

© НИКОЛАЕВА Н.Н., 2020

Николаева Н.Н.

Особенности комплексной терапии подростков с вульгарными угрями с позиции психологического консультирования

Кафедра дерматовенерологии и косметологии ФБГОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, 664003, г. Иркутск, Россия

Рассматриваются проявления подросткового кризиса у пациентов с вульгарными угрями на примере четырёхуровневой модели личности (биологический, психологический, социальный и духовный уровни). С одной стороны, подростковый кризис может послужить провокатором вульгарных угрей при наличии генетической предрасположенности, с другой – акне может утяжелить процесс переживания подросткового кризиса. В рамках дерматологической помощи пациентам-подросткам с вульгарными угрями лёгкой и средней степени тяжести предлагается применение психологического консультирования (релаксационные техники, приёмы рациональной психотерапии и т.д.). Представлены результаты исследования эффективности комплексной (с применением психологического консультирования) терапии пациентов-подростков, страдающих вульгарными угрями лёгкой и средней степени тяжести, по сравнению с традиционным дерматотропным лечением. Выявлены статистически значимые различия после лечения между 1-й и 2-й группами по динамике показателей рельефа психического состояния ($r = -0,90$; $p < 0,05$), дерматологического индекса акне ($r = -0,34$; $p < 0,05$) и показателей качества жизни ($r = -0,72$ и $r = -0,68$; $p < 0,05$ по опросникам «Дерматологический индекс качества жизни» и «Скиндекс-29» соответственно). При этом улучшение психоэмоционального статуса коррелировало с положительной динамикой кожного процесса, о чём свидетельствует прямая, достаточно выраженная статистически значимая взаимосвязь между показателями шкалы переживания и дерматологического индекса акне – $r = 0,52$ ($p < 0,05$). Полученные результаты свидетельствуют о том, что применение психологического консультирования в комплексном лечении подростков, страдающих вульгарными угрями лёгкой и средней степени тяжести, по сравнению с традиционным дерматотропным лечением более эффективно.

Ключевые слова: вульгарные угри; подростковый кризис; психологическое консультирование; качество жизни; стресс.

Для цитирования: Николаева Н.Н. Особенности комплексной терапии подростков с вульгарными угрями с позиции психологического консультирования. *Российский журнал кожных и венерических болезней.* 2020; 23(2): 119-128. DOI: <https://dx.doi.org/10.17816/dv20202119-128>

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.
Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила 26.04.2020
Принята к печати 30.04.2020

Nikolayeva N.N.

Aspects of comprehensive treatment for adolescents with acne vulgaris from the perspective of psychological counseling

Department of Dermatovenerology and Cosmetology of Irkutsk State Medical University, Irkutsk, 664003, Russian Federation

This article discusses the manifestations of the adolescence crisis in patients with acne vulgaris, using a four-level personality model (biological, psychological, social, and spiritual levels). On the one hand, the adolescence crisis can trigger acne vulgaris in case of a genetic predisposition; on the other hand, acne can aggravate the process of experiencing the adolescence crisis. The authors suggest the use of psychological counseling (relaxation techniques, methods of rational psychotherapy, etc.) within the dermatological care for adolescent patients with mild and moderate acne vulgaris. The authors present the results of a study of the efficacy of comprehensive therapy (including psychological counseling) in adolescent patients with mild-to-moderate acne vulgaris, compared with traditional dermatotropic therapy. Statistically significant differences between two groups were revealed in the changes in the indicators of the mental condition presentation ($r = -0.90$; $p < 0.05$), the dermatological index of acne (DIA) ($r = -0.34$; $p < 0.05$), and indicators of quality of life ($r = -0.72$ and $r = -0.68$, according to the questionnaires of the Dermatology Life Quality Index and Skindex-29, resp.; $p < 0.05$). Simultaneous improvement in the psychoemotional status was correlated with positive cutaneous changes, as evidenced by the direct rather than pronounced statistically

significant relationship between the indices of the experience scale and the ADI index ($r = 0.52$; $p < 0.05$). The obtained results show that the use of psychological counseling in the comprehensive treatment for adolescents with mild-to-moderate acne vulgaris is more effective compared with the traditional dermatotropic therapy.

Key words: *acne vulgaris; adolescence crisis; psychological counseling; the quality of life; stress.*

For citation: Nikolayeva N.N. Aspects of comprehensive treatment for adolescents with acne vulgaris from the perspective of psychological counseling. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases (Rossiyskii Zhurnal Kozhnykh i Venericheskikh Boleznej)*. 2020; 23(2): 119-128. (in Russian). DOI: <https://dx.doi.org/10.17816/dv20202119-128>

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Received 26 April 2020

Accepted 30 April 2020

В настоящее время мы видим появление высокоэффективных препаратов как для системного лечения вульгарных угрей, так и для наружного применения.

В недавнем исследовании показана высокая эффективность применения системного ретиноида (Акнекутан) при лечении вульгарных угрей средней и тяжёлой степени тяжести [1]. В результате проведённой терапии отмечалась 100% редукция дерматологического индекса акне (ДИА) у больных вульгарными угрями средней степени тяжести, т.е. была достигнута клиническая ремиссия. При тяжёлой степени редукция ДИА составила 94%, что соответствовало почти полной клинической ремиссии.

В другом долгосрочном многоцелевом исследовании [2] с использованием неинвазивных методов (себуметрия, конфокальная лазерная сканирующая микроскопия) была показана высокая эффективность системного антибактериального препарата миноциклина в лечении вульгарных угрей средней и тяжёлой степени. В результате проведённой терапии у 91% больных вульгарными угрями средней степени тяжести была достигнута клиническая ремиссия, у 9% – значительное улучшение, что положительно отразилось и на показателях качества жизни пациентов.

Производители наружных лекарственных средств сегодня также предлагают достаточно большой выбор различных мазей, кремов, лосьонов для лечения кожных заболеваний, в том числе и вульгарных угрей. С каждым годом на фармацевтическом рынке растёт число наименований, совершенствуются лекарственные формы и активные компоненты, появляются их комбинации и т.д. Современные препараты для наружной терапии, как правило,

не имеют запаха и комфортны при нанесении. Кроме того, активно разрабатываются и внедряются в практику средства по уходу за поражённой кожей.

Тем не менее результаты терапии вульгарных угрей не всегда эффективны, что вызывает недовольство пациентов. Об этом свидетельствуют средства массовой информации, интернет-форумы и другие информационные ресурсы. Особенно негативные реакции направлены на эффективность наружной терапии. В недавнем исследовании было проведено анкетирование пациентов, страдающих вульгарными угрями [3]. Цель анкетирования – получение представления об отношении пациентов с вульгарными угрями к наружной терапии. В анкетировании приняли участие 54 пациента, страдающих вульгарными угрями (анкета «Отношение пациента с акне к наружным лекарственным средствам лечения»). Анализ результатов анкетирования показал, что 78% респондентов считают неэффективной применение лишь одной (без системных препаратов) местной терапии. На вопрос о самостоятельной отмене наружных лекарственных средств, назначенных врачом, 81% участников анкетирования ответили положительно. Причиной отмены пациентами назначенного врачом препарата в 57% случаев послужил недостаток информации о его действии, и зачем это лекарственное средство нужно именно ему.

Особенно остро проблема недоверия к врачу и, соответственно, назначенной наружной терапии в связи с жалобами на вульгарные угри проявляется у подростков, что можно объяснить психологическими особенностями данного возрастного периода (реакции протеста, снижение авторитета взрослых и др.). Подростковый кризис нередко совпадает с дебютом acne vulgaris. Эпидемиологические исследова-

Для корреспонденции:

Николаева Наталья Николаевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии ФГБОУ ВО «ИГМУ» Минздрава России, 664003, г. Иркутск, Россия. E-mail: 999534@bk.ru

For correspondence:

Natalya N. Nikolayeva, MD, PhD, assistant professor of Department of Dermatovenerology and cosmetology of Irkutsk State Medical University, Irkutsk, 664003, Russian Federation. E-mail: 999543@bk

Information about authors:

Nikolayeva N.N., <https://orcid.org/0000-0001-6443-8288>

дования показали, что в индустриально развитых странах вульгарными угрями страдают от 50 до 95% подростков [4]. При этом пик частоты этого заболевания у девочек наблюдается с 14–16, а у мальчиков – с 16–17 лет [5]. С этим же возрастным периодом совпадает и переживание такого кризиса, как подростковый. Именно поэтому пациенты-подростки с вульгарными угрями представляют сегодня интерес не только для врачей, но и для психологов.

Многие зарубежные и отечественные авторы обнаруживали в своих исследованиях негативное воздействие вульгарных угрей на самооценку и самоотношение подростков, что сказалось на ухудшении их социального функционирования в связи с проявлениями заболевания [6–9]. Было установлено, что на фоне вульгарных угрей возможно развитие тревожных и депрессивных состояний; кроме того, подростки с угревой болезнью выделялись в группу суицидального риска [10].

Рассмотрим психосоматические проявления возрастного кризиса у пациентов-подростков с вульгарными угрями на примере четырёхуровневой (биологической, психологической, социальной и духовной) модели личности.

Для начала важно отметить, что уже само по себе переживание кризиса сопровождается эмоциональным напряжением [11]. Кризис (от *греч.* κρίσις – решение, поворотный пункт) – переворот, пора переходного состояния, перелом, состояние, при котором существующие средства достижения целей становятся неадекватными, в результате чего возникают непредсказуемые ситуации [12].

Термин «возрастной кризис» ввёл в обиход отечественный психолог Л.С. Выготский и определил как «критический период, время качественных позитивных изменений, результатом которых является переход личности на новую, более высокую ступень развития» [13]. По мнению автора, основное противоречие подросткового возраста заключается в том, что половое и социокультурное развитие не совпадает с окончанием общеорганического роста. В ходе исторического и культурного развития человечества границы периода детства были несколько расширены, вследствие чего возник «подростковый возраст» как переходный между детством и взрослостью.

Л.И. Божович [12] весь подростковый возраст считает критическим, так как на данной стадии развития у ребёнка возникают потребности, которые он не может удовлетворить в силу своей недостаточной социальной зрелости. Источником депривации этих потребностей могут быть не только внешние запреты, но и внутренние запреты самого подростка. Внутренние противоречия, по мнению автора, и есть основная характеристика подросткового кризиса.

Э. Эриксон [14] определял подростковый кризис с точки зрения кризиса идентичности, периода,

в котором человек ищет своё место в мире, свои роль и предназначение.

Итак, изменения в подростковом возрасте на биологическом уровне подразумевают соматические изменения. Как известно, в этот возрастной период наблюдаются изменения во всех органах и системах, обусловленные прежде всего гормональной перестройкой. Происходит интенсивный процесс нарастания массы и длины тела, конечности вытягиваются непропорционально туловищу, что становится причиной некоторой неуклюжести подростка. Та же неравномерность развития происходит и с внутренними органами. Например, сердце растёт быстрее, чем сосуды, что для многих подростков становится причиной нарушений деятельности сердечно-сосудистой системы, мигреней, резких перепадов давления и т.д. Серьёзные изменения затрагивают нервную систему, что выражается в преобладании процессов возбуждения в коре головного мозга над процессами торможения. Со стороны кожи и её придатков отмечаются повышенная чувствительность органа в этот период, а также гиперсекреция кожного сала в Т-зоне лица. Наличие комедонов свидетельствует уже о лёгкой степени вульгарных угрей. По данным некоторых авторов, распространённость комедонов в период полового созревания приближается к 100% [15].

Подростковый кризис характеризуется изменениями эмоциональной (эмоциональная лабильность, реактивная тревожность, страхи, сенситивность, раздражительность и т.д.) и когнитивной (по Ж. Пиаже, формируется стадия интеллектуального развития – стадия формальных операций) сфер [16], то есть подросток может оперировать уже абстрактными понятиями, основываясь на законах формальной логики (законы тождества, непротиворечия, исключенного третьего и достаточного основания [17]). Развитие психологических уровней на данном этапе созревания чрезвычайно важно для врача, так как позволяет ему в беседе использовать приёмы убеждения и т.д. Кроме того, у подростка снижается выраженность эгоцентризма, основными проявлениями которого являются неспособность понять точку зрения другого человека, а также желание любым способом быть в центре внимания. Следует, однако, отметить, что эгоцентризм ослабевает не у всех современных подростков, что затрудняет процесс общения с ними, а также служит индикатором инфантилизма (задержки развития эмоционально-волевой сферы).

Наиболее важным отличительным признаком подросткового периода являются фундаментальные изменения в сфере самосознания. Происходит постепенная переориентация с внешних оценок (преимущественно родительских) на внутренние. Особого внимания заслуживает восприятие подростком собственного тела, формирование «Я»-концепции.

Именно в этот период довольно часто наблюдаются явления дисморфофобии, когда подростки, рассматривая своё тело, настороженно относятся к его изменениям, в том числе к качеству кожи. Таким образом, косметологу важно учитывать, что подростки очень внимательны к оценкам окружающих: даже одно негативное слово или критически оценивающий взгляд относительно их внешности может стать причиной реактивной депрессии. Важно отметить, что самооценка у подростков лабильна.

На социальном уровне изменения касаются общения, а также половой идентификации (половой роли). Половую роль следует понимать, как поведенческие характеристики человека, обусловленные принадлежностью к определенному полу [12]. Половую идентичность можно рассматривать как представление о себе с точки зрения своего сексуального поведения, сексуальной позиции. В этот период подростки начинают осознавать как собственные половые роли, так и идеальные роли, к которым хотелось бы стремиться. В общении подростки отдают приоритеты сверстникам, а мнение родителей уходит на второй план. Они стремятся к общению в тех группах, где чувствуют себя комфортно (реакции группирования), но, к сожалению, многие группы отвергают моральные ценности. Ведущая социальная потребность подростка – найти своё место в референтной группе, т.е. своей «тусовке», ответить на вопросы «Кто я для других? Какой я?» Он ищет ответы на свои вопросы через сепарацию, отсоединение от значимого окружения, через наблюдение за окружающими, поиск примера для подражания и собственно попытки подражать [18].

Также одной из основных сложностей для подростка является чувство социальной неопределенности: «Я уже осознаю себя не ребёнком, но ещё не имею взрослых прав». С этим связаны частые регрессы подростка: то берёт на себя ответственность за свои действия, то пытается эту ответственность переложить на плечи взрослых.

Духовный уровень в этот период зарождается путём формирования нравственного стержня, самоопределения ценностей и т.д. Появляются такие эмоционально насыщенные формы взаимодействия, как дружба и любовь.

Конечно, деление на уровни условно – все они взаимосвязаны и взаимообусловлены. Таким образом, основная задача подросткового кризиса – самоопределение в сексуальной, психологической (интеллектуальной, личностной, эмоциональной), социальной и духовной сферах.

Итак, врачу следует учесть, что переживание подростком возрастного кризиса само по себе снижает его стрессоустойчивость и при наличии генетической предрасположенности может послужить провоцирующим фактором к возникновению вульгарных угрей.

А.С. Яурова [19] подробно изучала взаимосвязь жизнестойкости и самооотношения у подростков с вульгарными угрями в сравнении со здоровыми сверстниками. Были сделаны интересные выводы: у каждого четвёртого обследованного подростка со средней и тяжёлой степенью вульгарных угрей выявляются низкие значения общего показателя жизнестойкости, что резко снижает их стрессоустойчивость, умение противостоять возникающим в жизни трудностям и способность их успешно преодолевать. У мальчиков-подростков со средней и тяжёлой степенью вульгарных угрей статистически значимо более высокие показатели жизнестойкости, такие как вовлечённость и контроль, а также более низкие показатели внутренней конфликтности, чем у девочек-подростков этой группы, что свидетельствует об их большей социальной активности и более настойчивых попытках контролировать свою жизнедеятельность. Для девочек-подростков со средней и тяжёлой степенью вульгарных угрей характерны недовольство собой в сочетании с неуверенностью в способности повлиять на жизненные обстоятельства, ожидание отрицательного отношения к себе со стороны окружающих и общий негативный эмоциональный фон по отношению к себе. У подростков со средней и тяжёлой степенью вульгарных угрей, по сравнению с условно здоровыми сверстниками, наблюдается отсутствие взаимосвязи общего уровня жизнестойкости с такими показателями самооотношения, как самопринятие и самопривязанность, что указывает на отвержение себя на эмоциональном уровне в связи с наличием косметического дефекта [19].

Таким образом, с одной стороны, подростковый кризис может послужить провокатором вульгарных угрей, с другой – вульгарные угри могут утяжелить процесс переживания подросткового кризиса. Исходя из вышесказанного, при составлении плана терапии пациентов-подростков с вульгарными угрями в него должна включаться и психологическая помощь. Ж.В. Пономарёва [20] в рамках диссертационного исследования разработала программу психологического сопровождения подростков, проходящих лечение, на основании выявленных особенностей отношения к заболеванию и межличностного взаимодействия. А в недавнем исследовании доказана высокая эффективность применения психотерапии в лечении вульгарных угрей: 100% по шкале общего клинического впечатления (Clinical global impression scale, GGI) и 96,2% по клинической оценке степени выраженности психотерапевтического эффекта [21]. В связи с этим такой вид психологической помощи, как психологическое консультирование, приобретает первостепенное значение.

Психологическое консультирование представляет собой процесс решения личных проблем индивида в его совместной работе с психологом [22]. Конечно,

Дерматотропная терапия пациентов 1-й и 2-й групп в зависимости от степени тяжести acne vulgaris

Степень тяжести acne vulgaris по ДИА	1-я группа, n = 30		2-я группа, n = 28		Препараты, применяемые для наружной терапии
	абс.	%	абс.	%	
Лёгкая	17	56,7	16	57,1	Топические ретиноиды: адапален, гель, крем 0,1%
Средняя	13	43,3	12	42,9	Комбинированные препараты: адапален (0,1%) + бензоила пероксид (2,5%)

Примечание. Здесь и в табл 2, 3: ДИА – дерматологический индекс акне.

если пациент согласен на консультацию психолога и дальнейшую с ним работу, то проблемы не возникает. Однако не все пациенты обращаются к психологу, и тогда проблема остаётся нерешённой. Как показывает собственный опыт, роль психолога в этих случаях может выполнять врач-дерматолог, безусловно, при наличии у него соответствующих знаний. Согласно Гиппократу, указавшему на наличие у врача трёх инструментов – травы, скальпеля и слова [23], профессия врача подразумевает и оказание и психологической помощи. Необходимо отметить, что психологическое консультирование имеет много общего с психотерапией, но предполагает в основном рациональную работу с сознательным и заинтересованным клиентом. Кроме того, психотерапия в большей степени ориентирована на работу с клиническими случаями, когда психологическая проблема клиента доросла до масштабов «болезни», и своей целью видит «лечение» или коррекцию путём решения проблемы психологическими средствами (медикаментозное лечение целиком лежит в области медицины) [22].

Цель исследования – изучение эффективности комплексной (с применением психологического консультирования) терапии у пациентов-подростков, страдающих вульгарными угрями, в сравнении с традиционной дерматотропной терапией.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 58 подростков (30 девушек и 28 юношей) в возрасте от 14 до 17 лет с установленным диагнозом acne vulgaris лёгкой и средней степени тяжести (согласно показателям ДИА [24]).

Критерии включения: пациенты-подростки обоего пола с диагнозом вульгарных угрей лёгкой и средней степени тяжести; отсутствие приёма системных ретиноидов, антибактериальной и/или любой другой системной терапии; отсутствие тяжёлой соматической или психической патологии; информированное согласие на участие в исследовании. Критерии исключения: пациенты до 14 лет; пациенты с тяжёлой степенью вульгарных угрей; отказ родителей от участия ребёнка в исследовании; пациенты, не соблюдающие рекомендации, предписанные врачом.

Участники были разделены на две группы: в 1-й группе (n = 30) пациентам применяли комплексную, в том числе дерматотропную, терапию (согласно федеральным клиническим рекомендациям, 2016 [25]) и психологическое консультирование, во 2-й группе (n = 28) пациенты получали только дерматотропное (согласно федеральным клиническим рекомендациям, 2016) лечение (табл. 1).

Пациентам 1-й группы была оказана психологическая помощь в виде психологического консультирования. Беседы с пациентами и родителями проводили в рамках дерматологических консультаций. Каждому пациенту расписывали индивидуальную программу, состоящую из 10–12 посещений врача с интервалом 7–10 дней. Во время каждого визита врач оценивал дерматологический статус пациента (осмотр проводился визуально с простым подсчётом высыпных элементов), а также отмечал его психоэмоциональное состояние; кроме этого, применял элементы рациональной психотерапии, направленной на коррекцию ложных представлений у пациента (в нашем случае – и у родителей пациента) относительно собственного заболевания (в данном случае вульгарных угрей) с помощью аргументированного логического воздействия. Ко всем пациентам 1-й группы применяли также релаксационные техники, направленные на снятие эмоционального напряжения.

У всех пациентов обеих групп до начала лечения и через 3 мес оценивали показатели, отражающие степень тяжести кожного процесса, изменения психического состояния и качество жизни.

Степень тяжести заболевания у пациентов определяли с помощью ДИА [24]. Проводили визуальный дерматологический осмотр с подсчётом высыпных элементов (папул, пустул).

Психическое состояние оценивали с помощью методики «Рельеф психического состояния» [26], позволяющей оценить психические (эмоциональные, когнитивные, волевые и т.д.) процессы, физиологические реакции (двигательная активность, ощущения со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной систем, окраски кожного покрова и т.д.), переживания (напряжённость–раскрепощённость, радость–печаль, грустность–оптимистичность и т.д.)

Результаты сравнения показателей до и после лечения в 1-й группе ($p \leq 0,01$)

Исследуемый признак	Средние и σ		Значимость различий, p
	до лечения	после лечения	
Лёгкая степень (дерматологический индекс акне)	3,45 ± 2,72	1,12 ± 1,24	0,01
Среднетяжёлая степень (дерматологический индекс акне)	8,12 ± 2,01	4,0 ± 1,98	0,01
Дерматологический индекс качества жизни	21,58 ± 5,25	1,63 ± 5,12	0,01
Скиндекс-29 (общий)	102,28 ± 15,71	48,83 ± 15,79	0,01
Эмоции	42,62 ± 9,13	16,75 ± 11,28	0,01
Функции	38,52 ± 7,05	18,14 ± 5,23	0,01
Симптомы	21,22 ± 5,03	14,11 ± 3,58	0,01
Рельеф психического состояния	14,45 ± 6,50	32,55 ± 7,01	0,01
Психические процессы	4,69 ± 2,60	6,38 ± 2,02	–
Физиологические реакции	4,11 ± 3,27	6,91 ± 1,97	–
Переживания	3,22 ± 4,92	9,13 ± 2,24	0,01
Поведение	2,74 ± 2,37	8,25 ± 1,42	0,01

и поведение (пассивность–активность, неуправляемость–управляемость, неуверенность–уверенность и т.д.). В основе методики находятся представления об иерархической организации психического состояния и его основных составляющих. Прикладное значение методики заключается в том, что каждое состояние, переживаемое субъектом, может быть оценено со стороны его компонентов, их интенсивности проявлений и изменений.

Качество жизни как индикатор эффективности терапии оценивали с помощью опросников «Дерматологический индекс качества жизни» (ДИКЖ)

[27], характеризующий качество жизни в целом, и «Скиндекс-29» [28], предназначенный для больных с кожными заболеваниями и позволяющий оценить не только качество жизни пациентов в целом, но и дополнительно по трём шкалам – эмоции, функции, симптомы.

Для статистической обработки данных использовали U-критерий Манна–Уитни (для выявления различий до и после лечения), а также метод линейной корреляции Пирсона (для выявления взаимосвязи между показателями, а также принципиальных отличий между 1-й и 2-й группами до и после лечения).

Результаты и обсуждение

По шкалам, отражающим степень тяжести кожного процесса (ДИА), психоэмоциональное состояние (рельеф психического состояния) и качество жизни (ДИКЖ и «Скиндекс-29»), выявлены статистически значимые различия до и после лечения (табл. 2).

При этом улучшение психоэмоционального статуса коррелировало с положительной динамикой кожного процесса, о чём свидетельствует прямая, достаточно выраженная статистически значимая взаимосвязь между показателями рельефа психического состояния по шкале переживания и ДИА ($r = 0,52$; $p < 0,05$), обнаруженная с помощью коэффициента корреляции Пирсона.

Заметим, что величина корреляции между психоэмоциональным состоянием и качеством жизни у больных вульгарными угрями больше, чем между клиническими проявлениями вульгарных угрей и качеством жизни (табл. 3).

Таблица 3

Корреляция между значениями шкалы «Переживания» показателей рельефа психического состояния, дерматологического индекса акне и показателями качества жизни больных вульгарными угрями в результате лечения

Опросники по качеству жизни	Шкала	Рельеф психического состояния (шкала переживания)	ДИА
Скиндекс-29	Общий балл	$r = 0,78$	$r = 0,63$
	Эмоции	$r = 0,88$	$r = 0,54$
	Функции	$r = 0,37$	$r = 0,51$
	Симптомы	–	$r = 0,35$
Дерматологический индекс качества жизни	Общий балл	$r = 0,79$	$r = 0,54$

Характеристика различий наблюдаемых групп до лечения

Исследуемый признак	Метод	Шкала 1			
		до лечения		после лечения	
		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Дерматологический статус	Дерматологический индекс акне	-0,16	> 0,05	-0,34	< 0,05
Психоземotionalный статус	Рельеф психического состояния	-0,09	> 0,05	-0,90	< 0,05
Качество жизни	Дерматологический индекс качества жизни	-0,13	> 0,05	-0,72	< 0,05
	Скиндекс-29 (общий)	-0,09	> 0,05	-0,68	< 0,05
	Эмоции	–	–	-0,80	< 0,05
	Функции	-0,14	> 0,05	-0,28	< 0,05
	Симптомы	-0,09	> 0,05	-0,12	< 0,05

Это позволяет предположить, что психический компонент оказывает несколько большее влияние на качество жизни подростков с вульгарными угрями, чем соматический. В связи с этим комплексное лечение с применением психологического консультирования вполне оправданно.

Для выявления принципиальных различий между данными 1-й и 2-й групп до лечения и после был проведён корреляционный анализ с помощью коэффициента корреляции Пирсона (табл. 4). Наличие статистически значимых корреляций интересующих признаков (психоземotionalный статус, дерматологический статус, качество жизни) с первой шкалой означает наличие принципиальных различий между группами до и после окончания лечения. Статистически значимые корреляции отмечались при $p < 0,05$.

Отрицательные корреляции указывают на то, что во 2-й группе (традиционное лечение) показатели более высокие, а в 1-й группе (комплексное лечение) – более низкие.

Как видно из табл. 4, статистически значимых корреляций исследуемых признаков с первой шкалой не выявлено.

Таким образом, до лечения по психоземotionalному состоянию, дерматологическому статусу и качеству жизни 1-я и 2-я группы не отличались. После лечения, напротив, отмечены статистически значимые различия между группами (см. табл. 4).

В группе, где не применяли психологического консультирования, после лечения отмечены статистически значимые различия по показателям рельефа психического состояния по шкале «переживания» ($r = -0,90$; $p < 0,05$) в сравнении с группой комплексного лечения, т.е. применение психологического элементов консультирования в комплексном лечении подростков с вульгарными угрями достоверно улучшает их психоземotionalное состояние.

Между группами выявлены статистически значимые различия по дерматологическому статусу

($r = -0,34$; $p < 0,05$) после лечения. Необходимо отметить, что во время стресса активируются гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая система (что сопровождается увеличением концентрации кортизола), симпатическая нервная система (увеличение концентрации адреналина), и на уровне кожи из нервных волокон вырабатываются нейропептиды (например, нейропептид из группы тахикининов – субстанция Р), запускающие нейрогенное воспаление [29–31]. И, соответственно, применение релаксационных техник будет иметь не только симптоматическое значение, но и в какой-то степени патогенетическое.

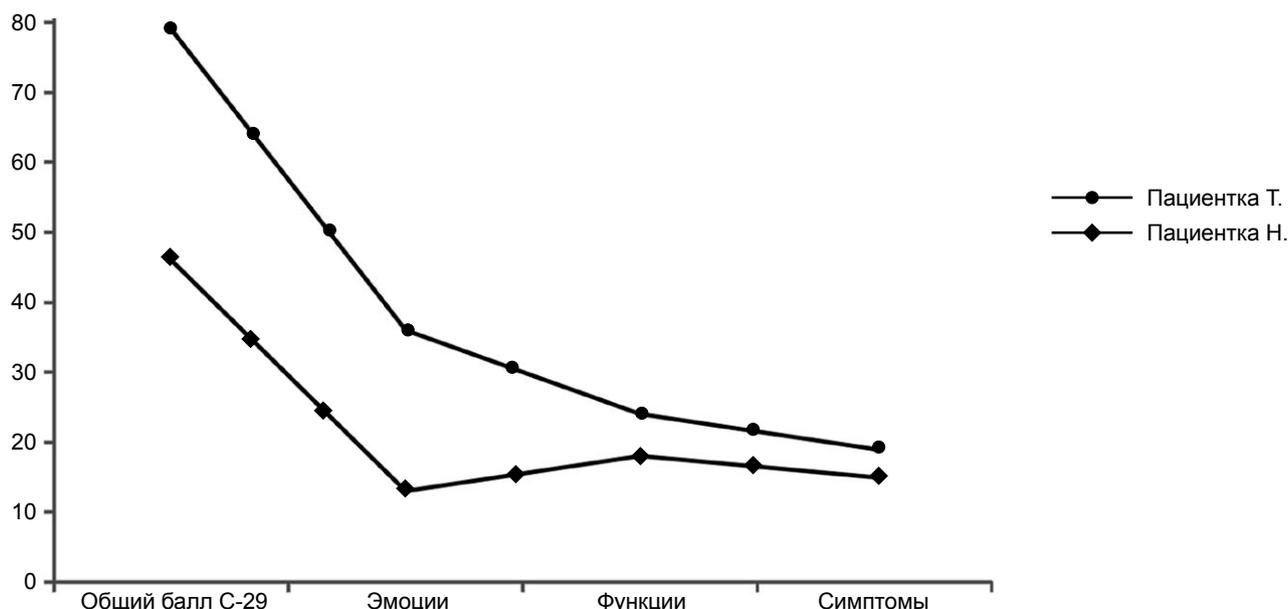
В-третьих, выявлены статистически значимые различия между группами в оценке пациентами качества жизни как по общим показателям, так и по отдельным шкалам (особенно по шкале «Эмоции» опросника «Скиндекс-29») (см. табл. 4). Подростки с вульгарными угрями, получавшие комплексное лечение, достоверно выше оценивали качество жизни, чем пациенты 2-й группы.

Для демонстрации различий в оценке качества жизни после лечения представим данные опросников по качеству жизни двух пациенток (см. рисунок).

Пациентка Н., 16 лет, студентка колледжа. Диагноз: «Вульгарные угри лёгкой степени тяжести». Пациентка из 1-й анализируемой группы с применением психологического консультирования. Общий показатель качества жизни (Скиндекс-29) после лечения 46 баллов, до лечения – 110.

Пациентка Т., 16 лет, учащаяся 10-го класса. Диагноз: «Вульгарные угри лёгкой степени тяжести». Пациентка из 2-й анализируемой группы (психологическое консультирование не применяли). Общий показатель качества жизни (Скиндекс-29) после лечения 79 баллов, до лечения – 102.

Необходимо отметить, что наряду с клиническими проявлениями существенное влияние на качество жизни пациентов с вульгарными угрями оказывает и психоземotionalное состояние. Следовательно,



Показатели качества жизни (опросник «Скиндекс-29») двух подростков с вульгарными угрями после лечения.

комплексное лечение, направленное на кожную патологию и психоэмоциональное состояние, благоприятно отражается на качестве жизни больных.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что применение элементов психологического консультирования в комплексном лечении подростков, страдающих вульгарными угрями лёгкой и средней степени тяжести, более эффективно в сравнении с традиционным дерматотропным лечением. Это подтверждается статистически значимыми различиями после лечения между участниками 1-й и 2-й групп в динамике показателей рельефа психического состояния ($r = -0,90$; $p < 0,05$), индекса ДИА ($r = -0,34$; $p < 0,05$) и показателей качества жизни ($r = -0,72$ и $r = -0,68$; $p < 0,05$, по опросникам ДИКЖ и «Скиндекс-29» соответственно). При этом улучшение психоэмоционального статуса коррелировало с положительной динамикой кожного процесса, о чём свидетельствует прямая, достаточно выраженная статистически значимая взаимосвязь между показателями шкалы переживания и индексом ДИА – $r = 0,52$ ($p < 0,05$).

Совершенствование подходов психологической помощи у дерматологических больных, в том числе больных вульгарными угрями, представляет собой актуальное и перспективное научно-практическое направление. Врачу в этой ситуации важно обратить внимание на характер общения с пациентом и его родителями, который нередко приобретает формальный оттенок (отсутствие эмпатии, доверия) [14]. Хотя именно общение врача с пациентом должно иметь терапевтический акцент (доверие и сотрудничество между врачом и пациентом, а также его

родителями). Отношение к подростку должно быть как ко взрослому, важно простимулировать формирование ответственности у него (и за результат лечения в том числе), избегать оценочных суждений в адрес подростка. По этому поводу вспоминаются слова французского писателя, поэта, лётчика Антуана де Сент-Экзюпери: «Какими бы ни были изыски современной медицины, её технические возможности, человек всегда будет ждать и верить врачу, который сумеет выслушать, одобрить, проявить сострадание» [32].

ЛИТЕРАТУРА

- Олисова О.Ю. Эффективность системных ретиноидов при акне. *Русский медицинский журнал*. 2016; 24(10): 602-6.
- Снарская Е.С. Антибактериальная терапия вульгарных акне. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2019; 95(5): 58-67.
- Николаева Н.Н. Неэффективность наружной терапии у пациентов с акне: современные пути решения. *Косметика и медицина*. 2019;(1):8-13.
- Альбанова В.И., Забненкова О.В. *Угри*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2013.
- Сысоева Т.А. Алгоритм осмотра и обследования пациенток с ювенильными акне. *Вестник последипломного медицинского образования*. 2003; (3-4): 74-5.
- Альбанова В.И., Сазыкина Л.Н., Гольченко В.А. Результаты пострегистрационного изучения эффективности терапии топическим эритромицин-цинка ацетатом при обычных и поздних угрях, влияние данного заболевания и лечения на психологический статус пациентов. *Клиническая дерматология и венерология*. 2012; 10(3): 83-91.
- Арипова М.Л., Хардинова С.А. Психоэмоциональное состояние пациентов с тяжелой степенью акне на фоне терапии изотретиноином. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2015; (5): 122-7.
- Dalgaard F., Gieler U., Hoim J.O., Bjertness E., Hauser S. Self-esteem and body satisfaction among late adolescents with acne:

- results from a population survey. *J Am Acad Dermatol.* 2008; 59(5): 746-51.
9. Ritvo E., Del Rosso J.Q., Stillman M.A., La Riche C. Psychosocial judgements and perceptions of adolescents with acne vulgaris: A blinded, controlled comparison of adult and peer evaluations. *Biopsychosoc Med.* 2011; 5(1): 11.
 10. Magin P., Adams J., Heading G., Pond D., Smith W. Psychological sequelae of acne vulgaris: Results of a qualitative study. *Can Fam Physician.* 2006; 52(8): 978-9.
 11. Николаева Н.Н. *Психологические аспекты в практике косметолога.* Иркутск: ИГМУ; 2018.
 12. Божович Л.И. *Избранные психологические труды: Проблема формирования личности.* М.: Педагогика; 1995.
 13. Выготский Л.С. *Собрание сочинений.* В 6 т. М.: Педагогика; 1982. т. 1.
 14. Эриксон Э. *Идентичность: юность и кризис.* Пер. с англ. М.: Прогресс; 1996.
 15. Stathakis V., Kilkenny M., Marks R. Descriptive epidemiology of acne vulgaris in the community. *Australas J Dermatol.* 1997; 38(3): 115-23.
 16. Хьелл Л., Зиглер Д. *Теории личности.* Пер. с англ. СПб.: Питер; 2003.
 17. Ивлев Ю.В. *Логика.* М.: Логос; 2001.
 18. Батлер-Бовдон Т. *50 великих книг по психологии.* Пер. с англ. М.: ЭКСМО; 2012.
 19. Яурова А.С. Взаимосвязь жизнестойкости и самооотношения у подростков с акне (угревой болезнью). *Педиатр.* 2017; 8(5): 110-6.
 20. Пономарева Ж.В. Психологическое сопровождение лечения подростков, больных акне. *Российский педиатрический журнал.* 2011;(1):53-6.
 21. Божко С.А., Шерина Т.Ф. Опыт применения нелекарственных методов в лечении угревой болезни (акне вульгарис). *Вестник новых медицинских технологий.* Электронное издание. 2015;(4): публ.7-2. [Доступно по: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5281.pdf> дата обращения: 20.04.2020]. DOI: 10.12737/16772
 22. Линде Н.Д. *Психологическое консультирование. Теория и практика* М.: Аспект Пресс; 2011.
 23. Сорокина Т.С. *История медицины.* М.: Академия; 2009.
 24. Кочергин Н.Г., Самгин М.А., Монахов С.А., Игнатьев Д.В. Дерматологический индекс акне. *Эстетическая медицина.* 2004; 3(1): 62-5.
 25. *Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем.* М.: Деловой экспресс; 2016.
 26. Прохоров А.О. *Психология неравновесных состояний.* М.: ИПРАН; 1998.
 27. Адаскевич В.П. *Диагностические индексы в дерматологии.* М.: Изд-во Панфилова: БИНОМ; 2014.
 28. Адаскевич В.П. *Диагностические индексы в дерматологии.* М.: Медицинская книга; 2004.
 29. Hendrix S. Neuroimmune communication in skin: far from peripheral. *J Invest Dermatol.* 2008; 128(2): 260-1.
 30. Pavlovic S., Danilchenko M., Tobin D.J., Hagen E., Hunt S.P., Klapp B.F., et al. Further exploring the brain-skin connection: stress worsens dermatitis via substance P-dependent neurogenic inflammation in mice. *J Invest Dermatol.* 2008; 128(2): 434-46.
 31. Бауманн Л. *Косметическая дерматология. Принципы и практика.* Пер. с англ. М.: МЕДпресс-информ; 2012.
 32. Антуан де Сент-Экзюпери. *Собрание сочинений.* Пер. с франц. В 3 т. Рига: Полярис; 1997. Т. 3.
 3. Nikolaeva N.N. Ineffectiveness of external therapy in patients with acne: modern solutions. *Cosmetics and Medicine. Russian Journal.* 2019; (1): 8-13. (in Russian)
 4. Albanova V.I., Zabnenkova O.V. *Acne.* Moscow: GEOTAR-Media; 2013. (in Russian)
 5. Sysoeva T.A. Algorithm of examination and examination of patients with juvenile acne. *Bulletin of Postgraduate Medical Education. Russian Journal (Vestnik poslediplomnogo medicinskogo obrazovaniya).* 2003 ;(3-4): 74-5. (in Russian)
 6. Albanova V.I., Sazykina L.N., Golchenko V.A. Results of postmarketing studies on the efficacy of therapy of vulgar and late-onset acne with the use of erythromycin/zinc acetate for topical application and the influence of this disease and its treatment on the psychological status of the patients. *Clinical Dermatology and Venereology. Russian Journal (Klinicheskaya Dermatologiya i Venerologiya).* 2012; 10(3): 83-91. (in Russian)
 7. Aripova M.L., Khardikova S.A. Psychoemotional state of the patients with severe acneassociated with isotretinoin therapy. *Bulletin of Dermatology and Venereology. Russian Journal (Vestnik Dermatologii i Venerologii).* 2015; 88(5): 122-7. (in Russian)
 8. Dalgard F., Gieler U., Hoim J.O., Bjertness E., Hauser S. Self-esteem and body satisfaction among late adolescents with acne: results from a population survey. *J Am Acad Dermatol.* 2008; 59(5): 746-51.
 9. Ritvo E., Del Rosso J.Q., Stillman M.A., La Riche C. Psychosocial judgements and perceptions of adolescents with acne vulgaris: A blinded, controlled comparison of adult and peer evaluations. *Biopsychosoc Med.* 2011; 5(1): 11.
 10. Magin P., Adams J., Heading G., Pond D., Smith W. Psychological sequelae of acne vulgaris: Results of a qualitative study. *Can Fam Physician.* 2006; 52(8): 978-9.
 11. Nikolaeva N.N. *Psychological aspects in the practice of cosmetologist.* Irkutsk: Irkutsk state medical University; 2018. (in Russian)
 12. Bozhovich L.I. *Selected psychological works: the problem of personality formation.* Moscow: Pedagogy; 1995. (in Russian)
 13. Vygotsky L.S. *Collected works.* Moscow: Pedagogy; 1982. vol. 1. (in Russian)
 14. Erikson E.H. *Identity: youth and crisis.* New York: Norton Company; 1968.
 15. Stathakis V., Kilkenny M., Marks R. Descriptive epidemiology of acne vulgaris in the community. *Australas J Dermatol.* 1997; 38(3): 115-23.
 16. Hjellev L., Ziegler D. *Personality Theories: Basic Assumptions, Research, and Applications.* McGraw-Hill; 1992.
 17. Ivlev Yu.V. *Logika.* Moscow: Logos; 2001. (in Russian)
 18. Butler-Bowdon T. *50 Psychology Classics.* Bookwell; 2007.
 19. Yaurova A.S. The relationship of hardiness and self-attitude in adolescents with acne. *Pediatrician. Russian Journal (Pediater).* 2017; 8(5): 110-6. (in Russian)
 20. Ponomareva Zh.V. Psychological accompaniment of treatment of adolescents with acne rash. *Russian Pediatric Journal. (Rossijskii pediatricheskii zhurnal).* 2011; (1): 53-6. (in Russian)
 21. Bozko S.A., Sherina T.F. The use of non-drug methods in treatment of acne vulgaris in experiment. *Bulletin of new medical technologies. Russian Electronic Journal (Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologii).* 2015; (4): publ.7-2. [Available at: <https://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5281.pdf>. Accessed April 20, 2020] (in Russian)
 22. Linde N.D. *Psychological counseling. Theory and practice.* Moscow: Aspect Press; 2011. (in Russian)
 23. Sorokina T.S. *History of medicine.* Moscow: Academy; 2009. (in Russian)
 24. Kochergin N.G., Samgin M.A., Monakhov S.A., Ignatiev D.V. Dermatological index of acne. *Aesthetic medicine. Russian Journal (Esteticheskaya meditsina).* 2004; 3(1): 62-5. (in Russian)
 25. *Federal clinical guidelines. Dermatology, 2015: diseases of the skin. Sexually transmitted infections.* Moscow: Delovoy Express; 2016. (in Russian)

REFERENCES

1. Olisova O.Yu. The efficacy of systemic retinoids in acne. *Russian Medical Journal. Dermatology (Russkii Medicinskii Zhurnal).* 2016; 24(10): 602-6. (in Russian)
2. Snarskaya E.S. Antibacterial therapy of vulgar acne. *Bulletin of Dermatology and Venereology. Russian Journal (Vestnik Dermatologii i Venerologii).* 2019; 95(5): 58-67. (in Russian)

26. Prokhorov A.O. *Psychology of non-equilibrium States*. Moscow: IPRAN; 1998. (in Russian)
 27. Adaskevich V.P. *Diagnostic indices in dermatology*. Moscow: BINOM; 2014. (in Russian)
 28. Adaskevich V.P. *Diagnostic indices in dermatology*. Moscow: Medical Book; 2004. (in Russian)
 29. Hendrix S. Neuroimmune communication in skin: far from peripheral. *J Invest Dermatol*. 2008; 128(2): 260-1.
 30. Pavlovic S, Daniltchenko M, Tobin DJ, Hagen E, Hunt SP, Klapp BF, et al. Further exploring the brain-skin connection: stress worsens dermatitis via substance P-dependent neurogenic inflammation in mice. *J Invest Dermatol*. 2008; 128(2): 434-46.
 31. Baumann L. *Cosmetic Dermatology. Principles and Practice*. McGraw-Hill Companies; 2009.
 32. Antoine de Saint-Exupery. *Collected works*. In 3 vol. Riga: Polaris; 1997. Vol. 3.
-