СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Опыт консолидации работы кафедры, научно-технической лаборатории и лечебной базы учреждения здравоохранения в реализации практической составляющей обучения врачей по программам повышения квалификации / И. Е. Торшина [и др.]. // Консорциум МАПДО. – 2019.

2. Волнухин, В. А. Фототерапия заболеваний кожи: основные аспекты применения / В. А. Волнухин // Клиническая дерматология и венерология. – 2018. – № 17. – С. 78–84.

УДК 616.517+616.521]:159.944.4

А. В. Шенец, В. С. Егорова, А. Н. Житкова, О. Е. Юранова

Научный руководитель: ассистент Ю. И. Мартинович

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»,

Учреждение здравоохранения
«Гомельский областной клинический центр дерматовенерологии и косметологии»
г. Гомель, Республика Беларусь

СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПСОРИАЗА И ИНФЕКЦИОННОГО ДЕРМАТИТА (ЭКЗЕМЫ) СРЕДИ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ

Введение

Хронический стресс является одним из ведущих факторов риска развития и обострения многих соматических заболеваний. Изучению вопроса взаимосвязи психической составляющей и возникающего кожного заболевания посвящен ряд исследований отечественных и зарубежных авторов. В повседневной практике врача-дерматолога встречаются хронические заболевания, в возникновении (рецидивировании) которых клинически очевидна роль психогенных воздействий [1–2].

Среди широкого спектра особое место занимают псориаз и инфекционный дерматит (экзема), которые характеризуются хроническим рецидивирующим течением.

На нервной почве псориаз нередко становится следствием ослабления иммунной системы. Организм перенаправляет ресурсы на борьбу с эмоциональными и физическими раздражителями, что приводит к снижению защитных функций. Это создает благоприятную среду для хронических инфекций, которые могут активизировать и усугубить симптомы псориаза [3].

Стресс может выступать в качестве катализатора обострения инфекционного дерматита (экземы). Когда человек испытывает сильное нервное напряжение, в организме происходит ряд биохимических процессов, которые приводят к повышенному выделению кортизола – гормона стресса. Хронически повышенный уровень кортизола может ослаблять иммунитет и вызывать воспалительные реакции на коже, способствуя обострению экземы [4].

Несмотря на различия в этиопатогенезе (аутоиммунная природа псориаза и аллергическо-воспалительная при экземе), оба заболевания объединяет триггерная роль стресса: психоэмоциональные перегрузки способны не только провоцировать первичные проявления, но и вызывать обострения, утяжелять клиническую картину и снижать эффективность терапии.

Цель

Проанализировать субъективные оценки влияния хронического стресса на возникновение и обострение псориаза и инфекционного дерматита (экземы) среди лиц трудоспособного возраста, а также выявить взаимосвязь между уровнем воспринимаемого стресса и тяжестью дерматологической симптоматики.

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 72 респондента. Критерий включения: трудоспособное население. Критерии исключения: респонденты, не завершившие заполнение анкеты, а также лица, не имеющие подтвержденного врачом-дерматологом диагноза кожного заболевания.

Сбор первичной информации осуществлялся с помощью авторского опросника, разработанного специально для данного исследования. Анкетирование проводилось в цифровом формате на платформе YandexForms. Участие в исследовании являлось добровольным и анонимным.

Анкета состояла из четырех смысловых блоков и включала 15 вопросов. Социально-демографический блок (вопросы 1–4) фиксировал пол, возраст, текущий трудовой статус и характер трудовой деятельности респондентов. Блок оценки уровня стресса (вопросы 5–8) включал как прямую самооценку уровня стресса по 5-балльной шкале Лайкерта (вопрос 5), так и вопросы-маркеры, косвенно указывающие на хронический стресс (частота тревоги, нарушения сна, чувство неспособности справиться с задачами). Частота оценивалась по порядковой шкале: «Никогда», «Редко», «Иногда», «Часто», «Постоянно». Дерматологический блок (вопросы 9, 11–13) оценивал частоту ухудшений состояния кожи, нозологию, длительность и степень тяжести заболевания в последние 6 месяцев. Вопрос 11 («Имеются ли у вас кожные заболевания, подтвержденные врачом-дерматологом?») выступал в качестве фильтра: респонденты, указавшие «Нет диагноза» или «Затрудняюсь ответить», исключались из дальнейшего анализа по специфическим вопросам течения болезни. Блок анализа психосоматических взаимосвязей (вопросы 10, 14, 15): содержал ключевые вопросы о субъективной связи стресса и обострений, о временной задержке реакции кожи на стресс, а также о влиянии симптомов болезни на повышение уровня стресса (порочный круг).

Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием компьютерных программ Microsoft Excel.

Результаты исследования и их обсуждение

В процессе исследования были проанализированы субъективные оценки респондентов трудоспособного возраста, имеющих подтвержденный диагноз хронического дерматоза (псориаз или инфекционный дерматит).

В выборке значительно преобладают женщины, составившие 69,9% (51 человек), в то время как мужчины – 30,1% (22 человека). Распределение по возрасту показало, что большинство респондентов находятся в активном трудоспособном возрасте: основную массу составили лица от 18 до 30 лет (46,6%) и от 31 до 45 лет (24,7%).

Анализ блока вопросов, посвященных психоэмоциональному состоянию, выявил высокий уровень субъективного стресса в исследуемой группе. При самооценке по 5-балльной шкале Лайкера большинство респондентов оценили свой стресс как «умеренный» (3 балла) или «сильный» (4 балла). Корреляционный анализ показал, что высокие показатели стресса (4–5 баллов) чаще встречались у лиц, отмечающих частую тревогу и нарушения сна. Так, жалобы на «частое» или «постоянное» чувство тревоги предъявили 34,7% опрошенных (25 человек), а нарушения сна (трудности засыпания, поверхностный сон) – 30,6% респондентов (22 человека).

При оценке тяжести симптомов большинство пациентов охарактеризовали свое состояние как «легкую степень» (25%) или «умеренную степень» (37,5%). Однако 15,3% опрошенных указали на тяжелую степень поражения кожи, что сопровождалось жалобами на выраженный зуд и болевые ощущения, существенно снижающие качество жизни. Ремиссии на момент опроса достигли 18,1% участников (13 человек) (рисунок 1).



Рисунок 1 – Оценка тяжести симптомов

Гипотеза о психосоматической природе заболеваний нашла подтверждение в ответах респондентов. 61,6% участников прямо или косвенно связывают ухудшение состояния кожи со стрессом (ответы «Да, почти всегда» и «Скорее да»). Лишь 19,2% отрицают наличие такой связи, а остальные затруднились с ответом (рисунок 2).

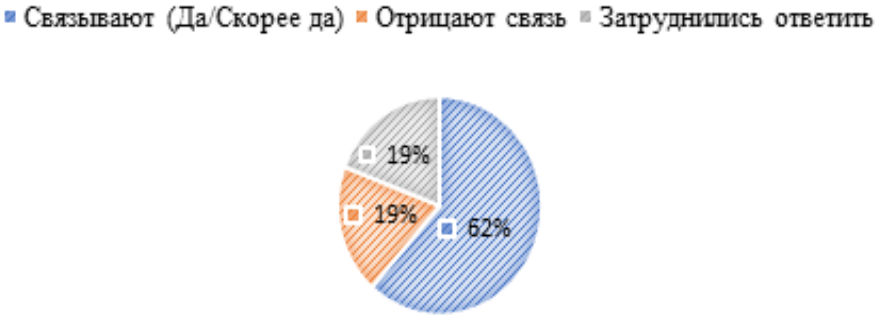


Рисунок 2 – Связь стресса и обострений кожных заболеваний

В выборке примерно равное распределение диагнозов: псориаз диагностирован у 53,4%, инфекционный дерматит (экзема) – у 46,6%. Значимых различий в уровне стресса или частоте обострений между группами не выявлено. Однако прослеживается тенденция: пациенты с экземой чаще (71% опрошенных) отмечают обострения в первые дни после стресса, в то время как при псориазе этот показатель ниже (49%), что может указывать на разные патофизиологические механизмы реагирования на стресс.

Таблица 1 – Статистика обострений при наличии заболевания.

Диагноз	Обострение через 1–3 дня
Псориаз	49%
Инфекционный дерматит (экзема)	71%

Выводы

Результаты исследования убедительно демонстрируют наличие субъективно оцениваемой связи между хроническим стрессом и течением псориаза и инфекционного дерматита у трудоспособного населения. Более 60% респондентов отмечают стресс как триггер обострений, что подтверждает значимость психоэмоционального фактора в дерматологической практике. Трудоспособное население с хроническими дерматозами характеризуется высоким уровнем стресса. Это делает их особенно уязвимыми к рецидивам и указывает на необходимость включения методов психологической коррекции и стресс-менеджмен-

та в комплексную терапию. Преобладание ответов об отсроченном характере обострений (от нескольких дней до недель) подчеркивает сложность субъективной оценки пациентом причинно-следственных связей. Мы видим, что кожа реагирует по-разному. Значит, стресс влияет на псориаз и экзему через разные биологические процессы. Для дерматовенеролога это сигнал: лечить обострение после стресса при инфекционном дерматите нужно быстро (снять зуд/воспаление), а при псориазе – быть готовым к отсроченной вспышке и работать на предупреждение. Это важный клинический факт: пациенты не всегда могут мгновенно связать стресс и сыпь, что требует от врача тщательного сбора анамнеза для выявления скрытых триггеров.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Влияние уровня стресса на качество жизни дерматовенерологических больных / А. Р Усманова, Е. В. Файзуллина, Л. К. Бунакова [и др.]. // Практическая медицина. – 2013. – № 1. – С. 120–123.

2. Порошина, Л. А. Психосоматическая симптоматика у пациентов, страдающих ограниченной склеродермией / Л. А. Порошина // Проблемы здоровья и экологии. – 2021. – Т. 18, № 4. – С. 55–60.

3. Попова, О. В. Современные представления об этиологии и патогенезе псориаза/О. В. Попова // Бюллетень медицинских интернет-конференций / Bulletin of Medical Internet Conferences. – 2014. – № 5. – С. 493.

4. Микробная экзема: современные возможности последовательной наружной терапии / М. М. Тлиш, М. Е. Шавилова, Ф. А. Псавок // Медицинский совет. – 2023. – № 23. – С. 322–326.

УДК 616.5-003.871(476.2)»2020-2025»

К. А. Шпаковская, П. Д. Руцкая

Научный руководитель: ассистент И. В. Бохан

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СЕБОРЕЙНЫМ КЕРАТОЗОМ ПО Г. ГОМЕЛЮ И ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2020–2025 ГОДЫ

Введение

Себорейный кератоз (СК) – распространенная доброкачественная эпителиальная опухоль кожи, состоящая из незрелых эпидермальных кератиноцитов [1], которая возникает, как правило, у лиц после 50 лет. Представляя собой актуальную проблему в клинической дерматологии, СК требует тщательной дифференциальной диагностики с рядом злокачественных новообразований, включая меланому и базальноклеточный рак, что подчеркивает необходимость углубленного изучения и систематизации данных об этом состоянии. Несмотря на доброкачественный характер, СК может вызывать косметический дискомфорт, зуд, раздражение и кровотечения, влияя на качество жизни пациентов.

Заболевание характеризуется появлением пигментированных, возвышающихся над уровнем кожи образований, которые могут варьировать по размеру и форме. Чаще всего опухоли имеют множественный характер роста, что приводит к значительным косметическим дефектам. Кроме того, большинство исследователей рассматривают паранеопластический процесс [2].

У большинства пациентов, обратившихся за медицинской помощью к специалистам, первоначальные проявления себорейного кератоза наблюдаются в среднем возрасте. Процесс поражение кожи себорейными кератомами имеет стадийный характер: на ранней стадии заболевание характеризуется пятнами желто-коричневой окраски, далее эти элементы постепенно темнеют и превращаются в выпуклые бляшки [3].