

Сравнительная оценка различных подходов к терапии больных псориазом

Н.Н. Петрова, И.О. Смирнова, Л.М. Лихонос
Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет

Резюме. На примере больных псориазом изучены особенности динамики психического состояния и качества жизни в процессе терапии в зависимости от особенностей организации лечебно-реабилитационных мероприятий. Обнаружена значительная частота тревоги, депрессии, расстройств личности и снижение качества жизни больных во всех сферах. Показано, что психическое состояние оказывает достоверное влияние на уровень качества жизни больных. Выявлены особенности тяжести кожной патологии, частоты, выраженности и структуры психических расстройств, качества жизни у пациентов с псориазом, получающих различные организационные формы помощи. Продемонстрированы преимущества комплексного психосоматического подхода к лечению больных псориазом с коморбидной психической патологией.

Ключевые слова: психические расстройства, качество жизни, псориаз, психодерматология.

Comparative estimation of various approaches to therapy in patients with psoriasis

N.N. Petrova, I.O. Smirnova, L.M. Likhonos
Saint-Petersburg State University, medical faculty

Summary. On the example of patients with psoriasis have been studied the features of mental condition and quality of life dynamics during the therapy depending on the form of treatment and rehabilitation organization. Was found the significantly high frequency of anxiety, depression, personality disorder and decrease in patients' quality of life in all spheres. It was shown that the mental condition has the reliable impact on patients' quality of life. Features of skin pathology, quality of life, frequency, expression and structure of mental disorders among the patients with psoriasis, receiving various organizational forms of hospital treatment were revealed. Were shown the advantages of the complex psychosomatic approach to treatment in patients with psoriasis and comorbid mental disorders.

Keywords: mental disorders, quality of life, psoriasis, psychodermatology

Псориаз — распространенное психосоматическое заболевание, которым страдает 1–5 % населения, причем у 30–40 % больных развиваются тяжелые формы заболевания, требующие стационарного лечения [8, 22].

Психогенно спровоцированные обострения отмечаются у значительного числа — 25–60 % пациентов. В свою очередь, хроническое течение дерматоза провоцирует развитие нозогенных реакций [6, 10, 11, 16]. Депрессивные расстройства встречаются у 24–58 %, тревожные расстройства — у 6–30 %, формирование социофобий и сенситивных идей отношения — более чем у 30 % больных. Кроме того, у 23–50 % пациентов наблюдается патологическое развитие личности [1, 3–5, 14].

Качеству жизни больных псориазом в последнее время уделяют все больше внимания [10, 11]. Традиционная терапия псориаза, проводимая без учета психосоматического характера болезни, остается недостаточно эффективной, что подтверждается данными EUROPSO, согласно которым 70 % больных не удовлетворены проводимым лечением [9]. По некоторым данным степень снижения качества жизни (КЖ), дающая информацию о функциональном эффекте болезни, базирующемся на собственном восприятии больных псориазом, сопоставима с таковой у пациен-

тов с сахарным диабетом II типа, ИБС и онкологическими заболеваниями [7]. Улучшение КЖ больных, в частности снижение индекса охвата и тяжести псориаза (Psoriasis area and severity index, PASI), на 75 % постулируется как конечная цель терапии псориаза. В то же время работ, посвященных изучению динамики КЖ в процессе терапии, недостаточно [2, 8, 20]. Были обнаружены прямые корреляции между уровнем депрессии и КЖ, особенно при поступлении, в то время как степень тяжести по PASI, по данным некоторых исследователей, вовсе не коррелировала с КЖ пациентов [18, 19]. Количество исследований с применением средств коррекции психического состояния пациентов невелико, однако показано, что поведенческая психотерапия, по данным рандомизированного контролируемого исследования, приводит к небольшому, но статистически значимому снижению активности псориаза, а также продемонстрирована эффективность психотерапии [3, 15, 17, 18].

Особенности этиологии, патогенеза и клиники псориаза обуславливают актуальность изучения этой проблемы с позиции интегративного биопсихосоциального подхода, делают ее одной из центральных научных и практических проблем современной психодерматологии [12, 23–24].

Целью работы явился сравнительный анализ эффективности различных подходов к лечению больных псориазом.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 40 больных псориазом, получавших стационарное лечение на психосоматическом (ПСО) и дерматологическом (ДО) отделениях ГУЗ ГорКВД. Возраст больных составил $48,78 \pm 13,99$ года. Среди обследованных пациентов несколько преобладали мужчины (62,96 %). Длительность заболевания варьировала от 3,5 до 41 года, в среднем — $17,15 \pm 11,70$ года. Критериями исключения были хронические соматические заболевания в стадии обострения, эндогенные психические заболевания, аддиктивные расстройства.

Исследование носило междисциплинарный характер и проводилось в динамике: при поступлении и при выписке (длительность госпитализации колебалась в пределах 21–28 дней). Осуществлялась оценка дерматологического, психического статуса и КЖ больных.

В исследовании применялись клинический, катamnестический методы, индекс охвата и тяжести псориаза (Psoriasisareaandseverityindex, PASI), психометрический метод (госпитальная шкала тревоги и депрессии, клиническая градуированная шкала депрессии Гамильтона и руководство по оценке психических расстройств в общемедицинской практике PRIME-MD).

Для оценки КЖ применялись: визуальная аналоговая шкала (ВАШ), отражающая субъективную оценку пациентом его КЖ; дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ), оценивающий вклад дерматологической патологии в снижение КЖ, и опросник SF-36 — инструмент для детального изучения КЖ, учитывающий наиболее часто подвергающиеся влиянию заболевания и лечения параметры КЖ.

В работе использованы современные методы описательной и аналитической статистики, статистическая программа SPSS, для анализа корреляций применялся ранговый коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты

Состояние дерматологического заболевания соответствовало поражению кожи тяжелой степени (значение PASI при поступлении составило $29,19 \pm 15,22$ балла). Поражение суставов имело у 22,2 %, лица — у 63 %, гениталий — у 44,4 % больных. Практически все пациенты указывали на наличие зуда, в том числе 29,6 % больных отмечали зуд умеренного характера, 44,4 % пациентов беспокоил периодический сильный зуд, а 22,2 % пациентов испытывали постоянный сильный зуд.

При анализе социального статуса больных выяснилось, что 29,6 % человек имели высшее образование, 59,3 % — состояли в браке и лишь половина (51,8 %) — работали. Инвалидности, связанной с псориазом, не имел ни один пациент из числа инвалидов (11 % случаев). 29,6 % больных

прекратили работу в связи с распространенностью кожных высыпаний.

Ежегодные обострения псориаза имели место у 48,2 % пациентов, у 40,7 % заболевание носило непрерывно-рецидивирующий характер, и только у 11,1 % пациентов обострения развивались не чаще одного раза в 2–3 года. На стресс, как провоцирующий обострение дерматоза фактор, указали около 78 % пациентов.

Согласно исходной самооценке больных психическое состояние больных псориазом в среднем по группе не выходило за пределы нормативных показателей: уровень тревоги составил $6,67 \pm 4,30$ балла; депрессии — $6,67 \pm 3,36$ балла по госпитальной шкале тревоги и депрессии. При этом клинически выраженная тревога (11 и более баллов) выявлялась у 22,2 % пациентов, а клинически выраженная депрессия — несколько реже: у 18,5 % больных.

Клинически уровень депрессии в среднем по группе обследованных соответствовал малому депрессивному эпизоду ($15,19 \pm 8,09$ балла по шкале депрессии Гамильтона). Среди больных с клинически очерченной депрессией в 33,3 % случаев установлен малый депрессивный эпизод, в 44,4 % расстройств соответствовали уровню большой депрессии.

В структуре депрессии преобладали такие психопатологические проявления, как гипотимия, анергия и общесоматические расстройства (рис. 1).

В результате скрининга психических расстройств с помощью PRIME-MD установлено преобладание тревожных и депрессивных расстройств вследствие соматического заболевания (табл. 1).

В соответствии с критериями МКБ-10 были диагностированы: генерализованное тревожное расстройство, смешанное тревожное и депрессивное расстройство, Соматоформное расстройство и депрессивные расстройства разной степени тяжести. У 58,8 % больных были обнаружены различные варианты расстройства личности (табл. 2).

В целом психические расстройства были выявлены у 62,96 % больных, причем частота коморбидных псориазу психических расстройств среди пациентов ПСО достигала 90 %, а среди пациентов ДО составила 47,06 % случаев.

Установлено, что исходно КЖ пациентов, страдающих псориазом, было заметно снижено и составило $53,33 \pm 21,43$ балла по ВАШ при максимально возможном уровне 100 баллов.

Среднее значение ДИКЖ достигало $12,59 \pm 6,26$ балла, что соответствует «значительному негативному влиянию кожного заболевания на КЖ пациента».

КЖ по результатам обследования больных с использованием опросника SF-36 оказалось ниже популяционных показателей по всем параметрам (рис. 2). Максимальное снижение было зарегистрировано по параметрам «Физический компонент здоровья», в особенности по шкале «Ро-

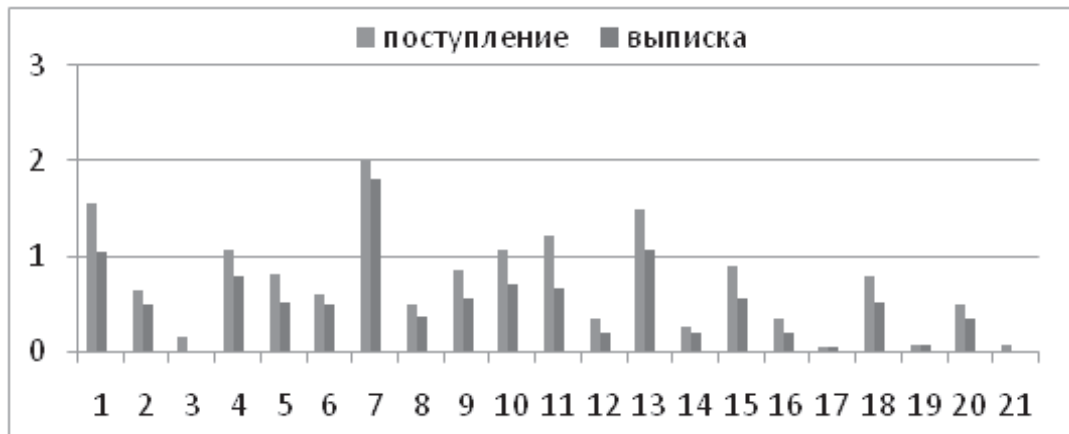


Рис. 1. Структура депрессии (по данным шкалы Гамильтона) (подписи к рис. 1, б)

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. Депрессивное настроение. | 12. Желудочно-кишечные соматические симптомы. |
| 2. Чувство вины. | 13. Общие соматические симптомы. |
| 3. Суицидальные намерения. | 14. Генитальные симптомы. |
| 4. Ранняя бессонница. | 15. Ипохондрия. |
| 5. Бессонница в середине ночи. | 16. Потеря веса. |
| 6. Поздняя бессонница. | 17. Критика. |
| 7. Активность. | 18. Суточные колебания состояния. |
| 8. Заторможенность. | 19. Деперсонализация и дереализация. |
| 9. Ажитация. | 20. Параноидный синдром. |
| 10. Психическая тревога. | 21. Обсессивные и компульсивные симптомы. |
| 11. Соматическая тревога. | |

Диагноз PRIME-MD	ПСО	ДО	Всего
Малое депрессивное расстройство	10 %	5,8 %	7,4 %
Большое депрессивное расстройство	10 %	5,8 %	7,4 %
Депрессия вследствие соматического заболевания	40 %	17,65 %	25,93 %
Генерализованное тревожное расстройство	-	7,65 %	11,11 %
Тревожное расстройство вследствие соматического заболевания	50 %	23,53 %	33,33 %
Нервная булимия	-	5,8 %	3,7 %
Соматоформное расстройство	-	11,76 %	7,4 %

левое функционирование, обусловленное физическим состоянием» (RP), отражающей, насколько сильно физическое состояние человека мешает ему в выполнении его повседневной деятельности. Обнаружено, что снижение КЖ по показателю «Физический компонент здоровья» в значительной степени обусловлено поражением суставов при псориазе ($r=0,52$; $p<0,01$).

37 % обследованных больных псориазом проходили лечение в ПСО, 63 % — в ДО. Группы сравнения были сопоставимы по возрасту ($50,7\pm 10,71$ и $47,65\pm 15,34$ года соответственно). Распределение пациентов по отделениям горКВД осуществлялось врачами-дерматологами приемного покоя, без использования специализированных скрининговых методик, на основании жалоб больных. Наличие

указаний на наблюдение психиатром также служило основанием для направления в ПСО.

Все пациенты получали традиционную терапию в соответствии с клинической формой дерматоза, кроме того, в условиях ПСО пациенты получали специализированную психиатрическую помощь, включая индивидуальную психотерапию и психофармакотерапию в средних терапевтических дозах, в том числе нейролептиками, преимущественно традиционными (аминазин, трифтазин, тиоридазин, сульпирид), антидепрессантами, в том числе последних генераций (амитриптилин, венлафаксин, тразодон, флувоксамин, флуоксетин), анксиолитиками (феназепам, атаракс), нормотимиками (карбамазепин), ноотропами (фенибут, ноопепт, пирацетам, пикамилон).

Таблица 2. Психические расстройства у больных псориазом в соответствии с МКБ-10

Диагноз по МКБ-10	Код	Кол-во пациентов, %		
		ПСО	ДО	В целом
Стойкое изменение личности неуточненное	F60.9	10	0	3,7
Эпилепсия в форме развернутых судорожных припадков с изменением личности	F07.840	10	0	3,7
Шизоидное расстройство личности	F60.1	10	0	3,7
Истерическое расстройство личности с психосоматизацией	F60.48	30	5,9	14,8
Расстройство типа зависимой личности	F60.7	0	5,9	3,7
Эмоционально-неустойчивое расстройство личности	F60.3	0	5,9	3,7
Диссоциальное расстройство личности	F60.2	0	5,9	3,7
Генерализованное тревожное расстройство	F41.1	0	3	11,1
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство	F41.2	0	17,6	11,1
Нервная булимия	F50.2	0	5,9	3,7
Соматоформные расстройства	F45	0	11,8	7,4
Депрессивный эпизод легкой степени	F32.0	0	11,8	7,4
Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов	F32.2	20	0	7,4
Другие депрессивные эпизоды	F32.8	40	0	14,8
Другие тревожные расстройства	F41.8	50	5,9	22,2

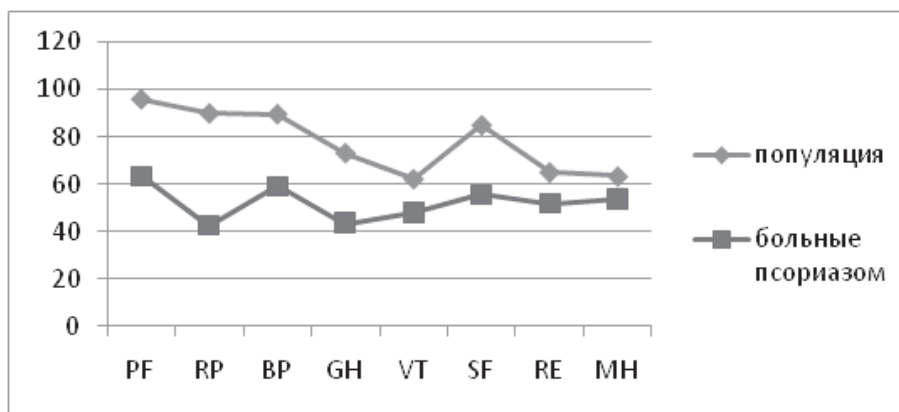


Рис. 2. SF-36 при поступлении (общая выборка) (подписи к рис. 2, 3):

Физический компонент здоровья: PF — способность к физическим нагрузкам; RP — влияние физического состояния на ролевое функционирование; BP — интенсивность боли; GH — общее состояние здоровья. Психологический компонент здоровья: VT — активность, энергичность; SF — социальное функционирование; RE — влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование; MH — психическое здоровье.

Сравнительная характеристика пациентов ПСО и ДО выявила, что исходно при поступлении у пациентов ДО достоверно реже встречалось непрерывно-рецидивирующее течение псориаза (35,3 и 50 % пациентов соответственно, $p < 0,05$), постоянный сильный зуд (11,8 и 40 % больных, $p < 0,05$). Поражение кожи у пациентов ПСО также отличалось большей тяжестью: показатель PASI составил $36,92 \pm 17,07$ балла, в то время как у пациентов ДО — $24,64 \pm 12,57$ балла ($p < 0,05$). Кроме

того, у пациентов ПСО в 2 раза чаще встречались поражения суставов и гениталий.

Социальная адаптация больных, получающих лечение в ПСО, отличалась от больных ДО в худшую сторону: не работало 90 % больных, причем большинство из них связывали отказ от трудовой деятельности с распространением псориаза, указывая, что наличие кожных высыпаний затрудняло социальные контакты, вынуждая их покидать работу. Трудоспособность сохраняли 76,5 % пациентов ДО.

Явных различий в сфере микросоциальной (семейной) адаптации не обнаружено: среди пациентов ПСО в браке состояли 60 % и ДО — 58,8 % больных. Вместе с тем, стресс как провоцирующий обострение заболевания фактор заметно чаще был выделен пациентами ПСО, чем ДО (90 и 70,6 % случаев соответственно, $p < 0,05$).

Выраженность психических расстройств в ПСО согласно самооценке больных соответствовала «субклинически выраженной тревоге» ($7,5 \pm 3,96$ балла) и «субклинически выраженной депрессии» ($7,7 \pm 3,82$ балла по госпитальной шкале). Клинически очерченная тревога и депрессия выявлены у 30 % больных в каждом случае.

Средние показатели тревоги и депрессии по группе ДО не выходили за пределы нормативных показателей. Клинической степени выраженности тревога достигала в 17,6 %, депрессия — в 11,8 % случаев, что значительно реже, чем в группе ПСО.

Объективная выраженность психических расстройств подтвердила результаты самооценки пациентов, продемонстрировав более высокий уровень депрессии у пациентов ПСО ($17,8 \pm 7,2$ и $13,65 \pm 8,2$ балла по шкале Гамильтона, $p < 0,05$). У 40 % пациентов ПСО и 29,4 % пациентов ДО был диагностирован малый депрессивный эпизод. Большой депрессивный эпизод был выявлен у 50 % пациентов ПСО и 41,2 % — ДО ($p < 0,05$).

По данным PRIME-MD психические расстройства были установлены у 70 % пациентов ПСО и 47,1 % пациентов, получавших лечение в условиях ДО. Как следует из приведенных в табл. 1 данных, генерализованное тревожное, соматоформное расстройство и нервная булимия диагностировались только у пациентов ДО.

Расстройства личности с достоверно большей частотой встречались у пациентов ПСО и имели место у 70 % больных, в то время как у пациентов ДО — лишь в 17,6 % наблюдений. Следует отметить, что среди пациентов ПСО отчетливо преобладало «Истерическое расстройство личности с психосоматизацией». Депрессивные расстройства у пациентов ПСО, согласно критериям МКБ-10, носили более выраженный характер.

Дифференцированная оценка отдельных составляющих КЖ позволила установить отчетливые особенности снижения его уровня в группах сравнения. КЖ пациентов ПСО по всем параметрам SF-36 было ниже по сравнению с пациентами ДО, но наиболее заметные различия установлены в отношении удовлетворенности больных уровнем своего ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (RE), при том, что у пациентов ДО этот показатель КЖ соответствовал среднепопуляционному (рис. 3). При этом общая удовлетворенность больными своим психическим здоровьем в группах сравнения совпала.

Пациенты ПСО в большей степени ощущали негативное влияние кожного заболевания на свою жизнедеятельность (ДИКЖ ПСО — $14,10 \pm 12,02$ балла и ДО — $11,71 \pm 5,29$ балла).

Анализ результатов лечения показал отчетливую положительную динамику психического состояния, подтвержденную изменением показателей по госпитальной шкале тревоги и депрессии и клинической градуированной шкале депрессии Гамильтона (рис. 1, 4, 5). Степень улучшения состояния и у пациентов ПСО и у пациентов ДО составила в среднем около 30 %.

Уменьшение выраженности симптомов депрессии наблюдалось по всем доменам психопатологической симптоматики, однако если в первой группе сравнения наибольшее нивелирование претерпела гипотимия, то во второй группе особенно выраженное снижение было отмечено в отношении соматизированной тревоги и колебаний настроения (рис. 6).

Именно на фоне комплексной терапии в условиях ПСО отмечено наибольшее улучшение дерматологического статуса — снижение индекса PASI на 68,9 % (ДО — на 44,5 %) (рис. 7).

Самооценка КЖ по данным ВАШ продемонстрировала отчетливую положительную динамику при определенных преимуществах комплексной терапии псориаза (ПСО — $56,50 \pm 12,11$ балла; ДО — $51,47 \pm 25,35$ балла) (рис. 8).

Изменение уровня КЖ в группах сравнения по данным специфического дерматологического опросника КЖ было сходным, и к концу лечения показатель ДИКЖ составил $8,44 \pm 4,58$ балла, что соответствовало «умеренному негативному влиянию кожного заболевания на жизнь пациента». Наибольшее улучшение отмечалось по субшкалам: «Симптомы и самочувствие», «Личные отношения», «Повседневная активность».

Динамика КЖ по отдельным сферам функционирования в целом по группе обследованных больных псориазом продемонстрировала отчетливое улучшение психологической составляющей КЖ, включая показатели витальности, ограничивающего влияния эмоционального состояния на ролевое функционирование и общую удовлетворенность своим психическим здоровьем, причем эти параметры стали соответствовать общепопуляционным характеристикам КЖ (рис. 9.1; 10.1).

В основном это происходит за счет уровня КЖ пациентов, получавших лечение в ДО (рис. 9.2). Однако можно констатировать достоверно больший прирост КЖ среди больных, получающих лечение в условиях ПСО, причем максимальное улучшение среди пациентов ПСО произошло по шкале RE (рис. 10.2).

При проведении корреляционного анализа было обнаружено, что достоверный параллелизм между улучшением кожного статуса (PASI) и КЖ пациентов (ДИКЖ) ($r = 0,16$; $p > 0,05$), динамикой депрессии (выраженность по шкале Гамильтона) и улучшением кожного статуса (PASI) ($r = 0,22$; $p > 0,05$) отсутствует. Однако улучшение КЖ пациентов (ДИКЖ) высоко значимо прямо зависит от уменьшения уровня депрессии (шкала Гамильтона) ($r = 0,70$; $p < 0,001$).

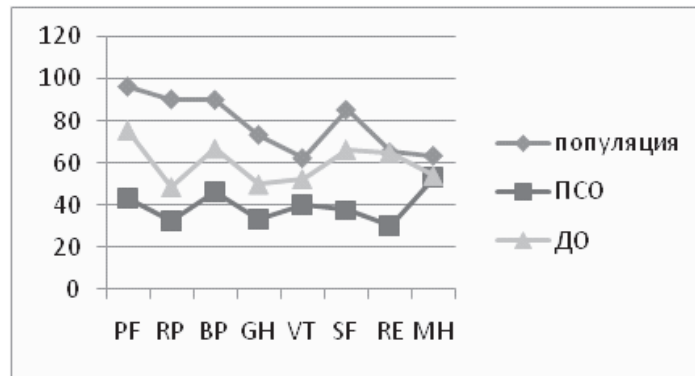


Рис. 3. КЖ пациентов PCO и ДО по данным SF-36.

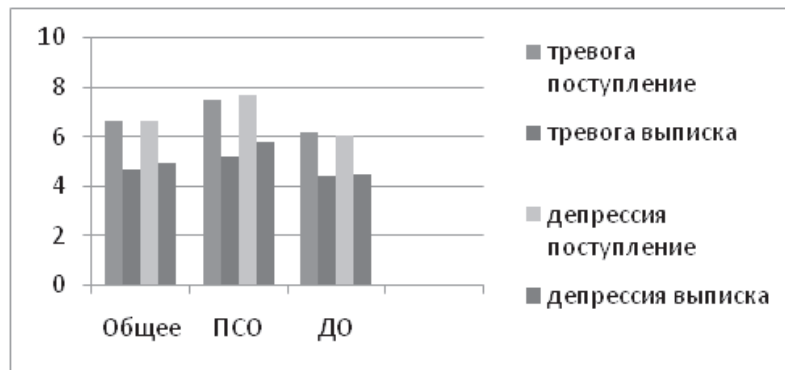


Рис. 4. Динамика психического состояния согласно самооценке больных (баллы по госпитальной шкале).

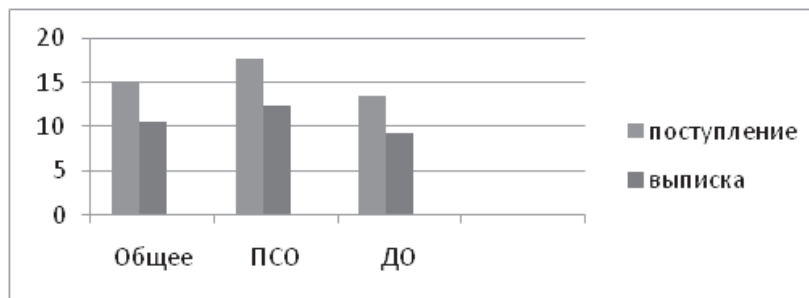


Рис. 5. Динамика выраженности депрессии (баллы по шкале Гамильтона).

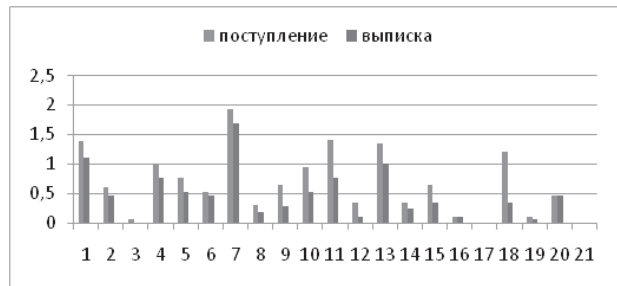
Заключение

Таким образом, у больных псориазом наблюдается значительная частота тревожных, депрессивных расстройств, как психогенного, так и соматогенного характера, невротического уровня, а также расстройств личности. При псориазе связанное со здоровьем КЖ существенно снижено, в том числе за счет психологической составляющей. Анализ организационных аспектов оказания помощи больным псориазом свидетельствует, что в PCO, как правило, направляются больные с клинически очерченными психическими расстройствами, большей тяжестью течения псориаза, значительным нарушением социальной

адаптации вследствие коморбидной психической и кожной патологии, выраженным снижением КЖ. У больных, получающих лечение в условиях PCO, улучшение кожного статуса в процессе терапии происходит в большей степени, чем при лечении в ДО. Комплексная терапия больных псориазом, включающая коррекцию психических расстройств, способствует большей эффективности лечения кожного заболевания с позиции улучшения КЖ больных. Полученные данные подтверждают целесообразность развития психосоматического подхода в лечении больных псориазом.



ПСО



ДО

Рис. 6. Динамика выраженности отдельных психопатологических проявлений по шкале Гамильтона у пациентов ПСО и ДО.

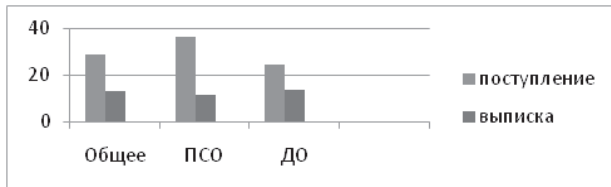


Рис. 7. Динамика тяжести кожного заболевания.

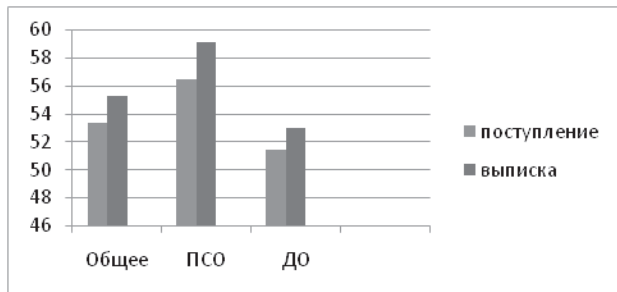
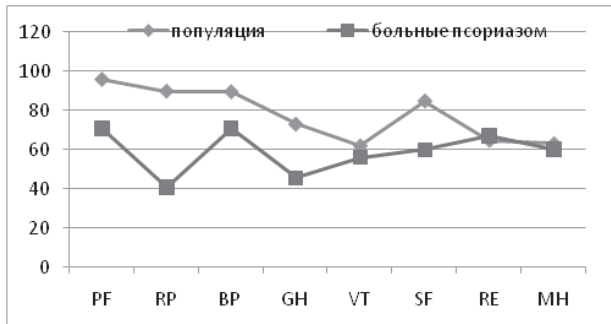
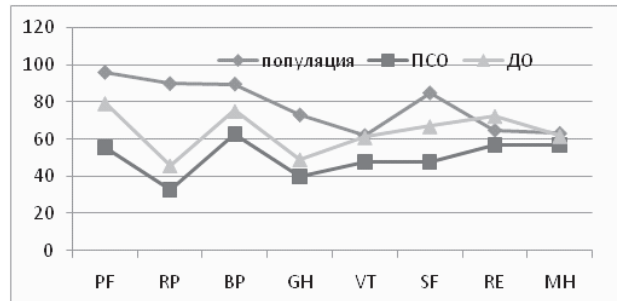


Рис. 8. Динамика КЖ больных по ВАШ.

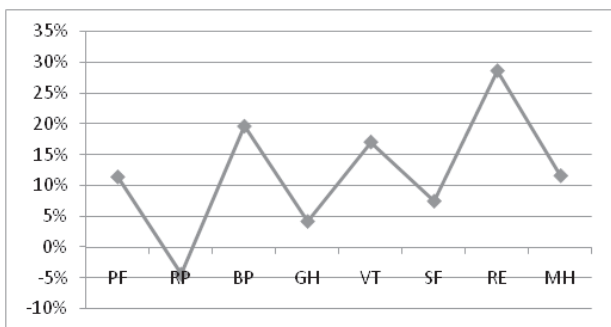


9.1

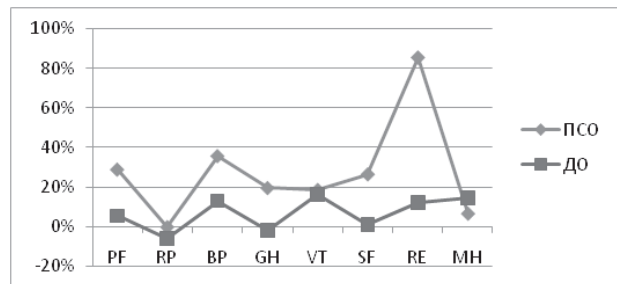


9.2

Рис. 9. КЖ по SF-36 при выписке (9.1 — в целом, 9.2 — ПСО и ДО).



10.1



10.1

Рис. 10. Прирост показателей КЖ по данным SF-36 (10.1 — в целом, 10.2 — ПСО и ДО).

Литература

1. Белоусова Т.А., Львов А.Н., Дороженок И.Ю. Нозогенные психические расстройства, обусловленные дерматологической патологией // *Российский медицинский журнал*. — 2006. — № 6. — С. 15–18.
2. Довжанский С.И. Качество жизни — показатель состояния больных хроническими дерматозами // *Вестник дерматол. и венерол.* — 2001. — № 3. — С. 12–13.
3. Дороженок И. Ю. Современные аспекты психофармакотерапии психодерматологических расстройств // *Психиатр. и психофармако-тер.* — 2004. — № 6. — С. 274–276.
4. Дороженок И.Ю., Белоусова Т.А., Терентьева М.А. Нозогенные реакции у больных дерматозами фациальной локализации // *Рос. журн. кожн. и вен. болезней*. — 2006. — № 1. — С. 41–45.
5. Дороженок И.Ю., Львов А.Н. Психические расстройства, провоцируемые хроническими дерматозами: клинический спектр // *Вестник дерматол. и венерол.* — 2009. — № 4. — С. 35–40.
6. Дороженок И.Ю., Пушкарев Д.Ф. Психические расстройства, обусловленные стрессогенным влиянием псориаза // *Псих. расстройства в общей медицине*. — 2010. — № 3. — С. 16–21.
7. Касимова Л.Н., Китаева И.И. Психологические особенности и спектр психопатологических расстройств у больных, страдающих псориазом // *Псих. расстройства в общей медицине*. — 2008. — № 1. — С. 18–22.
8. Клинические рекомендации по лечению больных псориазом / Под ред. Кубановой А.А. М.: ДЭКС-Пресс. 2008. 56 с. П 86 (Клинические рекомендации / Российское общество дерматовенерологов).
9. Комаревцева В.В. Измерение показателей качества жизни у больных псориазом // *Рос. журн. кожн. и вен. болезней*. — 2009. — № 5. — С. 20–23.
10. Кочергин Н.Г., Смирнова Л.М. Как улучшить качество жизни больного псориазом // *Клиническая фармакология и терапия*. — 2008. — № 2. — С. 43–46.
11. Новицкая Н.Н. Влияние псориаза на качество жизни больных: дис. ... канд. мед. наук. — Новосибирск. — 2009. — 138 с.
12. Смулевич А.Б., Иванов О.Л., Львов А.Н., Дороженок И.Ю. Психодерматология: современное состояние проблемы // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. — 2004. — Т. 11. — С. 4–14.
13. Смулевич А.Б., Львов А.Н. Психические расстройства в дерматологической практике (методическое пособие). — Москва. — 2006. — 54 с.
14. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. Москва: Медицинское информационное агентство. — 2007. — 434 с.
15. Сухарев А.В., Назаров Р.Н. Медико-психологическая коррекция в условиях дерматологического стационара // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. — 2006. — № 4. — С. 25–27.
16. Терентьева М.А., Белоусова Т.А. Психогенные (нозогенные) расстройства при хронических дерматозах // *Психиатрия и психофармакотерапия*. — 2004. — № 6. — С. 270–272.
17. Трофимова И.Б., Бардеништейн Л.М., Воронина Я.Ю., Сускова В.С. Некоторые аспекты патогенеза псориаза и особенности комплексного лечения больных // *Вестник дерматол. и венерол.* — 2006. — № 1. — С. 32–35.
18. Feldman S.R., Menter A., Koo J.Y. Improved health-related quality of life following a randomized controlled trial of alefacept treatment in patients with chronic plaque psoriasis // *Br J Dermatol.* — 2004. — 150. — P. 317–26.
19. Lee Y.W., Park E.J, Kwon I.H., Kim K.H. Impact of psoriasis on quality of life: relationship between clinical response to therapy and change in Health-related Quality-of-life // *Ann Dermatol.* — 2010. — Vol. 22, № 4. — P. 389–396.
20. Mease F.J., Menter M.A. Quality-of-life issues in psoriasis and psoriatic arthritis: Outcome measures and therapies from a dermatological perspective // *J Am Acad Dermatol.* 2006. — 54. — P. 685–704.
21. Menter A., Augustin M., Signorovitch J., Yu P., Wu E.Q. et al. The effect of adalimumab on reducing depression symptoms in patients with moderate to severe psoriasis: a randomized clinical trial // *J Am Acad Dermatol.* — 2010. — 62. — P. 812–18.
22. Rook A., Wilkinson D.S., Ebling F.J.G. *Textbook of dermatology*. 3rd Ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications. — 1979. — P. 1472–1485.
23. Zachariae R., *Psychoneuroimmunology: A biopsychosocial approach to health and dis.* // *Scandinavian Journal of Psychology*. — 2009. — Vol. 50, Issue 6. — P. 645–651.
24. Walker C., Papadopoulos L. *Psychodermatology*. Cambridge Univ. Press. — 2005. — 158 p.

Сведения об авторах

Петрова Наталия Николаевна — д. м. н., зав. кафедрой психиатрии и наркологии, медицинский факультет Санкт-Петербургского государственного университета. E-mail: petrova_nn@mail.ru

Смирнова Ирина Олеговна — д. м. н., руководитель курса дерматологии кафедры инфекционных болезней, эпидемиологии и гигиены с курсом дерматологии.

Лихонос Лилия Михайловна — клинический ординатор.