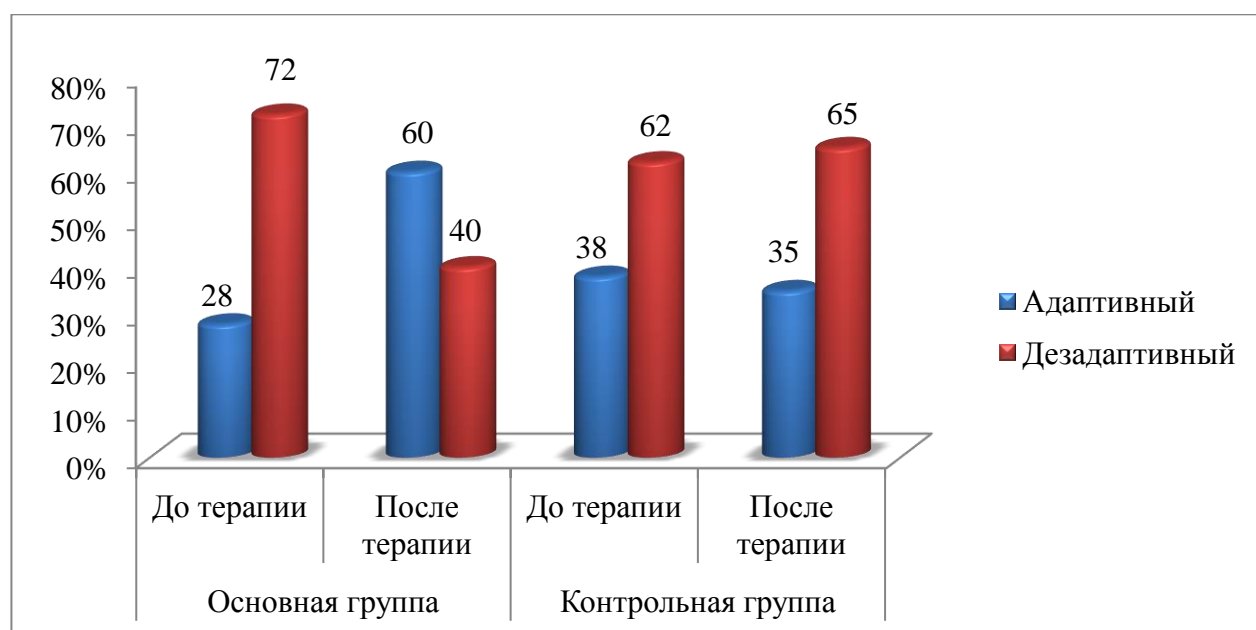


Рисунок 21 – Типы отношения к болезни до и после терапии

Как видно на рисунке 21, в основной группе отмечалась положительная динамика: количество дезадаптивных типов отношения к болезни уменьшилось. Следует отметить, в 1 случае впервые выявленной розацеа у пациентки 31 года с папуло-пустулезным подтипом средней степени тяжести до терапии был сенситивный тип отношения к болезни, после терапии сформировались неврастенический и дисфорический. В данном случае

дополнительно формирование дезадаптации с интрапсихической направленностью может быть обусловлено участием пациентки в групповых занятиях, где она встречалась с другими больными с разными клиническими подтипами, длительность заболевания которых была намного продолжительнее и была более тяжелой степень тяжести. У данной пациентки уровень тревоги остался без изменений.

В результате сравнения были выявлены статистически значимые различия внутри основной группы ( $t=2,23$ ;  $p<0,05$ ;  $p=0,02$ ) и между группами ( $t=1,84$ ;  $p<0,05$ ;  $p=0,03$ ) Внутри контрольной группы ( $t=-0,56$ ;  $p>0,05$ ;  $p=0,6$ ) статистически значимых различий не было. Таким образом, терапия с включением мер психологической коррекции на 23% способствует повышению адаптации пациентов к болезни.

Как видно на рисунке 22, до терапии исследуемые группы по признакам тревоги ( $t=-0,49$ ;  $p>0,05$ ;  $p=0,63$ ) и депрессии ( $t=-0,52$ ;  $p>0,05$ ;  $p=0,62$ ) были сопоставимы.

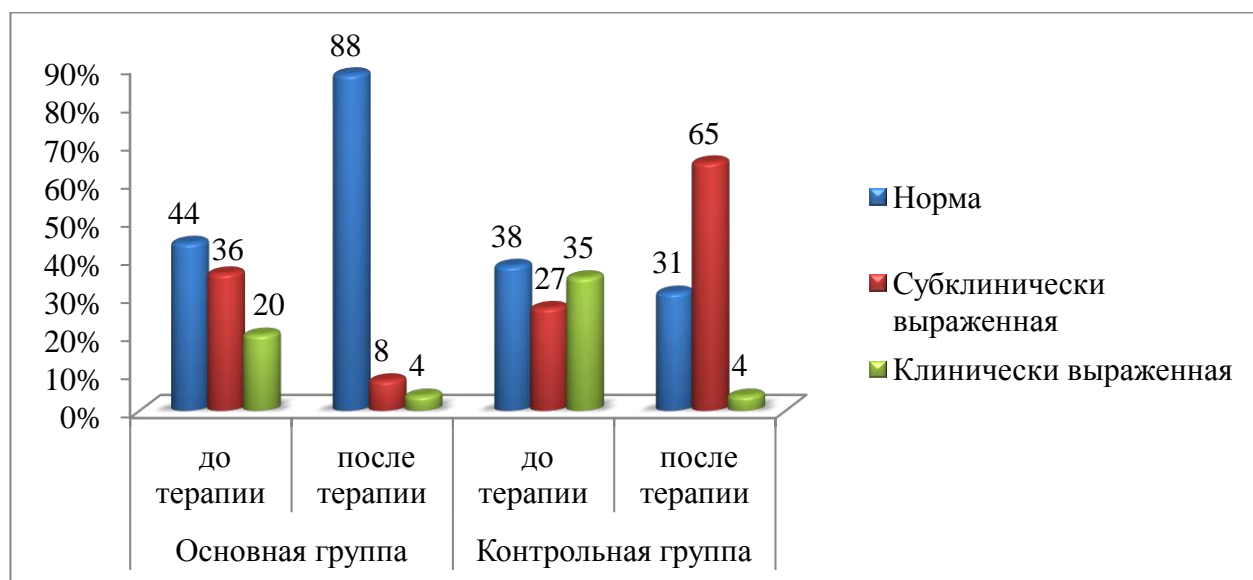


Рисунок 22 - Признаки тревоги до и после терапии

В результате сравнительного анализа данных тревоги до и после терапии в обеих группах были выявлены статистически значимые различия внутри основной группы ( $t=3,29$ ;  $p<0,001$ ;  $p=0,000$ ) и между группами ( $t=-4,09$ ;  $p<0,001$ ;  $p=0,000$ ). Внутри контрольной группы статистически значимых различий по тревоге выявлено не было ( $t=0,58$ ;  $p>0,05$ ;  $p=0,56$ ). Как видно на рисунке 22, в контрольной группе было превалирование субклинически выраженной тревоги за счет снижения количества пациентов с клинически выраженной тревогой и пациентов с нормальным уровнем тревоги. В основной группе отмечалось превалирование нормального уровня тревоги. Таким образом, терапия с включением мер психологической коррекции на 51% способствует нормализации уровня тревоги.

Следует отметить, у одной пациентки 37 лет с папуло-пустулезным подтипом с длительностью заболевания до 1 года тревога с субклинически выраженной после терапии стала клинически выраженной. Это может быть обусловлено участием в групповых занятиях, где пациентке приходилось сталкиваться с другими лицами, у которых было более длительное заболевание и более тяжелая степень тяжести. Мы считаем, что более подробная информация о самом заболевании для пациентов с дезадаптивными типами отношения к болезни с впервые выявленной розацеа и длительностью заболевания до года способствует усилению дезадаптации и тревоги.

Как видно на рисунке 23 после терапии признаки депрессии снижались в обеих группах. При сравнительном анализе данных показателя депрессии до и после терапии внутри основной ( $t=0,24$ ;  $p>0,05$ ;  $p=0,81$ ) и контрольной ( $t=-0,44$ ;  $p>0,05$ ;  $p=0,66$ ) групп статистически значимых различий выявлено не было. Таким образом, терапия с включением мер психокоррекции не влияет на уровень депрессии.

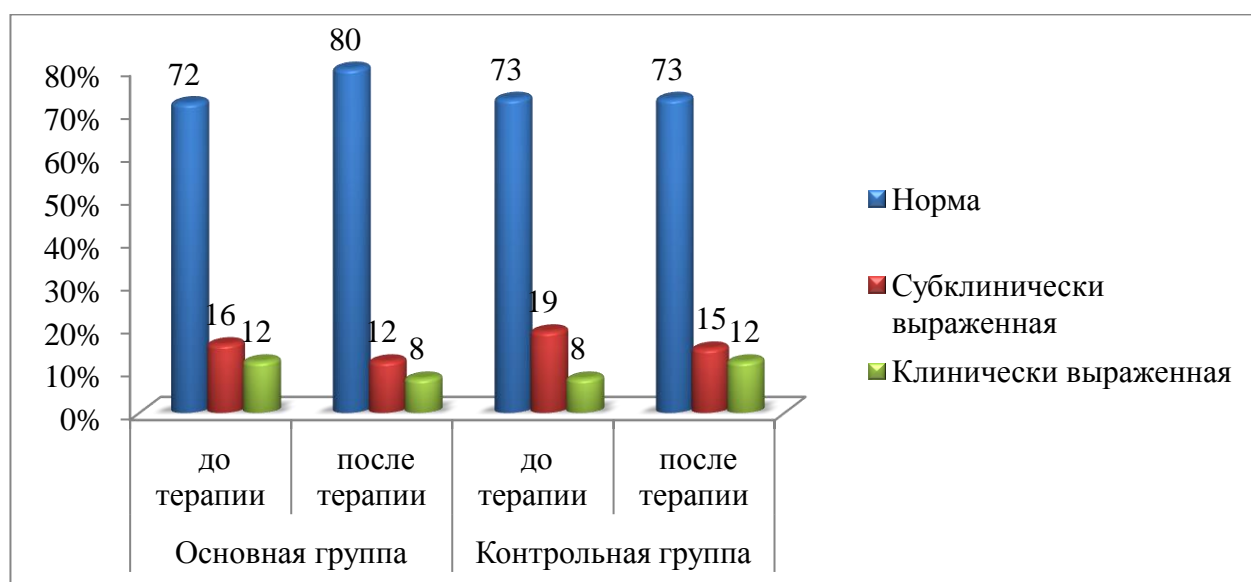


Рисунок 23 - Признаки депрессии до и после терапии

Таким образом, в результате сравнительного анализа данных до и после терапии основной и контрольной групп было выявлено:

1) терапия с включением мер психологической коррекции на 23% эффективнее снижает степень тяжести розацеа, чем только стандартная терапия ( $p<0,001$ );

2) терапия с включением мер психологической коррекции на 32% эффективно снижает частоту рецидивирования розацеа ( $p<0,001$ );

3) терапия с мерами психологической коррекции на 48% эффективно снижает длительность обострений ( $p<0,001$ );

4) терапия с включением мер психологической коррекции на 29% эффективнее повышает комплаенс пациентов к космецевтическому уходу за кожей в реабилитационный и межрецидивный периоды, чем только

стандартная терапия ( $p < 0,001$ );

5) терапия с включением мер психологической коррекции на 31% эффективно повышает комплаенс пациентов к применению косметологических процедур в период ремиссии ( $p < 0,05$ ).

б) терапия с включением мер психологической коррекции на 23% способствует повышению адаптации пациентов к болезни, чем только стандартная терапия ( $p < 0,05$ );

7) терапия с включением мер психологической коррекции на 51% способствует нормализации уровня тревоги ( $p < 0,001$ ).

### **3.6 Алгоритм ведения пациентов с розацеа с включением мер психологической коррекции**

Организм человека является целостной системой со взаимосвязанными между собой частями [170, с. 3]. Учитывая полученные в ходе исследования данные, подход в ведении пациентов с розацеа должен строиться с учетом личностных особенностей больных. Выявленные высокие проценты дезадаптивного типа реагирования у пациентов с розацеа и нозогенных реакций, влияние индивидуально-личностных особенностей больных на клиническую картину и более эффективное действие терапии с включением мер психологической коррекции в сравнении с только стандартным лечением определили следующий алгоритм ведения пациентов с розацеа с включением мер психологической коррекции (индивидуальные, групповые) (рисунок 24).

Мы предлагаем всем пациентам с розацеа проводить верификацию типа отношения к болезни посредством тестовой методики ТОБОЛ и выявление признаков тревоги и депрессии с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS.

В результате тестирования:

а) лицам, имеющим адаптивный тип реагирования, мы рекомендуем стандартную терапию с поддерживающим курсом на амбулаторном этапе в течение минимум 12 недель, начиная с подострого периода розацеа подключать косметический уход за кожей и в период разрешения патологического процесса - косметологические процедуры. С момента обращения пациента на прием к врачу-дерматологу рекомендуется проведение групповой психокоррекции в «Школе розацеа»;

б) при впервые выявленной розацеа и длительности заболевания до года лицам с дезадаптивным типом отношения к болезни рекомендуется дополнительно к дерматологическому и косметологическому лечению проводить только индивидуальные сессии психокоррекции;

в) пациентам с длительностью заболевания от года и более рекомендуется наряду с дерматологическим и косметологическим лечением проводить как индивидуальные сессии психокоррекции, так и посещать групповые занятия в «Школе розацеа»;

г) дополнительно к типам отношения: при выявленных нормальных показателях тревоги и депрессии пациентам рекомендуется комплексное



Рисунок 24 – Алгоритм ведения пациентов с розацеа с включением мер психологической коррекции

дерматокосметологическое лечение с посещением «Школы розацеа»; при признаках субклинической тревоги и депрессии дополнительно к дерматокосметологическому лечению рекомендуются индивидуальные сессии психологической психокоррекции, затем с последующим участием в групповых занятиях «Школы розацеа»; при признаках клинически выраженной тревоги и депрессии пациентам рекомендуются дерматокосметологическое лечение, посещение «Школы розацеа» и консультация психотерапевта.

Таким образом, разработанный алгоритм ведения пациентов с розацеа с включением индивидуальных и групповых мер психологической коррекции учитывает индивидуально-личностные особенности больных и способствует повышению их комплаенса, что оказывает положительное влияние на клиническую картину розацеа.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На сегодняшний день в терапии дерматологических пациентов много внимания уделяется психологическим детерминантам, которые определяют личностный подход в ведении больного. Для достижения цели, несомненно, важным является изучение личностного профиля самих пациентов и его влияния на клиническую картину заболевания.

С этой целью нами было проведено данное исследование, в котором приняло 105 пациентов с розацеа в возрасте от 23 до 65 лет, обратившихся в ГКП на ПХВ «Центра дерматологии и профилактики болезней, передающихся половым путем» г. Астаны в период 2015-2017 годы. Лица мужского пола составили 25 (24%) случаев, женского – 80 (76%). Средний возраст составил  $41,4 \pm 10,3$  лет. Превалирующей была длительность заболевания от года до 5 лет (48%), наследственная отягощенность отмечалась у 56% пациентов. При дерматологической оценке преобладали папуло-пустулезный подтип (66%) и средняя степень тяжести розацеа (58%). В результате статистического анализа было выявлено, что клинический подтип розацеа зависит от половой принадлежности ( $F=24,80$ ;  $p<0,001$ ;  $p=0,000$ ): фиматозный подтип характерен пациентам мужского пола (85%), эритематотелеангиэктатический – лицам женского пола (91%). *Demodex folliculorum* диагностировался в 61% случаях клинических подтипов розацеа. В результате анализа давности заболевания и клинических подтипов отмечалась следующая тенденция: чем длительнее заболевание, тем чаще дополнительно диагностировался окулярный подтип ( $p>0,05$ ). Клиническое течение розацеа характеризовалось частым рецидивированием с кратностью один раз в месяц (45%), продолжительным течением обострений с длительностью более месяца (59%) и множественными высыпаниями (53%).

В результате опроса во всех случаях розацеа отмечалось наличие сопутствующей патологии, среди которых преобладающими были заболевания желудочно-кишечного тракта (88%). Провоцирующими факторами розацеа являлись метеорологический фактор (88%), психоэмоциональный фактор (78%), локальный температурный фактор (73%), продукты питания (54%), раздражающие вещества (29%), физические факторы (26%), нарушения сна (21%), обострение сопутствующей патологии (14%), лекарственные препараты (8%) и другое (4%). В 62% случаев пациенты сообщали на наличие стрессовых жизненных ситуаций до возникновения и/или обострений розацеа, непосредственную связь с которыми отмечали 56% больных. Причинами стрессовых ситуаций чаще служили проблемы в семье (64%) и на работе (52%). Психоэмоциональный фактор в 32% случаев выступал фактором развития дерматоза, в 73% – фактором обострений. Подверженность провоцирующему влиянию психоэмоционального фактора на течение розацеа зависело от пола ( $p<0,001$ ), так у лиц женского пола (86%) психоэмоциональный фактор чаще выступал триггером розацеа, чем у мужского (52%) ( $p<0,01$ ). Были выявлены низкая осведомленность (18%) пациентов об основных триггерах обострений



розацеа и и низкий комплаенс к соблюдению избегания своих индивидуальных провоцирующих факторов розацеа (24%). Низкий комплаенс пациентов был также выявлен в виде высокого процента самолечения (57%), низкого процента космецевтического (21%) и косметологического (12%) ухода за кожей лица в периоды реабилитации и ремиссии дерматоза. Ввиду когнитивного поведенческого компонента типа реагирования на заболевание пациенты не использовали защитные средства от метеорологического воздействия, употребляли провоцирующую еду, воспалительные элементы обрабатывали спиртсодержащими средствами, нерационально использовали местные гормональные средства, очищали кожу ПАВ-содержащими средствами, в уходе за кожей лица использовали парабенсодержащие средства, с целью маскировки наносили тональную пудру, среди косметологических процедур получали механическую чистку и пилинги лица. В свою очередь, данные явления являются провоцирующими факторами розацеа. В результате опроса пациентов также было выявлено выраженное соматогенное влияние розацеа на психику и социальную сферу больных. Психические переживания на заболевание были выявлены в 89% случаев, которые характеризовались чувствами смущения (68%), волнения (53%), неуверенности (47%), изоляции (26%), страха (24%), разочарования (23%), беспомощности (20%), низкой самооценки (17%), нерешительности (10%), гнева (6%), вины (4%). Чувство страха в связи с заболеванием было больше характерно лицам женского пола (29%), нежели мужского (8%) ( $p < 0,05$ ). О психосоциальном влиянии розацеа сообщали 78% пациентов, в связи с заболеванием 71% избегали социальных контактов и как следствие использовали камуфлирующие средства (71%). Среди камуфлирующих средств пациенты использовали косметическую пудру (14%), которая является одним из триггеров розацеа.

В результате психологического тестирования было выявлено, что пациентам с розацеа больше характерна тревога, нежели депрессия ( $p < 0,001$ ); наличие тревоги ( $p < 0,001$ ) и депрессии ( $p < 0,001$ ) зависит от пола; признаки тревоги ( $p < 0,001$ ) и депрессии ( $p < 0,001$ ) характерны лицам женского пола. У пациентов с розацеа преобладали дезадаптивные (63%) типы отношения к болезни; преобладающим типом отношения к болезни был сенситивный (51%); мужчинам наиболее характерен анозогностический ( $p < 0,05$ ) тип; женщинам характерны сенситивный ( $p < 0,05$ ), гармоничный ( $p < 0,01$ ), тревожный ( $p < 0,001$ ), неврастенический ( $p < 0,01$ ) типы. «Адаптивность-дезадаптивность» реагирования зависит от пола ( $p < 0,05$ ) и возраста ( $p < 0,001$ ): дезадаптивные типы отношения к болезни наиболее характерны лицам женского пола (69%), нежели мужского (44%) ( $p < 0,05$ ), а также наиболее характерны лицам молодого возраста (23-30 лет). Также было выявлено, что тип отношения к болезни влияет на наличие тревоги ( $p < 0,05$ ) и депрессии ( $p < 0,01$ ): дезадаптивные типы отношения к болезни характерны пациентам с признаками тревоги и депрессии. Пациентам с розацеа больше были характерны акцентуации личности (72%); преобладающими типами из которых были гипертимный (29%), экзальтированный (22%), циклотимный (19%) и эмотивный (16%). Также было

определено, что тип отношения к болезни зависит от акцентуации личности ( $p < 0,05$ ): дезадаптивные реакции на заболевания преобладали у акцентуированных лиц.

В результате изучения влияние индивидуально-личностных особенностей пациентов на клиническую картину розацеа было выявлено влияние типа отношения к болезни на клинический подтип розацеа ( $p < 0,05$ ), на степень тяжести розацеа ( $p < 0,01$ ). Было определено, что дезадаптивный тип отношения к болезни наиболее характерен пациентам с папуло-пустулезным ( $p < 0,01$ ) и фиматозным ( $p < 0,05$ ) подтипами, тяжелой степенью тяжести ( $p < 0,01$ ). Наличие тревоги влияет на клинический подтип розацеа ( $p < 0,01$ ): признаки тревоги наиболее характерны пациентам с эритематотелеангиэктатическим подтипом, нормальный уровень тревоги – с фиматозным.

Низкая осведомленность пациентов о триггерах обострения розацеа, низкий комплаенс к избеганию провоцирующих факторов дерматоза, к космецевтическому и косметологическому уходу в периоды реабилитации и ремиссии обусловило проведение индивидуальных сессий психологической коррекции и создание обучающей программы для пациентов с розацеа «Школа розацеа» дополнительно к дерматологическому, косметологическому лечению. В результате проведенной терапии с включением индивидуальных и групповых мер психологической коррекции снизилась степень тяжести розацеа ( $p < 0,001$ ); частота рецидивирования ( $p < 0,001$ ); длительность обострений ( $p < 0,001$ ); повысился комплаенс пациентов к космецевтическому уходу за кожей ( $p < 0,001$ ) и к применению косметологических процедур ( $p < 0,05$ ) в реабилитационный и межрецидивный периоды; способствовало формированию адаптивных типов отношения к болезни ( $p < 0,05$ ); снизился уровень тревоги ( $p < 0,001$ ).

На основании полученных результатов проведенного исследования разработан алгоритм ведения пациентов с розацеа с включением мер психологической коррекции. Алгоритм включает диагностику на определение типа отношения к болезни и выявление признаков тревоги и депрессии. С учетом полученных данных психологического тестирования и длительности заболевания рекомендуется выбор терапии с дополнительным включением индивидуальных и/или групповых мер психологической коррекции. С помощью разработанного алгоритма возникает возможность личностного подхода в терапии пациентов с розацеа.

## ВЫВОДЫ

1. 1. Проведенное исследование выявило преобладание лиц женского пола в 76%; превалирующую длительность заболевания от года до 5 лет (48%) с частым рецидивированием (45%), продолжительным течением обострений длительностью более месяца (59%) и множественными высыпаниями (53%); папуло-пустулезный подтип в 66%; фиматозный подтип характерен для пациентов мужского пола (85%), эритематотелеангиэктатический – у лиц женского пола (91%) ( $p < 0,001$ ); чем длительнее заболевание, тем чаще диагностировался окулярный подтип ( $p > 0,05$ ); средняя степень тяжести розацеа составила 58%.

2. Провоцирующий психоэмоциональный фактор выявлен в 78% и выступал фактором развития розацеа в 32%, фактором обострений в 73%; соматогенное влияние розацеа на психику пациентов в виде психических переживаний в 89% и на социальную сферу в 78%; низкая осведомленность пациентов об основных провоцирующих факторах розацеа (18%), низкая приверженность к избеганию триггеров своего заболевания (24%), косметическому уходу в периоды реабилитации и ремиссии (21%), применению косметологических процедур в межрецидивный период (12%), высокий процент самолечения (57%); пациентам с розацеа наиболее характерны признаки тревоги (59%), нежели депрессии (29%) ( $p < 0,001$ ); акцентуации личности (72%) и дезадаптивный тип отношения к болезни (63%). При анализе было определено: тип реагирования на болезнь зависит от акцентуации личности ( $p < 0,05$ ); дезадаптация характерна пациентам с признаками тревоги и депрессии ( $p < 0,01$ ).

3. Тип отношения к болезни влияет на клинический подтип розацеа ( $p < 0,05$ ), степень тяжести ( $p < 0,01$ ): дезадаптивный тип отношения к болезни характерен для папуло-пустулезного и фиматозного подтипов, тяжелой степени тяжести; тревога влияет на клинический подтип розацеа: признаки тревоги характерны пациентам с эритематотелеангиэктатическим подтипом (74%), нормальный уровень тревоги – фиматозным (85%) ( $p < 0,01$ ).

4. В разработанный алгоритм ведения пациентов с розацеа включены индивидуальные и групповые меры психологической коррекции. Терапия с дополнительным включением мер психокоррекции, чем только стандартная терапия: на 37% снижает степень тяжести розацеа ( $p < 0,001$ ); на 32% снижает частоту рецидивирования заболевания ( $p < 0,001$ ); на 48% сокращает длительность обострений продолжительностью более месяца ( $p < 0,001$ ); на 29% увеличивает приверженность пациентов к косметическому уходу в реабилитационный и межрецидивный периоды ( $p < 0,001$ ) и на 31% к применению косметологических процедур в период ремиссии ( $p < 0,05$ ); на 23% повышает адаптацию пациентов к заболеванию ( $p < 0,05$ ); на 51% снижает признаки тревоги ( $p < 0,001$ ).

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

Мы считаем, подход в ведении пациентов с розацеа должен быть лично-ориентированным. В виду этого мы рекомендуем:

1. Всем пациентам, обратившимся на амбулаторно-поликлинический этап дерматологической службы верифицировать типы отношения к болезни и выявлять признаки тревоги и депрессии.

2. В зависимости от результатов тестирования, согласно разработанному алгоритму ведения пациентов с розацеа, определять меры психологической коррекции.

3. В терапии пациентов с розацеа дополнительно к стандартной терапии включить меры психологической коррекции в виде индивидуальных сессий и групповых занятий обучающей программы для пациентов «Школы розацеа».

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Самцов А.В. Акне и акнеформные дерматозы. Монография. 2-е изд. Доп. и перераб. – М.: ООО «Фарматек», 2014. – 352с.
2. Потеекаев Н.Н. Розацеа. М – Ст–Петербург: Невский диалект 2000; 144 с.
3. Jafferany M. Psychodermatology: A Guide to Understanding Common Psychocutaneous Disorders // Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry. – 2007. – Vol. 9. - № 3. – P. 203-213.
4. Koo J.Y.M, Lee C.S. General approach to evaluating psychodermatological disorders // In: Koo J.Y.M, Lee C.S, eds. // Psychocutaneous Medicine - New York, NY: Marcel Dekker, 2003. – P. 1–29.
5. Barankin B., Koven J. D. Psychosocial effect of common skin diseases // Canadian Family Physician • Le Médecin de famille canadien. - 2002. - Vol. 48. – P. 712-716.
6. Таркина Т.В. Разработка комплексных методов лечения и формирование условий стойкой ремиссии у больных акне и розацеа // Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора мед. наук РК.- Алматы, 2010.
7. Иванов О.Л., Львов А.Н., Остришко В.В., Новоселов В.С., Колесников Д.Б. Психодерматология: история, проблемы, перспективы// Рос. журн. кожн. и венерол. болезней.- 1999.- №1.- С. 28–38.
8. Gupta M.A., Gupta A.K., Ellis C.N., Koblenzer C.S. Psychiatric evaluation of the dermatology patient // Dermatol Clin. – 2005. Vol. 23. - № 4. – P. 591-599.
9. Gupta M.A., Gupta A.K. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis // Br J Dermatol. – 1998. – Vol. 139. - № 5. – P. 846-850.
10. Aktan S., Ozmen E., Sanli B. Psychiatric disorders in patients attending a dermatology outpatient clinic // Dermatology. – 1998. Vol. 197. - № 3. – P. 230-234.
11. Picardi A., Abeni D., Melchi C.F. et al. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized // Br J Dermatol. – 2000. – Vol. 143. – P. 983-991.
12. Gupta M.A., Gupta A.K. A practical approach to the assessment of psychosocial and psychiatric comorbidity in the dermatology patient // Clin Dermatol. – 2013. – Vol. 31. - № 1. – P.57-61.
13. Рукавишников Г.В. Особенности клинической картины психических расстройств у пациентов с дерматозами лица //ПСИХИАТРИЯ ВЧЕРА, СЕГОДНЯ, ЗАВТРА. Материалы Всероссийской школы молодых ученых и специалистов в области психического здоровья с международным участием Кострома. – 2014. - с.154-157.
14. Arbabi M., Zhand N., Samadi Z. et al. Psychiatric Comorbidity and Quality of Life in Patients with Dermatologic Diseases // Iranian J Psychaitry. – 2009. – Vol. 4. - №3. – P.102-106.

15. Takaki H. Sense of coherence, depression, and anger among adults with atopic dermatitis [Text]/ H. Takaki, Y. Ishii// Psychol. Health. Med. – 2013. – Vol. 18. - № 6. – P. 725-734.
16. Утц С.Р. Оценка психосоматических изменений и изучение состояния вегетативной нервной системы у больных розацеа [Текст]/ С.Р. Утц, А.В. Моррисон, А.В. Давыдова// Саратов. науч.- мед. Журн. – 2012. – Т. 8. - №2. - С. 664-667.
17. Baker B.S., Fry L. The immunologie of psoriasis // Br. J. Dermatol. - 1992. -Vol. 126. – P.1-9.
18. Gupta M., Gupta A. The Use of Psychotropic Drugs in Dermatology // Dermatol. Clin. - 2000. - Vol. 18. – P. 711-725.
19. Хаитов Р.И. Системная фармакотерапия атопического дерматита [Текст] Р.И. Хаитов, А.А. Кубанова// Consilium medicum. – 2003. – Т.5. - №3. – С. 116-119.
20. Drake L. Survey maps typical progression from rosacea’s first appearance // Rosacea Review. – 1995. Iss. 2.
21. Dreno B., Thiboutot D., Gollnick H. et al. Large-scale worldwide observational study of adherence with acne therapy // Int J Dermatol. – 2010. – Vol. 49. – P. 448—456.
22. Ernst J. Managing the Psychological Comorbidities of Skin Disease // 2012. -Vol.20. – Iss. 5.
23. Нурмухамбетова А. Ж. Клинико-иммунологическое обоснование принципов дифференциальной терапии розацеа// Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата мед. наук РК. – 2006. – 85 с.
24. Berg M., Liden S. An epidemiological study of rosacea // Acta Derm Venereol. – 1989. – Vol. 69. – P. 419-423.
25. Коган Б.Г., Головченко Д.Я. Современные подходы в комплексном лечении пациентов с демодекозом и розовыми угрями // Клин. иммунол. аллергол. инфектол. – 2011. - № 1. С. 38-43.
26. Drake L. Rosacea now estimated to affect at least 16 million Americans. Rosacea Review.Winter 2010. [http://www.rosacea.org/rr/2010/winter/article\\_1.php](http://www.rosacea.org/rr/2010/winter/article_1.php). Accessed December 11, 2014.
27. Bamford J.T.M., Gesert C. E., Renier C. M. et al. Childhood style and adult rosacea // J Am Acad Dermatol. – 2006. – Vol. 55. – P. 951-955.
28. Romanowicz M., Stephenson J. J., Del Rosso J. Q. et al. Health utilization and costs of parients wtn rosacea in an insured population // J Drugs Dermatol. – 2008. –Vol. 7. – P. 41-49.
29. Tan J., Berg M. Rosacea: Current state of epidemiology // J Am Acad Dermatol. – 2013. – Vol. 69. – P. 27-35.
30. Сайдалиева В.Ш. Эффективность низких доз изотретионина при лечении больных папуло-пустулезным подтипом розацеа. Лечебное дело. Общество с ограниченной ответственностью «АТМО», 2012. №2. 88-92.

31. Schaefer I., Rustenbach S. J., Zimmer L. et al. Prevalence of skin diseases in a cohort of 48,665 employees in Germany // *Dermatology*. – 2008. - Vol. 2. – P. 169-172.
32. Кубанова А.А., Махакова Ю.Б. Розацеа: распространенность, патогенез, особенности клинических проявлений. *Вестник дерматологии и венерологии*. - 2015. - №3. - С. 36-45.
33. Milikan L. Rosacea as an inflammatory disorder: A unifying the theory? // *Cutis*. – 2004. –Vol. 73. - № 1. – P. 5-8.
34. Клиническая дерматовенерология: в 2 т./ под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова. - М.: ГЭОТАР-Медиа. 2009. – Т. II. – с. 928.
35. Lacey N., Delaney S., Kavanagh K., Powell F.C. Mite-related bacterial antigens stimulate inflammatory cells in rosacea // *Br. J. Dermatol.* – 2007. Vol. 157. – P. 474 – 481.
36. Webster G. F. An open-label, community with doxycycline 40 mg (30-mg immediate-release and 10-mg delayed-release beads) // *Cutis*. – 2010. - Vol. 86. - № 5. – P. 7-15.
37. Plewig G., Kligman A. *Acne and Rosacea*, 3<sup>rd</sup> ed. Berlin, Springer-Verlag, 2000, p. 455
38. Halder R. M., Brooks H.L., Callender V.D. Acne in ethnic skin // *Dermatol Clin.* – 2003. – Vol. 21. -№ 4. – P. 609-615.
39. Khaled A., Hammami H., Zeglaoui F. et al. Rosacea: 244 Tunisian cases // *Tunis Med.* – 2010. – Vol. 88. - № 8. – P. 597-601.
40. Goldberg D.J., Berlin A. *Acne and Rosacea: Epidemiology, Diagnosis and Treatment* // London: CRC Press. - 2011.
41. *Дерматология Фицпатрика в клинической практике: в 3 т./ Клаус Вольф, Лоуэлл А. Голдсмит, Стивен И. Кац и др.; пер. с англ.; общ. Ред. Акад. А.А. Кубановой.* – М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2012 – Т.1. – 2012. – с.: ил.
42. Kroshisky D., Glick S.A. Pediatric rosacea// *Dermatol. Ther.* – 2006. – Vol. 19. – P. 196-201.
43. Chamaillard M., Mortemousque B., Boralevi F. et al. Cutaneous and ocular signs of childhood Rosacea// *Arch. Dermatol.* – 2008. – Vol. 144. – P. 167—171.
44. Hong E., Fischer G. Childhood ocular rosacea: Considerations for diagnosis and treatment// *Australas. J. Dermatol.* – 2009. – Vol. 50. – P. 272—275.
45. Zhang H., Liao W., Chao W. et al. Risk factors for sebaceous gland diseases and their relationship to gastrointestinal dysfunction in Han adolescents// *J Dermatol.* – 2008. – Vol. 35. – P. 555-561.
46. Lacz N.L., Schwartz R.A. Rosacea in the pediatric population// *Cutis*. – 2004. – Vol. 74. – P. 99-103.
47. Spoenclin J., Voegel J.J., Jick S.S. et al. A study on the epidemiology of rosacea in the U.K.// *Br J Dermatol.* – 2012. – Vol. 167. –P. 598-605.
48. Kyriakis K.P., Palamaras I., Terzoudi S. et al. Epidemiologic aspects of rosacea// *J Am Acad Dermatol.* – 2005. – Vol. 53. - № 5. – P. 918-919.

49. Самоделкина К.А., Короткий Н.Г., Маяцкая Т. Современные концепции этиологии и патогенеза розацеа // Клиническая дерматология и венерология. - 2012. - №3. - С. 4-8.
50. Reinholz M., Tietze J.K., Kilian K. et al. Rosacea – S1 guideline// J Dtsch Dermatol Ges. – 2013. Vol. 11. - № 8.- P. 768-780.
51. Millikan L. The Proposed Inflammatory Pathophysiology of Rosacea: Implications for Treatment // SKINmed: Dermatology for the Clinician. - 2003. - Vol. 2. - Issue1.- P. 43-47.
52. Адаскевич В.П. Патогенетические факторы, клинические формы и методы терапии розацеа//Вестник ВГМУ. – 2004. - Том 3. - №1. - с. 5-9.
53. Rainer B.M., Fischer A.H., Luz Felipe da Silva D. et al. Rosacea is associated with chronic systemic diseases in a skin severity-dependent manner: results of a case-control study// Journal of the American Academy of Dermatology. – 2015. – Vol.73. - № 4. – P. 604-608.
54. Egeberg A., Weinstock L.B., Thyssen E.P., et al. Rosacea and gastrointestinal disorders – a population-based cohort study // British Journal of Dermatology. - 2017. – Vol. 176. - № 1. – P. 100-106.
55. Rebora A. The red face: Rosacea // Clin Dermatol. – 1993. – Vol. 11: - P. 225-237.
56. Jansen T. Clinical presentations and classification of rosacea// Ann Dermatol Venereol. – 2011. - Vol. 138. - P. 192-200.
57. Aldrich N., Gerstenblith M., Fu P. et al. Genetic vs environmental factors that correlate with rosacea: a cohort-based study with twins // JAMA Dermatology. – 2015. Vol. 151. - № 11. P. 1213-1219.
58. National Rosacea Society: Factors That May Trigger Rosacea Flare-Ups. Available at: <https://www.rosacea.org/patients/materials/triggers.php>
59. National Rosacea Society: Rosacea Triggers Survey. Available at: <https://www.rosacea.org/patients/materials/triggersgraph.php>. [Accessed 29 June 2015].
60. Crawford G. et al. Rosacea: Etiology, pathogenesis, and subtype classification// J Am Acad Dermatol. – 2004. – Vol. 51. P. 327-341.
61. National Rosacea Society: Rosacea Diary Booklet. Available at: <https://www.rosacea.org/patients/materials/diary/diarypage.php>.
62. National Rosacea Society: Tips for Rosacea Trigger-Free Living. Available at: <https://www.rosacea.org/rr/2016/summer/tips-rosacea-trigger-free-living>.
63. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия: межкультур. и междисциплинар. Аспекты на примере 40 историй болезни [Текст]/ Н. Пезешкиан; пер. с нем. Т.В. Куличенко. – М.: Медицина, 1996. – 463с.
64. Puchalski Z. Psychosomatic aspects in patients with alopecia areata, rosacea and lichen ruber planus// Z Hautkr. -1983. – Vol. 58. - № 22. P. 1648-1654.
65. Елисеев Ю. Ю. Психосоматические заболевания// Справочник, 2003. - 257с./liblife.ru.



66. Лалаева А.М., Данилов С.И., Пирятинская В.А., Грибанова Т.В. Современные представления о патогенезе и лечении розацеа// Клин. дерматол. и венерол.- 2003.- 2.- С. 29–34.
67. Смулевич А.Б., Львов А.Н., Дороженок И.Ю., Иванов О.Л. Психодерматология: современное состояние проблемы // Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова. - 2004.-№ 11.-С.4-13
68. Адаскевич В.П. Акне и розацеа.-СПб.,2000-с132.
69. Дороженок И.Ю. Психические расстройства, коморбидные хроническим дерматозам// Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2009. - № 3. С. 18-25.
70. Василенко А.В. Комплексная дифференцированная терапия больных рецидивами розацеа с учетом изменений показателей variability сердечного ритма и изменений психологического статуса//Запорізький медичний журнал.-2015.-№4(91) – С.79-84.
71. Sowińska-Gługiewicz I., Ratajczak-Stefańska V., Maleszka R. Role of psychological factors in course of the rosacea// Roczn Akad Med Białymst. – 2005. Vol. 50. - № 1. – P. 49-53.
72. Раева Т.В. Психические нарушения при хронических кожных заболеваниях у подростков: Автореф. дис. канд. мед.наук. Томск; 1998.
73. National Rosacea Society: Survey Shows Controlling Stress Can Reduce // Flare-Up Frequency. Rosacea Review. - Fall 2011. Available at: [https://www.rosacea.org/rr/2011/fall/article\\_3.php](https://www.rosacea.org/rr/2011/fall/article_3.php).
74. Бройтигам В. Психосоматическая медицина [Текст]: пер. с нем./Бройтигам В.Крастиан П., Рад М. – М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. – 373 с.
75. Wilkin J.K. Rosacea: pathophysiology and treatment// Arch Dermatol. – 1994. Vol. 130. – P. 359-362.
76. Wilkin J., Dahl M., Detmar M. et al. Standard classification of rosacea: Report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea// J Am Acad Dermatol. – 2002. - Vol. 46, №4 – P. 384-387.
77. Abram K., Silm H., Oona M. Prevalence of rosacea in an Estonian working population using a standart classification// Acta Derm Venereol. – 2010. – Vol. 90. - № 3. – P. 269-273.
78. Böhm D., Schwanitz P., Stock Gissendanner S., Schmid-Ott G., Schulz W. Symptom severity and psychological sequelae in rosacea: results of a survey// Psychol Health Med. – 2014. Vol. 19. - № 5. P. 586-591.
79. Lazaridou E., Fotiadou C., Ziakas N.G. et al. Clinical and Laboratory study of ocular rosacea in northern Greece// J Eur Acad Dermatology Venereol. – 2011. – Vol. 25. – P. 1428-1431.
80. Pereira T.M., Vieira A.P., Basto A.S. Rosacea with extensive extrafacial lesions// Int J Dermatol. – 2008. – Vol. 47. – P. 52-55.
81. Wilkin J.K. Epigastric rosacea// Arch Dermatol. – 1980. – Vol. 116. – P. 584.

82. Wilkin J., Dahl M., Detmar M. et al. Standard grading system for rosacea: Report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea// JAm Acad Dermatol. - JUNE 2004. – P. 907-912.
83. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 992с.
84. Drummond P.D., Su D. Blushing in rosacea sufferers// J Psychosom Res. – 2012. – Vol. 72. - № 2. –P. 153-158.
85. Su D., Drummond P.D. Blushing propensity and psychological distress in people with rosacea // Clin Psychol Psychother. – 2012/ - Vol. 19. - № 6. – P. 488-495.
86. Kurd S.K., Troxel A.B., Crits-Christoph P., Gelfand J.M. The risk of depression, anxiety, and suicidality in patients with psoriasis: a population-based cohort study // Arch Dermatol. – 2010. – Vol. 146. - № 8. – P. 891-895.
87. Sampogna F. et al. Living with psoriasis: prevalence of shame, anger, worry, and problems in daily activities and social life // Acta Derm Venereol. – 2012. – Vol. 92. - № 3. – P. 299-303.
88. Cotterill J.A. Dermatologic nondisease // Dermatol Clin. – 1996. – Vol. 14. - № 3. – P. 439-445.
89. Cotterill J.A., Cunliffe W.J. Suicide in dermatological patients // Br J Dermatol. – 1997. – Vol. 137. – P. 246-250.
90. Cermak T. Psyche and skin (author's transl)// Wien Klin Wochenschr. – 1980. – Vol. 92. - № 18. – P. 641-650.
91. Shenefelt P.D. Psychological interventions in the management of common skin conditions // Psychol Res Behav Manag. – 2010. – Vol. 3. P. 51-63.
92. Orion E., Wolf R. Psychological factors in the development of facial dermatoses // Clin Dermatol. – 2014. Vol. 32. - № 6. – P. 763-766.
93. Лусс Л. Роль психосоматических расстройств при атопическом дерматите. Возможности коррекции [Текст]/ Л.Лусс// Доктор. Ру. Сер.: Аллергология. Дерматология. – 2010. - №2(53). – С. 55-59.
94. Bewley A., Affleck A., Bundy C. Working party report on minimum standards for psycho-dermatology services // November 2012. <http://www.bad.org.uk/shared/get-file.ashx?itemtype=document&id=1622>
95. National Rosacea Society: Emotional toll of facial redness equal to bumps, pimples: survey // Rosacea Review. - Fall 2013. [www.rosacea.org/rr/2013/fall/article\\_3.php](http://www.rosacea.org/rr/2013/fall/article_3.php). [Accessed April 10, 2014].
96. Moustafa F., Lewallen R.S., Feldman S.R. The psychological impact of rosacea and the influence of current management option // J Am Acad Dermatol. – 2014. – Vol. 71. - № 5. – P. 973-980.
97. Дороженок И.Ю. Психодерматология (психосоматические аспекты хронических дерматозов). Обзор литературы. Часть 2 // Психические расстройства в общей медицине. – 2008. - №3. – с. 50-59.
98. Cohen C.G, Krahn L., Wise T.N., Epstein S., Ross R. Delusions of disfigurement in a woman with acne rosacea // Gen Hosp Psychiatry. – 1991. – Vol. 13. - № 4. – P. 273-277.

99. Gupta M.A., Schork N.J., Gupta A.K. et al. Suicidal ideation in psoriasis // *Int J Dermatol.* – 1993. – Vol. 32. – P. 188-190.
100. Cotterill J.A. Body dysmorphic disorder // *Dermatol Clin.* – 1996. Vol. 14. - № 3. – P. 457-463.
101. Обгольц И. А. Клинические, психоэмоциональные и терапевтические аспекты розацеа, ассоциированной с кандидозной инфекцией// Новосибирск, 2009 г.
102. Gupta M.A., Gupta A.K., Chen S.J., Johnson A.M. Comorbidity of rosacea and depression: an analysis of the National Ambulatory Medical Care Survey and National Hospital Ambulatory Care Survey - Outpatient Department data collected by the U.S. National Center for Health Statistics from 1995 to 2002 // *Br J Dermatol.* – 2005. – Vol. 53. - № 6. – P. 1176-1181.
103. Давыдова А. В., Бакулев А. Л. Исследование личностных особенностей пациентов с розацеа // *Saratov Journal of Medical Scientific Research.* - 2014. - Vol. 10, № 3. – С. 560-564.
104. Обгольц А., Немчанинова О.Б. Дифференцированный подход к лечению розацеа//*Klin Dermatol Venerol.* – 2009. - № 3. – С. 38-40.
105. Spoenclin J., Bichsel F., Voegel J.J., Jick S.S., Meier C.R. The association between psychiatric diseases, psychotropic drugs and the risk of incident rosacea // *Br J Dermatol.* – 2014. – Vol. 170. - № 4. – P. 878-883.
106. Mostaghimi L. Prevalence of mood and sleep problems in chronic skin diseases: A pilot study // *Cutis.* – 2008. – Vol. 81. - № 5. – P. 398-402.
107. Gupta M.A. Commentary: psychodermatology // *Clin Dermatol.* – 2013. – Vol. 31. - № 1. – P. 1-2.
108. National Rosacea society: Rosacea Awareness Spotlights Social Impact, Warning Signs. Available at: [http://www.rosacea.org/rr/2013/spring/article\\_1.php](http://www.rosacea.org/rr/2013/spring/article_1.php) [Accessed Spring, 2013].
109. Ковалёва Л.Н., Хрущ В.И. Особенности психологического статуса у больных экземой и атопическим дерматитом в Южном регионе Украины // *Український журнал дерматології, венерології, косметології.* – ЧЕРВЕНЬ, 2006. - № 2. – С. 13-17.
110. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие/В.Д. Менделевич. – 5-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 432 с.
111. Вассерман Л.И., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни: Пособие для врачей. Санкт-Петербург, 2005. - С.33.
112. Столяренко Л.Д. Основы психологии: учебное пособие/ Л.Д. Столяренко. – Изд. 21-е. – Ростов н/Д: Феникс, 2008. – 671, [1] с/ - (Высшее образование).
113. Столяренко Л.Д., Самыгин С.И. Психология личности Л.Д. Столяренко, С.И. Самыгин. – Изд. 2-е. – Ростов н/Д: Феникс, 2011. – 575 с. – (Высшее образование).

114. Смулевич А.Б., Дороженко И.Ю., Иванов О.Л., Львов А.Н. Проблемы психодерматологии: современные аспекты//2009. - [https://www.rlsnet.ru/articles\\_405.htm](https://www.rlsnet.ru/articles_405.htm).
115. Машкиллейсон А.Л. Лечение кожных болезней. М., 1990. – 560 с.
116. Fried R.G. Nonpharmacologic treatments in psychodermatology // *Dermatol Clin.* – 2002. – Vol. 20. - № 1. – P. 177-85.
117. Поддубная Т.В. Обзор зарубежных исследований посвященных различным аспектам психодерматологии (2010-2013) // *Современная зарубежная психология.* – 2014. - № 1. – С. 58-67.
118. Arash Kimyai-Asadi. The Role of Psychological Stress in Skin Disease // *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery Incorporating Medical and Surgical Dermatology / Arash Kimyai-Asadi, Adil Usman // Cutan. Med. Surg.* - 2001. - P. 140 – 145.
119. Fried R.G., Hussain S.H. Nonpharmacologic management of common skin and psychocutaneous disorders // *Dermatol Ther.* – 2008. – Vol. 21. - № 1. – P. 60-8.
120. Fan Y., Tang Y.Y., Posner M.I. Cortisol level modulated by integrative meditation in a dose-dependent fashion // *Stress Health.* – 2014. – Vol. 30. - № 1. – P. 65–70.
121. Rabin B.S. Stressor-induced alteration of health across the life span: There is more to it than immunology // *Clin Appl Immunol Rev.* – 2005. – Vol. 2. – P. 207–224.
122. Karger S. *Dermatology Psychosomatics / S. Karger // Freiburg Accessible online GmbH [Electronic resource].* – 2001. – Mode of access: <http://www.karger.com/journals/dps.-> Date of access: 07.11.2008.
123. Shut C. et al. Psychological effects of stress management in patients with atopic dermatitis: a randomized controlled trail [Text]/ Schut C. [et al.]// *Acta. Derm. Venerol.* – 2013. – Vol.93 (1). – P. 57-61.
124. National Rosacea Society: Coping With Rosacea. Tips on Lifestyle Management for Rosacea Sufferers. <https://www.rosacea.org/patients/materials/coping/tripwires.php>
125. National Rosacea Society: Stress Management Can Play Key Role in Rosacea Control. *Rosacea Review.* Issue: Winter 2017 <https://www.rosacea.org/rr/stress-management-can-play-key-role-rosacea-control>
126. National Rosacea Society: Stress Management Relieves Unsightly Facial Disorder *Rosacea Review.* Issue: November, 2001/ <https://www.rosacea.org/press/archive/20011101.php>
127. Elewski B.E. Draelos Z., Dréno B. et al. Rosacea — global diversity and optimized outcome: proposed international consensus from the Rosacea International Expert Group // *J Eur Acad Dermatol Venereol.* – 2011. – Vol. 25 (2). - P. 188—200.
128. Mills O.H., Rizer R.L., Fried R.G. et al. Rosacea: Alternative approaches to research and therapy // *Clin Pharmacol Ther.* – 2003. – Vol. 73 (2). – P. 4.
129. Jaworek A.K., Wojas-Pelc A, Pastuszczyk M. Aggravating factors of rosacea // *Przegl Lek.* – 2008. – Vol. 65(4). – P. 180-183.

130. Wolf J.E. Medication adherence: a key factor in effective management of rosacea // *Adv Ther.* – 2001. – Vol.18. - Issue 6. – P. 272-281.
131. National Rosacea Society: Managing rosacea: Lifestyle Management/<http://www.rosacea.org/patients/materials/managing/lifestyle.php>. Accessed December 19, 2014.
132. Odom R., Dahl M., Dover J., et al. Standard management options for rosacea, part 1: overview and broad spectrum of care // *Cutis.* – 2009. – Vol. 84(1). – P. 43–47.
133. Veerkamp P., Mousdicas N., Bednarek R. Rosacea Fulminans Precipitated by Acute Stress: A Case Report Describing an Integrative Approach for a Patient Reluctant to Use Isotretinoin // *Integr Med (Encinitas).* – 2016. – Vol. 15(6). – P. 32-35.
134. Chalmers D.A. Rosacea: recognition and management for the primary care provider // *Nurse Pract.* – 1997. – Vol. 22. – P. 23-28.
135. Berman B. Rosacea as an inflammatory disease: an expert interview with Brian Berman, MD, PhD. Medscape Web site. <http://www.medscape.org/viewarticle/722156>. Published May 27, 2010. [Accessed December 11, 2014].
136. Dreno B., Thiboutot D., Gollnick H. et al. Large-scale worldwide observational study of adherence with acne therapy // *Int J Dermatol.* – 2010. – Vol. 49. – P. 448—456.
137. Elewski B.E. Results of a national rosacea patient survey: common issues that concern rosacea sufferers // *J Drugs Dermatol.* – 2009. – Vol. 8. – P. 120-123.
138. National Rosacea Society: If you have rosacea, you're not alone /<http://www.rosacea.org/patients/index.php> [Accessed December 19, 2014].
139. National Rosacea Society: Tools for the professional/<http://www.rosacea.org/physicians/index.php> [Accessed December 19, 2014].
140. Chavigny J. M., Adiceom F., Bernier C. et al. Assessment of an education program in an «Atopic School»: Pilot Study in 40 patients // *Ann. Dermatol. Venereol.* – 2002. – Vol. 129. – P. 1003-1007.
141. Gieler U., Schmid-Ott G. Atopic Eczema School - a New and Successful Patient Management Program//*Dermatol. Psychosom.* -2004. – Vol. 5. – P. 114-116.
142. Иванов О. и др. Школа для больных атопическим дерматитом: новая реабилитационная программа // *Врач.* - 2007. - №2. - С.56-58.
143. Нимайер Ф. Образовательные программы в дерматологии: данные доказательных исследований при атопическом дерматите и псориазе/ Ф. Нимайер, Й. Купфер, У. Гилер// *Российский журнал кожных и венерических болезней.* – 2008 - №1- С. 11-21.
144. Современные подходы к организации специализированной помощи детям, больным хроническими дерматозами/ Н.В. Кунгуров, Н.П. Торопова, Ю.В. Кениксфест, М.М. Кохан, [и др.]. – Крган: Изд-во «Зауралье», 2009. – 212 с.

145. Думченко В.В., Садирова Э.К. Первый опыт работы школы здоровья для пациентов с инфекциями, передаваемыми половым путем // Вестник Дерматологии и Венерологии. - 2012. - №3. – С.77-79.
146. Калюжная Л.Д. Разнообразие топической терапии атопического дерматита как фактор преодоления кортикофобии//Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. - 2014. -№8(77). – С.19-23.
147. Евдокимов Е.Л. Качество жизни и школа для детей с хроническими дерматозами // Вторая белорусско-польская конференция: дерматология без границ: сборник материалов Республиканской научно-практической конференции с международным участием / отв. ред. Д.Ф. Хворик. – Гродно : ГрГМУ, 2015. – с. 232.
148. Schnapp C., Groer W., Ring J. The patient education eczema school in the management of atopic eczema // JEADV.— 2003.— Vol. 17 (3).— P. 63.
149. Rosenbaum, M., & Berger, M.M.(1975). Group psychotherapy and group function (Rev. ed.). New York: Basic Books.
150. Терлецкий О. В. «Школа здоровья» больного хроническими кожными заболеваниями (псориазом, экземой, атопическим дерматитом, розацеа, периоральным дерматитом и др.) // [terletsky.ru/shcola\\_zdorovia\\_bolnogo\\_chronicheskimy\\_kojnimy\\_zabolevaniamy.htm](http://terletsky.ru/shcola_zdorovia_bolnogo_chronicheskimy_kojnimy_zabolevaniamy.htm)
151. Школа здоровья кожи // <https://www.med74.ru/newsprint9254.html>
152. Адашкевич В.П. Диагностические индексы в дерматологии М.: Мед. книга; 2004. – с. 164.
153. Zigmond AS, Snaith RP: The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) // Acta Psychiatr Scand. – 1983. – Vol. 67(6). – P. 361-370.
154. Goldgar C., Keahey D. J., Houchins J. Treatment Options for Acne Rosacea // Am Fam Physician. – 2009. – Vol. 80(5). – P. 461-468.
155. Del Rosso J.Q., Thiboutot D., Gallo R., et al. Consensus recommendations from the American Acne & Rosacea Society on the management of rosacea, part 1: a status report on the disease state, general measures, and adjunctive skin care // *Cutis*. – 2013. – Vol. 92(5). – P. 234–240.
156. Del Rosso J.Q., Thiboutot D., Gallo R., et al. Consensus recommendations from the American Acne & Rosacea Society on the management of rosacea, part 2: a status report on topical agents // *Cutis*. – 2013. – Vol. 92. – P. 277-284.
157. Del Rosso J.Q., Thiboutot D., Gallo R., et al. Consensus recommendations from the American Acne & Rosacea Society on the management of rosacea, part 3: a status report on systemic therapies // *Cutis*. – 2014. – Vol. 93. – P. 18-28.
158. Del Rosso J.Q., Thiboutot D., Gallo R., et al. Consensus recommendations from the American Acne & Rosacea Society on the management of rosacea, part 3: a status report on physical modalities and devices // *Cutis*. – 2014. – Vol. 93. – P. 71-76.
159. Del Rosso J.Q. The role of skin care and maintaining proper barrier function in the management of rosacea // *Cosmet Dermatol*. – 2007. – Vol. 20(8). – P. 485–490.

160. Levin J., Miller R. A guide to the ingredients and potential benefits of over-the-counter cleansers and moisturizers for rosacea patients // *J Clin Aesthet Dermatol.* – 2011. – Vol. 4(8). – P. 31–49.
161. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского Психотерапевтическая энциклопедия // 3-е изд. — СПб.: Питер. — 2006. — С. 944.
162. Дудьев В. П. Психомоторика: словарь-справочник. — Москва: Владос. — 2008. — 366 с.
163. Клиническая психология. Словарь / Под ред. Н. Д. Твороговой. (Психологический лексикон. Энциклопедический словарь: в 6 т. / Ред.-сост. Л. А. Карпенко. Под общ. ред. А. В. Петровского; т. 5).— М.: ПЕР СЭ.— 2006. — С. 237.
164. Головин С.Ю. (сост.). Словарь практического психолога. — Харвест, 1998. — С.660.
165. Метафорические ассоциативные карты: начало пути. Авторские статьи. ОН-studio. Минск, 2010. – с. 68.
166. Методы арт-терапии при работе с людьми, пережившими психотравмирующее событие, Светлана Толстая; Центр доролнительного психологического образования Psy-Студия Libertas-Свобода.- Chişinău: CEP USM, 2016. – 214с.
167. Моница Г.Б., Тренинг «Ресурсы стрессоустойчивости». – СПб.: Речь, 2009. – 250с.
168. Вознесенская Т.Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция/ Ожирение и метаболизм, 2004. – №2. – с. 2-6.
169. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. – СПб: Изд-во НИПНИ им. Бехтерева, 2000.
170. Александр Ф. Психосоматическая медицина: принципы и практ. применение [Текст]/ Франц Александр; [пер. с англ. С. Могилевского]. – М.: ЭКСМО – пресс, 2002. -350 с.

## Приложение А

### Анкета

Часть 1 (для заполнения врачом)

1. Ф.И.О.:

2. Дата:

3. Диагноз:

4. Наличие Demodex Folluculorum:

Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

5. Длительность заболевания:

до года \_\_\_\_\_

1-5 лет \_\_\_\_\_

5-10 лет \_\_\_\_\_

Более 10 лет \_\_\_\_\_

6. Количество обострений заболевания:

1 раз в 6 месяцев и менее \_\_\_\_\_

1 раз в 3-4 месяца \_\_\_\_\_

1 раз в 2 месяца \_\_\_\_\_

1 раз в месяц и более \_\_\_\_\_

7. Продолжительность обострений заболевания:

До 1 месяца \_\_\_\_\_

1 месяц \_\_\_\_\_

Более 1 месяца \_\_\_\_\_

8. Количество высыпаний при обострении заболевания:

Единичные \_\_\_\_\_

Умеренные \_\_\_\_\_

Множественные \_\_\_\_\_

9. Наследственность: наличие установленного заболевания розацеа или наличие проявлений данного заболевания или склонность к покраснениям у близких родственников

Да \_\_\_\_: По линии отца \_\_\_\_ По линии матери \_\_\_\_ По обеим линиям \_\_\_\_

Нет \_\_\_\_

10. Сопутствующая патология (указать диагноз):

Заболевания органов ЖКТ \_\_\_\_\_

Заболевания органов ССС \_\_\_\_\_

Заболевания органов дыхания \_\_\_\_\_

Заболевания нервной системы \_\_\_\_\_

Эндокринные нарушения \_\_\_\_\_

Заболевания органов мочеполовой системы \_\_\_\_\_

Инфекционные заболевания \_\_\_\_\_

Другое \_\_\_\_\_

11. Полученное лечение:

Не получал лечение \_\_\_\_\_

Лечение у дерматолога \_\_\_\_\_



Лечение у косметолога \_\_\_\_\_

Самолечение: \_\_\_\_\_

на основании ранее полученных рекомендаций дерматолога \_\_\_\_\_

длительная местная гормональная терапия \_\_\_\_\_

Лечение нетрадиционными методами (знахари, целители и др.) \_\_\_\_\_

Другое \_\_\_\_\_

12. Использование защитных средств (медицинская маска, шарф, закрывание волосами и т.п.)

Да (указать) \_\_\_\_\_

Нет \_\_\_\_\_

Часть 2 (для заполнения пациентом)

1. Ф.И.О.: \_\_\_\_\_

2. Полных лет: \_\_\_\_\_

3. Знаете ли Вы какие основные факторы, которые могут вызвать обострение розацеа?

Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

4. Испытывали ли Вы стресс до начала заболевания?

Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

5. Связываете ли Вы начало своего заболевания со стрессом (эмоциональным напряжением, эмоциональным переживанием)?

Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

6. Связываете ли Вы обострение своего заболевания со стрессом (эмоциональным напряжением, эмоциональным переживанием)?

Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

7. Что, по Вашему мнению, является причиной стресса, вызвавшего возникновение или обострение Вашего заболевания?

Смерть близкого человека

Проблемы на работе (учебе)

Семейные проблемы

Финансовые проблемы

Смена места жительства

Проблемы со здоровьем

Внутриличностный конфликт (например, заниженная самооценка, неуверенность, сомнения, психоэмоциональное напряжение, негативные эмоциональные переживания, снижение деятельности)

Другое \_\_\_\_\_

8. Укажите, что из нижеперечисленного вызывает обострение Вашего заболевания?

эмоции (гнев, тревога, волнение, смущение) \_\_\_\_\_

погода (солнце, жара, ветер, мороз, влажность) \_\_\_\_\_

продукты питания и напитки (алкоголь, горячие напитки, острая пища, сладости, шоколад, конфеты, мед, жирное и др.) \_\_\_\_\_

температурный фактор (горячие ванны, сауна, баня, работа в условиях высоких или низких температурных режимов) \_\_\_\_\_

физические нагрузки \_\_\_\_  
нарушения сна \_\_\_\_  
обострение сопутствующего заболевания \_\_\_\_  
лекарственные препараты \_\_\_\_  
раздражающие вещества (косметические средства, лакокрасочные и др.) \_\_\_\_  
Другое \_\_\_\_\_

9. Избегаете ли Вы факторов, обостряющие Ваше заболевание?

Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

10. Какое чувство Вы испытываете в связи со своим заболеванием?

Неуверенность \_\_\_\_ Низкая самооценка \_\_\_\_ Смушение \_\_\_\_

Разочарование \_\_\_\_ Беспомощность \_\_\_\_ Вина \_\_\_\_

Гнев \_\_\_\_ Чувство изоляции \_\_\_\_

Страх \_\_\_\_ Волнение \_\_\_\_

Горе \_\_\_\_ Нерешительность \_\_\_\_

11. Влияет ли Ваше заболевание на вашу жизнь?

Да (укажите, как) \_\_\_\_\_

Нет \_\_\_\_

12. В связи с обострением Вашего заболевания приходится (-лось) ли Вам избегать каких-либо действий (деловых встреч, свиданий, посещение различных мероприятий, походов в общественные места, избегание каких-либо ежедневных действий и т.п.)?

Да (укажите) \_\_\_\_\_

Нет \_\_\_\_

13. Влияет ли Ваше заболевание на сон?

Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

14. Используете ли Вы лечебную косметику в уходе за Вашей кожей вне обострений?

Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

15. Получаете ли Вы косметологические процедуры в период стихания и/или после обострения?

Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

## Приложение Б

### Шкала диагностической оценки розацеа (ШДОР)

1. Папулы/пустулы	Баллы
Папул и пустул менее 10	0
Папул и пустул от 11 до 20	1
Папул и пустул 21-30	2
Папул и пустул более 30	3
<b>2. Эритема</b>	
Ощутимой эритемы нет	0
Слабая (легкая эритема) с ограниченным поражением в центре, либо генерализованная по всему лицу	1
Умеренно выраженная эритема либо с ограниченным поражением в центре, либо генерализованная по всему лицу	2
Тяжелая (сильная) эритема или фиолетово-красный цвет с ограниченным поражением в центре, либо генерализованная по всему лицу	3
<b>3. Телеангиэктазия</b>	
Отсутствует	0
Слабая, тонкие сосуды менее 0,2 мм в диаметре, занимающие менее 10% лица	1
Умеренная, несколько тонких сосудов и/или несколько более крупных диаметров более 0,2 мм, занимающих от 10% до 30% лица	2
Много мелких сосудов и/или крупных сосудов, занимающих более 30%	3
<b>4. Сухость кожи</b>	
Отсутствует	0
Слабая	1
Умеренная с незначительным шелушением	2
Сильная с выраженным шелушением и дерматитом	3
<b>5. Жжение или покалывание кожи</b>	
Отсутствует	0
Слабое	1
Умеренное	2
Сильное	3
<b>6. Отек лица</b>	
Отсутствует	0
Слабый	1
Умеренный, мягкий	2
Сильный, персистирующий	3
<b>7. Офтальморозацеа</b>	
Нет	0
Нерезко выраженная гиперемия конъюнктивы; ощущение жжения, зуда, инородного тела	1
Конъюнктивит, гиперемия периорбитальной области, фоточувствительность (боязнь света)	2
Кератит; язва роговицы; перикорнеальная инъекция сосудов склеры; халазион	3
<b>ИТОГО:</b>	

## Приложение В

ФИО \_\_\_\_\_

Каждому утверждению соответствует 4 варианта ответа. Выберите тот из ответов, который соответствует Вашему состоянию, а затем просуммируйте баллы в каждой части.

Часть I (трев)		Часть II (депр)	
1	1. Я испытываю напряжение, мне не по себе 3 - всё время 2 - часто 1 - время от времени, иногда 0 - совсем не испытываю	1	1. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня то же чувство 0 - определённо, это так 1 - наверное, это так 2 - лишь в очень малой степени, это так 3 - это совсем не так
2	2. Я испытываю страх, кажется, что что-то ужасное может вот-вот случиться  3 - определённо это так, и страх очень велик 2 - да, это так, но страх не очень велик 1 - иногда, но это меня не беспокоит 0 - совсем не испытываю	2	2. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное  0 - определённо, это так 1 - наверное, это так 2 - лишь в очень малой степени, это так 3 - совсем не способен
3	3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове 3 - постоянно 2 - большую часть времени 1 - время от времени и не так часто 0 - только иногда	3	3. Я испытываю бодрость  3 - совсем не испытываю 2 - очень редко 1 - иногда 0 - практически всё время
4	4. Я легко могу присесть и расслабиться  0 - определённо, это так 1 - наверно, это так 2 - лишь изредка, это так 3 - совсем не могу	4	4. Мне кажется, что я стал всё делать очень медленно 3 - практически всё время 2 - часто 1 - иногда 0 - совсем нет
5	5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь  0 - совсем не испытываю 1 - иногда 2 - часто 3 - очень часто	5	5. Я не слежу за своей внешностью  3 - определённо, это так 2 - я не уделяю этому столько времени, сколько нужно 1 - может быть, я стал меньше уделять этому времени 0 - я слежу за собой так же, как и раньше
6	6. Я испытываю неусидчивость, мне постоянно нужно двигаться  3 - определённо, это так 2 - наверно, это так 1 - лишь в некоторой степени, это так	6	6. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения  0 - точно так же, как и обычно 1 - да, но не в той степени, как раньше

	0 - совсем не испытываю		2 - значительно меньше, чем обычно 3 - совсем так не считаю
7	7. У меня бывает внезапное чувство паники  3 - очень часто 2 - довольно часто 1 - не так уж часто 0 - совсем не бывает	7	7. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы 0 - часто 1 – иногда 2 - редко 3 - очень редко

## Приложение Г

### Текст опросника ТООБЛ

1. Самочувствие	
С тех пор как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие	1
Я почти всегда чувствую себя бодрым и полным сил	2
Дурное самочувствие я стараюсь перебороть	3
Плохое самочувствие я стараюсь не показывать другим	4
У меня почти всегда что-нибудь болит	5
Плохое самочувствие у меня возникает после огорчений	6
Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей	7
Я стараюсь терпеливо переносить боль и физические страдания	8
Мое самочувствие вполне удовлетворительно	9
С тех пор как я заболел, у меня бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности и чувством тоски	10
Мое самочувствие очень зависит от того, как ко мне относятся окружающие	11
Ни одно из определений мне не подходит	12
2. Настроение	
Как правило, настроение у меня очень хорошее	1
Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным	2
У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в будущем	3
Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти	4
Из-за болезни у меня почти всегда плохое настроение	5
Мое плохое настроение зависит от плохого самочувствия	6
У меня стало совершенно безразличное настроение	7
У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим	8
У меня не бывает уныния и грусти, но может быть ожесточенность и гнев	9
Малейшие неприятности сильно огорчают меня	10
Из-за болезни у меня все время тревожное настроение	11
Ни одно из определений мне не подходит	12
3. Сон и пробуждение ото сна	
Проснувшись, я сразу заставляю себя встать	1
Утро для меня – самое тяжелое время суток	2
Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть	3
Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем	4
Я сплю мало, но встаю бодрым. Сны вижу редко	5
С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером	6
У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают мучительно-тоскливые сновидения	7
Утром я встаю бодрым и энергичным	8
Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать	9
По ночам у меня бывают приступы страха	10
С утра я чувствую полное безразличие ко всему	11
По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни	12
Во сне мне видятся всякие болезни	13
Ни одно из определений мне не подходит	14
4. Appetit и отношение к еде	
Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях	1
У меня хороший аппетит	2

У меня плохой аппетит	3
Я люблю сытно поесть	4
Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде	5
Мне легко можно испортить аппетит	6
Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее доброкачественность	7
Еда меня интересует, прежде всего, как средство поддержать здоровье	8
Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал	9
Еда не доставляет мне никакого удовольствия	10
Ни одно из определений мне не подходит	11
5. Отношение к болезни	
Моя болезнь меня пугает	1
Я так устал от болезни, что мне безразлично, что со мной будет	2
Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью	3
Моя болезнь больше всего угнетает меня тем, что люди стали сторониться меня	4
Без конца думаю о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью	5
Я думаю, что моя болезнь неизлечима и ничего хорошего меня не ждет	6
Считаю, что моя болезнь запущена из-за невнимания и неумения врачей	7
Считаю, что опасность моей болезни врачи преувеличивают	8
Стараюсь перебороть болезнь, работать как прежде и даже еще больше	9
Я чувствую, что моя болезнь гораздо тяжелее, чем это могут определить врачи	10
Я здоров, и болезни меня не беспокоят	11
Моя болезнь протекает совершенно необычно – не так, как у других, и поэтому требует особого внимания	12
Моя болезнь меня раздражает, делает нетерпеливым, вспыльчивым	13
Я знаю по чьей вине я заболел и не прощу этого никогда	14
Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни	15
Ни одно из определений мне не подходит	16
6. Отношение к лечению	
Избегаю всякого лечения – надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать	1
Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением	2
Я был бы готов на самое мучительное и даже опасное лечение только бы избавиться от болезни	3
Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным	4
Я ищу новые способы лечения, но, к сожалению, во всех них постоянно разочаровываюсь	5
Считаю, что мне назначают много ненужных лекарств и процедур, уговаривают меня на никчемную операцию	6
Всякие новые лекарства, процедуры и операции вызывают у меня бесконечные мысли об осложнениях и опасностях, с ними связанных	7
Лекарства и процедуры нередко оказывают на меня такое необычное действие, что это изумляет врачей	8
Считаю, что среди применяющихся способов лечения есть настолько вредные, что их следовало бы запретить	9
Считаю, что меня лечат неправильно	10
Я ни в каком лечении не нуждаюсь	11
Мне надоело бесконечное лечение, хочу, чтобы меня только оставили в покое	12
Я избегаю говорить о лечении с другими людьми	13
Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не дает улучшения	14
Ни одно из определений мне не подходит	15

7. Отношение к врачам и медперсоналу	
Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному	1
Я хотел бы лечиться у такого врача, у которого большая известность	2
Считаю, что я заболел, прежде всего, по вине врачей	3
Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат	4
Мне все равно, кто и как меня лечит	5
Я часто беспокоюсь о том, что не сказал врачу что-либо важное, что может повлиять на успех лечения	6
Врачи и медперсонал нередко вызывают у меня неприязнь	7
Я обращаюсь то к одному, то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения	8
С большим уважением я отношусь к медицинской профессии	9
Я не раз убеждался, что врачи и персонал невнимательны и недобросовестно исполняют свои обязанности	10
Я бываю нетерпеливым и раздражительным с врачами и медперсоналом и потом сожалею об этом	11
Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь	12
Считаю, что врачи и медперсонал попусту тратят на меня время	13
Ни одно из определений мне не подходит	14
8. Отношение к родным и близким	
Я настолько поглощен мыслями о моей болезни, что дела близких перестали волновать меня	1
Я стараюсь родным и близким не показывать виду, что я болен, чтобы не омрачать им настроения	2
Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжело больного	3
Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих близких ждут трудности и невзгоды	4
Мои родные не хотят понять тяжесть моей болезни и не сочувствуют моим страданиям	5
Близкие не считаются с моей болезнью и хотят жить в свое удовольствие	6
Я стесняюсь своей болезни даже перед близкими	7
Из-за болезни я утратил всякий интерес к делам и волнениям близких и родных	8
Из-за болезни я стал в тягость близким	9
Здоровый вид и беззаботная жизнь близких вызывает у меня неприязнь	10
Я считаю, что заболел из-за моих родных	11
Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из-за моей болезни	12
Ни одно из определений мне не подходит	13
9. Отношение к работе (учебе)	
Болезнь делает меня никуда не годным работником (неспособным учиться)	1
Я боюсь, что из-за болезни я лишусь хорошей работы (придется уйти из хорошего учебного заведения)	2
Моя работа (учеба) стала для меня совершенно безразличной.	3
Из-за болезни мне теперь стало не до работы (не до учебы)	4
Все время беспокоюсь, что из-за болезни могу допустить оплошность на работе(не справиться с учебой)	5
Считаю, что заболел из-за того, что работа (учеба) причинила вред моему здоровью	6
На работе (по месту учебы) совершенно не считаются с моей болезнью и даже придираются ко мне	7
Не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе)	8
Я стараюсь, чтобы на работе (по месту учебы) поменьше знали и говорили о моей болезни	9



Я считаю, что несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учебу)	10
Болезнь сделала меня неусидчивым и нетерпеливым на работе (в учебе)	11
На работе (за учебой) я стараюсь забыть о своей болезни	12
Все удивляются и восхищаются тем, как я успешно работаю (учусь), несмотря на болезнь	13
Мое здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу	14
Ни одно из определений мне не подходит	15
10. Отношение к окружающим	
Мне теперь все равно, кто меня окружает, и кто около меня	1
Мне хочется, чтобы окружающие только оставили меня в покое	2
Здоровый вид и жизнерадостность окружающих вызывают у меня раздражение	3
Я стараюсь, чтобы окружающие не замечали моей болезни	4
Мое здоровье не мешает мне общаться с окружающими, сколько мне хочется	5
Мне бы хотелось, чтобы окружающие на себе испытали, как тяжело болеть	6
Мне кажется, что окружающие сторонятся меня из-за моей болезни	7
Окружающие не понимают моей болезни и моих страданий	8
Моя болезнь и то, как я ее переношу, удивляет и поражает окружающих	9
С окружающими я стараюсь не говорить о моей болезни	10
Мое окружение довело меня до болезни, и я этого не прошу	11
Общение с людьми теперь стало мне быстро надоедать и даже раздражать меня	12
Моя болезнь не мешает мне иметь друзей	13
Ни одно из определений мне не подходит	14
11. Отношение к одиночеству	
Предпочитаю одиночество, потому что одному мне становится лучше	1
Я чувствую, что болезнь обрекает меня на полное одиночество	2
В одиночестве я стремлюсь найти какую-нибудь интересную или нужную работу	3
В одиночестве меня начинают особенно преследовать нерадостные мысли о болезни, осложнениях, предстоящих страданиях	4
Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди стали меня сильно раздражать	5
Стесняясь болезни, я стараюсь отдалиться от людей, а в одиночестве скучаю по людям	6
Избегаю одиночества, чтобы не думать о своей болезни	7
Мне стало все равно, что быть среди людей, что оставаться в одиночестве	8
Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения	9
Я боюсь оставаться в одиночестве из-за опасений, связанных с болезнью	10
Ни одно из определений мне не подходит	11
12. Отношение к будущему	
Болезнь делает мое будущее печальным и унылым	1
Мое здоровье пока не дает никаких оснований беспокоиться за будущее	2
Я всегда надеюсь на счастливое будущее, даже в самых отчаянных положениях	3
Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем	4
Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем	5
Свое будущее я целиком связываю с успехом в моей работе (учебе)	6
Мне стало безразлично, что станет со мной в будущем	7
Из-за моей болезни я в постоянной тревоге за свое будущее	8
Я уверен, что в будущем вскроются ошибки и халатность тех, из-за кого я заболел	9
Когда я думаю о своем будущем, меня охватывает тоска и раздражение на других людей	10
Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее	11
Ни одно из определений мне не подходит	12

## Приложение Д

### Диагностический код опросника ТОБОЛ

I тем а	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
1				4	5	3	4	3		3	3	
2			4									
3	4	5										
4	4	4							4			
5			*		5							
6						4						
7				4								
8	4	4										
9			4									
10						4					3	5
11									4	4	3	
12								3				

II тем а	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
1			4									
2						5						4
3				4					4			
4	4	4	4									
5			*		4		5			3		
6	2				4	4				3		
7		*						5				
8												5
9	*										3	4
10						4			4			
11	*			5								

III Те ма	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
1	3	4										
2							4					3
3						4			4	3	3	
4						4		3				
5			3									
6	2											
7				4		4	4			3	3	3
8			4									
9		5										
10				4								
11							4	4				
12				4	4							
13					4							

IV тем а	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
1									4			
2	2		3									
3					3	3	4	3		3		
4			3									
5			3									
6				3		3			3	3		3
7				3							5	
8		3			3			3				
9					4						4	
10							4	4				

V Те ма	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
1			*	4								
2		*					4	5				
3			5									
4									5			
5	*		*	5								
6			*		4		5	3				
7										4	4	4
8			5									
9		5										
10			*	4	5		4			4		
11			5									
12										5		
13						5						4
14											5	4
15	5	5										

VI тем а	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
1	*	3	5									
2				4		3			3			
3	4	3			4							
4	*						4	4				
5		*		3	4					4		
6								4			4	3
7	*	*		4								
8										4		
9											5	
10											5	4
11	*		5									
12		2					4	4				

13	3							4			
14						4					5

VII тем а	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
1	3	2			4				4	5		
2										5		
3											5	
4	*				4		3				4	4
5								5				
6			*	5					4			
7												4
8		*		4	4							
9	3	2							3			
10											4	4
11						5						
12			5									
13	*		5				4	4				

VII I тем а	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
1	*		*		4		4					
2	4	4							4			
3		3	4									
4				4								
5			*		4					5		
6						3				5	3	4
7									5			
8	*						4	4				
9							5		4			
10					3							4
11											3	
12	4	3										

IX тем а	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
1			*				4	3				
2				4					4			
3	*	*					4	5				
4	*		*		4		4	3				
5				4					4			
6											4	4
7		*			4					4	4	4
8		5	4									
9	4								5			
10	4	5										

11						4						
12	4	4										
13			3									
14			4									

X тем а	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
1	*						3	5				
2						3	4	4				
3	*					3						4
4	4	4							4			
5		4	4									
6	*		*		4					4	4	4
7				3					5			
8			*	2	4						4	
9											4	
10	4	4							4			
11												5
12												4
13			4									

XI тем а	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
1	*		*					4	3		3	
2							4			3		
3	4	4										
4			*	4	4		4					
5						4					3	4
6									5			
7	3	3										
8	*							4				
9	3		2			3						2
10			*	4	4					3		

XII тем а	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
1			*		4		5	3				
2			5									
3	3		4									
4	4											
5			4									
6		5										
7	*						4	5				
8			*	5	4	3			3			
9											5	4
10	*					3				4		4
11			*	5	3				4	3		

## Приложение Е

### Регистрационный лист к опроснику ТОБОЛ

Ф.И.О. тестируемого

---

Возраст \_\_\_\_\_ Пол М / Ж  
(нужное обвести кружком)

В графе «Номера выбранных ответов» обведите кружком те номера утверждений из таблиц, которые наиболее для вас подходят. На каждую тему разрешается делать два выбора(не более!).

№	Темы	Номера выбранных утверждений
1.	Самочувствие	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
2.	Настроение	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
3.	Сон и пробуждение ото сна	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
4.	Аппетит и отношение к еде	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
5.	Отношение к болезни	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
6.	Отношение к лечению	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
7.	Отношение к врачам и медперсоналу	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
8.	Отношение к родным и близким	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
9.	Отношение к работе (учебе)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
10.	Отношение к окружающим	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
11.	Отношение к одиночеству	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
12.	Отношение к будущему	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

### Результаты обследования

Шкалы	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
Темы												
I												
II												
III												
IV												
V												
VI												
VII												
VIII												
IX												
X												
XI												
XII												
Сумма												

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

70												
60												
50												
40												
30												
20												
10												
0												
	<b>Г</b>	<b>Р</b>	<b>З</b>	<b>Т</b>	<b>И</b>	<b>Н</b>	<b>М</b>	<b>А</b>	<b>С</b>	<b>Э</b>	<b>П</b>	<b>Д</b>

Диагностируемый тип отношения к болезни:

---

## Приложение Ж

### Опросник Г. Шмишека - К. Леонгарда

1. Ваше настроение, как правило, бывает ясным, неомраченным?
2. Восприимчивы ли вы к оскорблениям, обидам?
3. Легко ли Вы плачете?
4. Возникают ли у Вас по окончании какой-либо работы сомнения в качестве ее исполнения, и прибегаете ли Вы к проверке – правильно ли было сделано?
5. Были ли Вы в детстве таким же смелым, как Ваши сверстники?
6. Часто ли у Вас бывают резкие смены настроения (только что парили в облаках от счастья, и вдруг становится очень грустно)?
7. Бываете ли Вы обычно во время веселья в центре внимания?
8. Бывают ли у Вас дни, когда вы без особых причин ворчливы и раздражительны и все считают, что Вас лучше не трогать?
9. Всегда ли Вы отвечаете на письма сразу после прочтения?
10. Вы человек серьезный?
11. Способны ли Вы на время так сильно увлечься чем-нибудь, что все остальное перестает быть значимым для Вас?
12. Предприимчивы ли вы?
13. Быстро ли вы забываете обиды и оскорбления?
14. Мягкосердечны ли Вы?
15. Когда Вы бросаете письмо в почтовый ящик, проверяете ли Вы, опустилось оно туда или нет?
16. Требует ли Ваше честолюбие того, чтобы в работе (учебе) Вы были одним из первых?
17. Боялись ли Вы в детстве грозы и собак?
18. Смеетесь ли Вы иногда над неприличными шутками?
19. Есть ли среди ваших знакомых люди, которые считают Вас педантичным?
20. Очень ли зависит Ваше настроение от внешних обстоятельств и событий?
21. Любят ли Вас ваши знакомые?
22. Часто ли Вы находитесь во власти сильных внутренних порывов и побуждений?
23. Ваше настроение обычно несколько подавлено?
24. Случалось Вам рыдать, переживая тяжелое нервное потрясение?
25. Трудно ли Вам долго сидеть на одном месте?
26. Отстаиваете ли Вы свои интересы, когда по отношению к Вам допускается несправедливость?
27. Хвастаетесь ли Вы иногда?
28. Смогли ли Вы в случае надобности зарезать домашнее животное или птицу?
29. Раздражает ли Вас, если штора или скатерть висит неровно, стараетесь ли Вы это поправить?
30. Боялись ли Вы в детстве оставаться дома один?
31. Часто ли портится Ваше настроение без видимых причин?

32. Случалось ли Вам быть одним из лучших в Вашей профессиональной или учебной деятельности?
33. Легко ли Вы впадаете в гнев?
34. Способны ли Вы быть шаловливо-веселым?
35. Бывают ли у Вас состояния, когда переполнены счастьем?
36. Смогли бы Вы играть роль конферансье в веселых представлениях?
37. Лгали Вы когда-нибудь в своей жизни?
38. Говорите ли Вы людям свое мнение о них прямо в глаза?
39. Можете ли Вы спокойно смотреть на кровь?
40. Нравится ли Вам работа, когда только Вы ответственны за нее?
41. Заступаетесь ли Вы за людей, по отношению к которым допущена несправедливость?
42. Беспокоит ли Вас необходимость спуститься в темный погреб, войти в пустую темную комнату?
43. Предпочитаете ли Вы деятельность, которую нужно выполнять долго и точно, той, которая не требует большой кропотливости и делается быстро?
44. Вы очень общительный человек?
45. Охотно ли вы в школе декламировали стихи?
46. Сбегали ли Вы в детстве из дому?
47. Обычно Вы без колебаний уступаете место в автобусе престарелым пассажирам?
48. Часто ли Вам жизнь кажется тяжелой?
49. Случалось ли Вам так расстраиваться из-за какого-нибудь конфликта, что после этого Вы чувствовали себя не в состоянии пойти на работу?
50. Можно ли сказать, что при неудаче вы сохраняете чувство юмора?
51. Стараетесь ли Вы помириться, если кого-нибудь обидели? Предпринимаете ли Вы первым шаги к примирению?
52. Очень ли Вы любите животных?
53. Случалось ли Вам, уходя из дома, возвратиться, чтобы проверить: не произошло ли чего-нибудь?
54. Беспокоили ли Вас когда-нибудь мысли, что с Вами или с Вашими родственниками должно что-либо случиться?
55. Существенно ли зависит Ваше настроение от погоды?
56. Трудно ли Вам выступать перед большой аудиторией?
57. Можете ли Вы, рассердясь на кого-либо, пустить в ход руки?
58. Очень ли Вы любите веселиться?
59. Вы всегда говорите то, что думаете?
60. Можете ли Вы под влиянием разочарования впасть в отчаяние?
61. Привлекает ли Вас роль организатора в каком-либо деле?
62. Упорствуете ли Вы на пути к достижению цели, если встречается какое-либо препятствие?
63. Чувствовали ли Вы когда-нибудь удовлетворение при неудачах людей, которые вам неприятны?

64. Может ли трагический фильм взволновать Вас так, что у Вас на глазах выступают слезы?
65. Часто ли Вам мешают уснуть мысли о проблемах прошлого или о будущем дне?
66. Свойственно ли было Вам в школьные годы подсказывать или давать списывать товарищам?
67. Смогли бы Вы пройти в темноте через кладбище?
68. Вы, не раздумывая, вернули бы лишние деньги в кассу, если бы обнаружили, что получили их слишком много?
69. Большое ли значение Вы придаете тому, чтобы каждая вещь в Вашем должна находиться на своем месте?
70. Случается ли, что, ложась спать в отличном настроении, следующим утром Вы встаете в плохом расположении духа, которое длится несколько часов?
71. Легко ли Вы приспосабливаетесь к новой ситуации?
72. Часто ли у Вас бывают головокружения?
73. Часто ли вы смеетесь?
74. Сможете ли Вы относиться к человеку, о котором Вы плохого мнения, так приветливо, что никто не догадывается о Вашем действительном отношении к нему?
75. Вы человек живой и подвижный?
76. Сильно ли Вы страдаете, когда совершается несправедливость?
77. Вы страстный любитель природы?
78. Уходя из дома или ложась спать, проверяете ли Вы, закрыты ли краны, погашен ли везде свет, заперты ли двери?
79. Пугливы ли вы?
80. Может ли принятие алкоголя изменить Ваше настроение?
81. Охотно ли Вы принимаете участие в кружках художественной самодеятельности?
82. Тянет ли Вас уехать далеко от дома?
83. Смотрите ли вы на будущее немного пессимистично?
84. Бывают ли у Вас переходы от веселого настроения к тоскливому?
85. Можете ли Вы развлекать общество, быть душой компании?
86. Долго ли Вы храните чувство гнева, досады?
87. Переживаете ли вы длительное время горести других людей?
88. Всегда ли соглашаетесь с замечаниями в свой адрес, правильность которых сознаете?
89. Могли ли Вы в школьные годы переписать из-за помарок страницу в тетради?
90. Вы по отношению к людям больше осторожны и недоверчивы, чем доверчивы?
91. Часто ли у Вас бывают страшные сновидения?
92. Бывают ли у Вас иногда такие навязчивые мысли, что если Вы стоите на перроне, то можете против своей воли кинуться под приближающийся поезд или можете кинуться из окна верхнего этажа большого дома?



93. Становитесь ли Вы веселее в обществе веселых людей?
94. Вы человек, который не думает о сложных проблемах, а если и занимается ими, то недолго?
95. Совершаете ли Вы под влиянием алкоголя внезапные импульсивные поступки?
96. В беседах Вы больше молчите, чем говорите?
97. Могли бы вы, изображая кого-нибудь, так увлечься, чтобы на время забыть, какой Вы на само деле?

## Приложение И

### Обработка результатов опросника Г. Шмишека - К. Леонгарда

Свойства характера	Коэффициент	«Да» № вопросов	«Нет» № вопросов
Гипертимность	3	1,12,25,36,50,61,75,85	
Дистимичность	3	10,23,48,83,96	34,58,73
Циклотимичность	3	6,20,31,44,55,70,80,93	
Эмоциональность	3	3,1,52,64,77,87	28,39
Демонстративность	2	7,21,24,32,45,49,71,74,81,94,97	56
Застревание	2	2,16,26,38,41,62,76,86,90	13,51
Педантичность	2	4,15,19,29,43,53,65,69,78,89,92	40
Тревожность	3	17,30,42,54,79,91	5,67
Возбудимость	3	8,22,33,46,57,72,82,95	
Экзальтированность	6	11,35,60,84	
Ложь	1	9,47,59,68,83	18,27,37,63

Приложение К





## Приложение Л

Международная Балинтовская Федерация  
International Balint Federation

Санкт-Петербургское  
Балинтовское общество



St. Petersburg  
Balint Society

Основано в 1995 году  
Established 1995

# СЕРТИФИКАТ

№ 57

Настоящим удостоверяется, что

Ишмабетова Анара Жамбыловна

прошел (ла) обучение по программе семинара / тренинга

«Речевое пространство эффективной коммуникации  
в психологическом консультировании»

в объеме 32 часа  
из них супервизия - 8 часов

**Ведущий семинара -**

доктор медицинских наук, профессор  
СЗГМУ им. И.И.Мечникова



**В. А. Винокур**

Санкт-Петербург - Астана - 9-12 июня 2016



## Приложение М

*Международная Балинтовская Федерация*

*Санкт-Петербургское Балинтовское Общество*

*Основано в 1995 году*



### СЕРТИФИКАТ

*Настоящим удостоверяется, что*

*Жушобехова  
Анара Абимобеновна*

*прошел(ла) обучение по программе семинара / тренинга*

*«Позитивное краткосрочное решение-ориентированное  
психологическое консультирование»*

*в объеме 25 часов*

*Ведущий семинара –*

*доктор медицинских наук, профессор*

*В.А.Винокур*



*Санкт-Петербурге – Астана*

*2016*

*14-го марта*



# Приложение Н

Центр дополнительного психологического образования Psy – Студия Libertas – Свобода

## СЕРТИФИКАТ

Настоящим подтверждается, что

*Жумабекова Анара*

успешно завершил (а) обучение на тренинге

**«Методы МАК в коррекции психотравмирующих  
эмоциональных состояний»**

в объеме 24 академических часа

Тренинг проходил с 04 по 06 марта 2016 года

г. Астана, Казахстан

Преподаватель:

С.В. Толстая,

доктор психологии, доцент,

действительный член ППА



Психологический Центр

«Маkra»

Директор

Б. И. Бекежанова

*Б. И. Бекежанова*



## Приложение II

**СВИДЕТЕЛЬСТВО**  
о государственной регистрации прав  
на объект авторского права

№ АВР/С \_\_\_\_\_ г. 20 декабря 2016

Настоящим удостоверяется, что в Министерстве юстиции Республики Казахстан зарегистрированы исключительные имущественные права на объект авторского права под названием «**Школа розацеа**» (**произведение науки**), авторами которого по заявлению авторов являются **Жумабекова Анара Абельбековна, Батпенова Гульнар Рыскельдиевна, Кулмуканова Куралай Какашовна**.

По заявлению авторов исключительные имущественные права на объект авторского права, созданный **12 мая 2016** года, принадлежат **Жумабековой А.А., Батпеновой Г.Р., Кулмукановой К.К.** и авторы гарантируют, что при создании вышеуказанного объекта не были нарушены права интеллектуальной собственности других лиц.

Запись в реестре за № АВР/С от **20 декабря 2016** года имеется.

Заместитель министра  
**Э.Азимова**

**СВИДЕТЕЛЬСТВО**  
ИС 006859

**КУӘЛІК**  
Авторлық құқық объектісіне құқықтарды  
мемлекеттік тіркеу туралы

№ АВР/С \_\_\_\_\_ ж. 20 желтоқсан 2016

Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде авторлардың өтініші бойынша авторлары **Анара Абельбековна Жумабекова, Гульнар Рыскельдиевна Батпенова, Куралай Какашовна Кулмуканова** болып табылатын авторлық құқықпен қорғалатын объектіге айрықша мүлктік құқықтар «**Школа розацеа**» (**ғылыми туынды**) атауымен тіркелгені куәландырылады.

Авторлардың өтініші бойынша авторлық құқықпен қорғалатын объектіге айрықша мүлктік құқықтар және **2016 жылғы 12 мамырда** жасалған объекті **А.А. Жумабековаға, Г.Р. Батпеноваға, К.К. Кулмукановаға** тиесілі және авторлар жоғарыда көрсетілген объектіні жасаған кезде басқа адамдардың зияткерлік меншік құқығы бұзылмағандығына кепілдік береді.

Тізілмде **2016 жылғы 20 желтоқсанда** жасалған № АВР/С жазба бар.

Министрдің орынбасары  
**Э.Әзімова**

**КУӘЛІК**



# Приложение Р

АКТ *н1*

## внедрения результатов научно-исследовательской работы

ГКП на ПХВ «Центр дерматологии и профилактики болезней, передающихся  
наименование учреждения, где внедряется работа

половым путем» г. Астаны

Наименование предложения Школа «Розацеа»

Работа включена из инициативной НИР

Форма внедрения обучающая программа для пациентов

Ответственный за внедрение и исполнитель Жумабекова А.А.

Эффективность внедрения лечебно-профилактическая

Предложения, замечания учреждения, осуществляемого внедрение:

*Замечаний и предложений  
не имеется.*

Сроки внедрения: 2017г.

Председатель комиссии:

*Данбаева* Данбаева Ж.С.

Члены, ответственные за внедрение

Баттенова Г.Р.

Исполнитель

Котлярова Т.В.

Кулмуканова К.К.

Жумабекова А.А.

АСТАНА МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІНІҢ  
ПЕРСОНАЛДЫ БАСКАРУ БӨЛІМІНІҢ БАСТЫҒЫ



## Приложение С

### Дневник для пациента с розацеа

Дата: \_\_\_\_\_

1. Отметьте, каким метеорологическим факторам Вы сегодня подверглись:

\_\_\_\_\_ Солнце

\_\_\_\_\_ Жара

\_\_\_\_\_ Ветер

\_\_\_\_\_ Холод

\_\_\_\_\_ Облачность

\_\_\_\_\_ Теплая погода

\_\_\_\_\_ Влажность

\_\_\_\_\_ Сухость

2. Отметьте продукты и напитки, которые Вы сегодня употребляли:

\_\_\_\_\_ Пряные продукты

Список: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Алкоголь

Список: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Горячие напитки

Список: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Другое

Список: \_\_\_\_\_

3. Отметьте, что из нижеперечисленного Вы сегодня испытали:

\_\_\_\_\_ Эмоциональное напряжение

Опишите: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Физические нагрузки

Опишите: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Горячая ванна/душ/сауна/баня

Опишите: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Перегрев внутри помещения (жаркое, душное помещение)

Опишите: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Другое

Опишите: \_\_\_\_\_

4. Перечислите, какие средства Вы сегодня наносили на лицо:

5. Выполняли ли Вы сегодня медицинские назначения?

\_\_\_\_\_ Да

\_\_\_\_\_ Нет

6. Каково состояние Ваших розовых угрей сегодня?

\_\_\_\_\_ Нет обострения

\_\_\_\_\_ Легкое обострение

\_\_\_\_\_ Сильное обострение

## Приложение Т

### Памятка для пациентов розацеа

#### I. Молочно-растительная диета.

#### II. Провоцирующие факторы, способные вызвать обострение розацеа:

**Пищевые факторы:** печень, йогурт, кислые крема, сыр (кроме домашнего сыра), шоколад, ваниль, соевый соус, дрожжи (в хлебе можно), уксус, баклажан, авокадо, шпинат, фасоль, стручковая фасоль, горох, цитрусовые, томаты, бананы, красные сливы, изюм, инжир, пряная и горячая пища; пища с высоким содержанием гистамина: сыры (пармезан, голубые сыры, рокфор), овощи (шпинат, томаты, баклажан), салями, курица, печень курицы, вина (кьянти, бургундские);

**Напитки:** алкоголь, особенно красное вино, пиво, джин, водка или шампанское; горячие напитки, в том числе, сидр, горячий шоколад, кофе или чай;

**Факторы, связанные с температурой:** сауна, горячая ванна, перегревание, чрезмерно высокие или низкие температуры внутри помещения;

**Погодное влияние:** солнечная инсоляция, сильный ветер, холод, влажность;

**Эмоциональное влияние:** стресс, тревога, гнев, волнение, смущение;

**Лекарства:** вазодилататоры, топические стероиды;

**Медицинские состояния:** преходящая эритема, менопауза, хронический кашель, синдром кофеиновой отмены;

**Физическое напряжение:** упражнения, работа, связанная с поднятием тяжестей и в наклоне;

**Косметические средства:** некоторые косметические спреи и спреи для волос, особенно которые содержат спирт, ароматизаторы; водно-спиртовые или ацетонсодержащие; некоторые компоненты, которые способны вызвать покраснение и жжение.

**Химические средства:** любые лакокрасочные вещества, вещества с раздражающим свойством, резкими запахами

#### III. Наблюдение у терапевта. Лечение хронических заболеваний органов и систем.

#### IV. Уход за кожей лица:

- использование некомедоногенной, без парабенов, без ароматизаторов, без ПАВ, без спирта косметической линии с пометкой для чувствительной кожи, для кожи, склонной к покраснениям, куперозу, розацеа;
- Ежедневное очищение мягкими очищающими средствами, не содержащими мыла
- **УВЛАЖНЕНИЕ** кожи, нанесение защитных мягких эмоленов 1-2 р в день перед нанесением на кожу других препаратов;
- Круглогодичное использование солнцезащитных кремов **SPF30 и выше;**
- В летнее время, при нахождении в душных и запыленных помещениях, помещениях с кондиционером, при работе в условиях повышенных

температурных режимов, при физической нагрузке использование термальной воды;

- Зимой и осенью использование защитных кремов от мороза и ветра (колд крем);
- Макияж на легкой жидкой основе;
- Отказ от курения.

**V. Курсы витаминотерапии, фитотерапии для укрепления сосудистой стенки:** растительные экстракты зеленого чая, гинкгобилоба, винограда, петрушки, розы, конского каштана, витамины С, Р, К, В5.

**VI. Косметологические процедуры, направленные на лечение сосудистых образований:** криотерапия, лазеротерапия, световая терапия (фототерапия).

**VII. Санаторно-курортное лечение** (на оздоровление всего организма и функций внутренних органов).

**VIII. Систематическое наблюдение у дерматолога, получение противорецидивного лечения.**