

Министерство здравоохранения Донецкой Народной Республики  
Государственная образовательная организация высшего профессионального  
образования «Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького»

На правах рукописи

**Горбенко Алина Сергеевна**

**ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ  
АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ НА ФОНЕ ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ**

14.01.10 – кожные и венерические болезни

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Донецк – 2020

Работа выполнена в Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

Научный руководитель: доктор медицинских наук, доцент  
**Проценко Олег Анатольевич**

**Официальные оппоненты: Волошин Руслан Николаевич**

доктор медицинских наук, доцент,  
Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
(ФГБОУ ВО) «Ростовский государственный  
медицинский университет» МЗ РФ, профессор  
кафедры дерматовенерологии факультета  
повышения квалификации (ФПК) и  
профессиональной подготовки специалистов (ППС)

**Милус Ирина Евгеньевна**

кандидат медицинских наук,  
Республиканский клинический  
дерматовенерологический центр (РКДВЦ) МЗДНР  
директор

**Ведущая организация: Государственное учреждение Луганской Народной Республики «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»**

Защита состоится «29» января 2021 года в 11:00 часов на заседании диссертационного совета Д 01.011.03 при Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» по адресу: 283092, г. Донецк, ул. Полоцкая, 2а, Республиканский онкологический центр им. проф. Г.В. Бондаря. Тел.: (062) 332-70-35, 332-70-73, e-mail: spec-sovet-01-011-03@dnmu.ru

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке организации по адресу: 283003г. Донецк, пр. Ильича, 16; dnmu.ru

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Ученый секретарь  
Диссертационного совета Д 01.011.03

С.Э. Золотухин

## **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ**

**Актуальность темы.** Известно, что более, чем у 80% больных аллергодерматозами (АлД) заболевание развивается после стрессорных воздействий (Проценко Т.В., 2013, Потекаев Н.Н., 2016). Доказана роль нарушений функций вегетативной нервной системы (ВНС) в патогенезе АлД, влияние психовегетативных расстройств на течение и эффективность их терапии (Бокова И.А., 2020). Показана взаимосвязь сенсибилизации кожи и последующего развития иммунозависимого воспаления в ней с функциональными нарушениями в центральной нервной системе (ЦНС) и ВНС при атопическом дерматите (АД) (Кубанова А.А., 2014, Волошин Р.Н., 2017).

В тоже время до настоящего времени лишь единичные работы посвящены изучению психопатологических, психоэмоциональных и нейровегетативных нарушений больных АлД, длительное время пребывающих в условиях хронического стресса – в зоне локального конфликта (ЗЛК) (Довжанский С.И., 2001, Львов А.Н., 2001, Аксенова О.И., 2014). Не отработаны подходы к лечебно-реабилитационным мероприятиям для больных АлД с высоким уровнем тревожности и психовегетативными нарушениями.

### **Степень разработанности темы**

Известно, что развитие аллергических реакций в коже обусловлено множеством сложных процессов, одним из которых является стресс-индуцированный ответ нейро-эндокринно-иммунной системы (Милус И.Е., 2017, Гончаров С.В., 2018). Доказана роль психогенных воздействий как факторов, провоцирующих манифестацию (у 44% больных) или экзацербацию (у 81,3% больных) дерматозов (Дороженок И.Ю., 2018). Установлено, что тяжелое течение АлД более, чем у 2/3 больных сопровождалось разнообразными психогенными реакциями (Мостовая Л.И., 2015, Бокова И.А. 2020). Недооценка психоэмоционального состояния у 40% больных приводила к неэффективности терапии (Савченко Е.С., 2012, Арсеньева А.А., 2014). Показано, что стресс инициирует психовегетативный синдром, психопатологические и нейровегетативные нарушения, влияющие на прогноз терапии и течения АлД (Караваева Т.А., 2018, Дымова Е.Н., 2019).

Длительное проживание в ЗЛК является мощным стрессорным воздействием, которое может влиять на дебют и течение АлД, эффективность их терапии, что необходимо учитывать при лечебно-реабилитационных мероприятиях. Широкая распространенность АлД, многолетнее их течение с рецидивами и ремиссиями, часто недостаточное эффективное их лечение, особенно у лиц с нейровегетативными нарушениями, обуславливают необходимость изучения патогенетических особенностей данной патологии с целью разработки и обоснования высокоэффективных лечебных и профилактических мероприятий с использованием современных медикаментозных и немедикаментозных способов.

### **Связь работы с научными программами, планами, темами**

Работа выполнена в соответствии с планом научно-исследовательской работы кафедры дерматовенерологии и косметологии ФИПО ГОУ ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО «Разработать новые методы лечения хронических

распространенных дерматозов и сексуально-трансмиссивных инфекций на основании изучения современных клинико-эпидемиологических особенностей их течения с учетом сопутствующей соматической патологии" (№ государственной регистрации 0109U008725). Диссертант выполнял фрагмент научно-исследовательской работы кафедры, посвященный изучению клиники, течения и новых подходов в лечении АлД у больных, проживающих в ЗЛК.

**Цель исследования:** повышение эффективности лечения больных АлД, проживающих в ЗЛК, путем применения в комплексной терапии дневного транквилизатора (адаптол), сегментарно-рефлекторной физиотерапии (СРФ) и комплекса психорелаксации на основании установления роли психопатологических и нейровегетативных нарушений в патогенезе дерматозов.

Для реализации поставленной цели были сформированы следующие **задачи:**

1. Выявить клинико-эпидемиологические особенности АлД – экземы, атопического дерматита (АД), крапивницы, аллергического контактного дерматита (АлКД) у больных, проживающих в ЗЛК.

2. Исследовать психопатологические и нейровегетативные нарушения по тест-опросникам (SCL-90-R, HADS, САН, Шкале удовлетворённостью жизнью, Спилбергера-Ханина, А.М. Вейна), определить индекс Кердо у больных АлД, проживающих в ЗЛК и выявить их особенности при различных видах АлД.

3. Определить особенности тревожных состояний у больных АлД, проживающих в ЗЛК и выделить их особенности при различных видах дерматозов.

4. Изучить состояние симпатической и парасимпатической ВНС по временным и частотным показателям вариабельности сердечного ритма (ВСР) у больных АлД, проживающих в ЗЛК.

5. Разработать комплексный метод лечения больных АлД, проживающих в ЗЛК, с применением, наряду с традиционной терапией, дневного анксиолитика (адаптол), СРФ и комплекса психорелаксации, оценить его эффективность и внедрить в практику здравоохранения.

**Объект исследования:** аллергодерматозы.

**Предмет исследования:** особенности клиники АлД, психопатологические и нейровегетативные нарушения у больных, проживающих в ЗЛК, эффективность терапии.

**Научная новизна работы**

Впервые выявлены особенности тревожных состояний, психопатологических и нейровегетативных расстройств у больных АлД, проживающих в ЗЛК.

Определены особенности психопатологических и нейровегетативных нарушений при различных видах АлД у больных, проживающих в ЗЛК.

Установлены особенности нарушений симпатической и парасимпатической ВНС по временным и частотным показателям ВСР у больных АлД, проживающих в ЗЛК.

Впервые показаны клинико-эпидемиологические особенности при различных видах АлД у больных, проживающих в ЗЛК.

Обоснован и разработан оригинальный комплексный метод терапии больных АлД, проживающих в ЗЛК, с применением дневного транквилизатора (адаптола), сегментарно-рефлекторной физиотерапии и комплекса психорелаксации.

#### **Теоретическая и практическая значимость работы**

Показано влияние длительного пребывания в ЗЛК на клинико-эпидемиологические, нейровегетативные и психопатологические особенности АлД у больных. Разработан, обоснован и внедрен в практику оригинальный комплексный метод терапии больных АлД, проживающих в ЗЛК, с применением дневного транквилизатора (адаптола), СРФ и комплекса психорелаксации.

Материалы диссертационной работы внедрены в практику Республиканского клинического дерматовенерологического диспансера МЗ ДНР, Республиканского клинического дерматовенерологического центра МЗ ДНР, городских дерматовенерологических диспансеров г. Горловки, г. Макеевки, г. Снежное.

#### **Личный вклад соискателя**

Диссертация является самостоятельным научным трудом соискателя. Автором под руководством научного руководителя определены цель и задачи исследования, самостоятельно проведен патентный поиск и анализ научной литературы по данной теме. Автором лично проведен сбор, изучение, анализ и обобщение полученных данных. Тематический подбор больных и клинические исследования были проведены в Республиканском (областном до 2016 г.) клиническом дерматовенерологическом диспансере (РКДВД). Диссертантом самостоятельно проводился сбор и подготовка материала для общеклинических и биохимических исследований. Автором лично проведены исследования психопатологических и вегетативных нарушений у больных АлД, проживающих в ЗЛК и у лиц без кожной патологии. Соискателем самостоятельно разработано и проведено лечение больных АлД, проживающих в ЗЛК, включающее, наряду с традиционной терапией, применение дневного транквилизатора (адаптол), СРФ и комплекса психорелаксации. Автором проведен статистический анализ полученных данных, написаны все разделы диссертации, сформулированы ее основные положения, практические рекомендации и выводы. В работах, выполненных в соавторстве, реализованы идеи соискателя. В процессе выполнения работы не использованы идеи и разработки соавторов.

#### **Методология и методы исследования**

При проведении работы использовали клинические (опрос, осмотр), лабораторные методы (оценка общих и биохимических показателей крови и мочи), методы определения психопатологической и нейровегетативной симптоматики с помощью 6 специализированных опросников: SCL-90-R, САН, Спилбергера-Ханина, А.М. Вейна, Шкалы удовлетворенностью жизнью, Шкалы госпитальной тревоги и депрессии – HADS; определяли состояние регуляторных систем организма по показателям ВСР, статистические методы.

На 1-м этапе психопатологические и нейровегетативные исследования проведены у 194 человек, проживающих в ЗЛК, разделенных на 2 группы: 1 группа – 164 больных с АлД; 2 группа – 30 человек без дерматологической

патологии. Контрольными были нормативные показатели, полученные ранее у лиц, не страдающих дерматологической патологией и не проживающих в ЗЛК (по данным лаборатории психологии посттравматического стресса и психотерапии Института психологии РАН). Проведен анализ временных и частотных параметров ВСР, вегетативных нарушений (опросник А.М. Вейна), определение вегетативного тонуса (ВТ) по индексу Кердов двух группах сравнения: 1 группа – 70 больных АлД, проживающих в ЗЛК и 2 группа – 30 здоровых лиц, без дерматологической патологии, но проживающих в таких же условиях.

На 2-м этапе проведен клинико-эпидемиологический анализ особенностей АлД у 164 больных в 5-ти возрастных группах, изучены психопатологические и нейровегетативные нарушения, их особенности при различных видах АлД.

На 3-м этапе для оценки эффективности разработанного метода лечения проведены сравнения в 2-х терапевтических группах: основной группе (130 больных), леченных по разработанной методике и группе сравнения (34 больных), получавших только традиционную терапию.

Материалы исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием методов параметрического и непараметрического анализа. Накопление, корректировка, систематизация исходной информации и визуализация полученных результатов осуществлялись в электронных таблицах Microsoft Office Excel 2016. Статистический анализ проводился с использованием программы STATISTICA 10.0 (разработчик – Stat Soft. Inc). Количественные показатели оценивали на предмет соответствия нормальному распределению по критерию Шапиро-Уилка (при числе исследуемых менее 50) или критерию Колмогорова-Смирнова (при числе исследуемых более 50). Совокупности переменных, распределение которых отличалось от нормального, описывали при помощи значений медианы (Me), нижнего и верхнего квартилей (Q1-Q3) с указанием абсолютных значений и процентных долей. Для сравнения независимых совокупностей в случаях отсутствия признаков нормального распределения данных использовали U-критерий Манна-Уитни. Для проверки различий между двумя сравниваемыми парными выборками применяли W-критерий Вилкоксона. При сравнении нескольких выборок количественных данных, имеющих распределение, отличное от нормального, использовали критерий Краскела-Уоллиса, являющийся непараметрической альтернативой однофакторного дисперсионного анализа. В случае обнаружения статистически значимых различий между группами, дополнительно проводилось попарное сравнение совокупностей при помощи апостериорного критерия Данна (Лапач С. Н., 2001, Ланг Т.А., 2011).

### **Положения, выносимые на защиту**

Установлены клинико-эпидемиологические особенности АлД у больных, проживающих в ЗЛК: у 119 (74,4%) больных стресс был фактором дебюта и рецидивов АлД, чаще у женщин – 69 (95,8%), чем у мужчин – 50 (54,3%); длительность дерматоза (3 и более лет) была у 84 (51,2%) больных; частые рецидивы (1-2 и более в год) – у 121 (73,8%) больного; распространенный процесс (более 10% площади тела) – у 53 (32,3%) больных; более частые среднетяжелые и

тяжелые проявления (SCORAD более 20 баллов) – у 139 (84,7%) больных, чаще у больных АД и экземой.

Показано, что у всех больных АД, проживающих в ЗЛК, были различной степени выраженности повышение уровня ситуативной и личностной тревожности, клинически выраженная тревога и депрессия, что необходимо учитывать при лечебно-реабилитационных мероприятиях.

У больных АД, проживающих в ЗЛК, установлены выраженные психопатологические и нейровегетативные нарушения, проявляющиеся повышенными показателями фобической тревожности (PHOB), соматизации (SOM), общего индекса тяжести симптомов (GSI), индекса симптоматического дистресса (PSDI), тревожности (ANX), которые были наиболее выражены у больных АД и экземой.

У больных АД, проживающих в ЗЛК, установлена выраженная вегетативная дисфункция, при анализе временных и частотных показателей ВСР выявлены нарушения парасимпатической регуляции и баланса влияния симпатического и парасимпатического звена ВНС, что необходимо учитывать при лечебно-реабилитационных мероприятиях.

Обоснован и разработан оригинальный комплексный метод лечения больных АД, проживающих в ЗЛК, с применением дневного транквилизатора (адаптол), СРФ и комплекса психорелаксации.

Внедрение разработанного метода лечения показало хорошую переносимость, большую эффективность ( $p < 0,01$ ), увеличение продолжительности ремиссии ( $p < 0,05$ ). Показано, что наряду с клинической эффективностью, внедрение разработанного способа лечения сопровождалось тенденцией к нормализации нейровегетативных расстройств, психопатологических показателей и снижением уровней ситуативной и личностной тревожности, симптомов тревоги и депрессии.

#### **Степень достоверности и апробации результатов**

Достоверность результатов, изложенных в диссертационной работе, обусловлена достаточным объемом репрезентативного клинического материала, использованием современных методов исследований, адекватных целям и задачам работы, выбором современных методов статистического анализа полученных данных. Положения, изложенные в диссертации, базируются на полученных данных и соответствуют материалу, представленному в публикациях.

Апробация работы состоялась 07.09.2020 г. на заседании кафедры дерматовенерологии и косметологии ФИПО ГОУ ВПО ДОННМУ ИМ. ГОРЬКОГО.

Основные положения диссертационной работы докладывались и обсуждались на Международной научно-практической конференции, посвященной 85-летию Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького (Донецк, 2015); научно-практических конференциях «Молодые дерматовенерологи – здравоохранению Донбасса» (Донецк, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019); Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Система медицинского обеспечения в локальных войнах» (Ростов-на-Дону, 2016); Республиканской научно-практической конференции с

международным участием «Состояние здоровья и реабилитационные мероприятия при посттравматическом стрессовом расстройстве» (Луганск, 2016); VI конференции дерматовенерологов и косметологов Южного Федерального округа (Краснодар, 2016); 1-м Республиканском съезде врачей Донецкой Народной Республики (Донецк, 2016); Международных медицинских Форумах Донбасса «Наука побеждать... болезнь» (Донецк, 2017, 2019); IV междисциплинарном Anti-агесимпозиуме с международным участием «Интегральный подход к коррекции возрастных изменений лица» (Донецк, 2020).

### **Публикации**

Результаты диссертационной работы полностью изложены в 17 печатных работах, из которых 7 журнальных статей в изданиях, рекомендованных ВАК ДНР, 5 статей в журналах и сборниках, 5 тезисов.

### **Объем и структура диссертации**

Диссертационная работа изложена на русском языке на 206 страницах компьютерного текста и состоит из введения, обзора литературы, 5 разделов собственных исследований, анализа и обобщения результатов исследования, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы. Работа иллюстрирована 52 таблицами на 10 страницах и 2 рисунками на 1 странице. Список использованной литературы содержит 267 научных публикаций, из них 178 изложены кириллицей, 89 – латиницей, занимает 28 страниц.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

На 1-м этапе работы проведены психопатологические и нейровегетативные исследования у 194 человек, проживающих в ЗЛК, разделенных на 2 группы: 1 группа – 164 больных с АД; 2 группа – 30 человек без дерматологической патологии. Выраженность психопатологических и нейровегетативных нарушений определяли с помощью 6 специальных опросников, в т.ч. SCL-90-R (Derogatis L. R. et al., в адаптации Н. В. Тарабриной, 2001); САН (Доскин В. О. и соавт., 1973); Спилбергера-Ханина; А.М. Вейна; Шкалы удовлетворенности жизнью (Diener E. et al., 1985, в адаптации Леонтьева Д. А., Осинной Е. Н., 2008); Шкалам госпитальной тревоги и депрессии (HADS) (Zigmond A.C., 1983, Доскин В.А., 1973, Тарабрина Н. В., 2001, Батаршев А. В., 2005).

Установлено, что показатель фобической тревожности (PHOV) у больных 1 группы в 2,5 раза превышал нормативные показатели ( $0,46 \pm 0,09$  и  $0,18 \pm 0,02$  баллов, соответственно,  $p < 0,01$ ) и был в 1,5 раза выше показателей лиц 2 группы ( $0,36 \pm 0,04$  балла,  $p < 0,05$ ); у лиц 2 группы он в 2 раза превышал нормативный показатель ( $p < 0,05$ ). Вторым по степени выраженности нарушенным был показатель соматизации (SOM), который у больных 1 группы в 1,6 раза превышал нормативные значения –  $0,71 \pm 0,04$  балла и  $0,44 \pm 0,03$  балла, соответственно ( $p < 0,01$ ) и в 1,2 раза был выше показателей лиц 2 группы ( $0,60 \pm 0,04$  балла,  $p < 0,05$ ); у лиц 2 группы он в 1,3 раза превышал нормативные значения ( $0,44 \pm 0,03$  балла,  $p < 0,05$ ).

При анализе 3-х обобщенных индексов дистресса в SCL-90-R (общего индекса тяжести симптомов – GSI; индекса симптоматического дистресса – PSDI; общего числа утвердительных ответов – PST) установлено, что они у больных 1

группы достоверно превышали показатели лиц 2 группы и были существенно выше нормативных показателей. Так, показатель GSI в 1 группе был в 1,6 раза выше нормативных показателей:  $0,83 \pm 0,17$  балла и  $0,51 \pm 0,02$  балла, соответственно ( $p < 0,01$ ) и в 1,3 раза больше показателей лиц 2 группы –  $0,62 \pm 0,48$  балла,  $p < 0,05$ ; во 2 группе он в 1,2 раза был выше нормативных значений ( $p < 0,05$ ). Показатель PSDI у больных 1 группы был выше показателей лиц 2 группы –  $1,32 \pm 0,08$  балла и  $1,26 \pm 0,04$  балла, соответственно ( $p < 0,05$ ) и в обеих группах были выше нормативных показателей –  $1,17 \pm 0,05$  балла ( $p < 0,001$ ). Аналогичная тенденция была отмечена и по индексу PST, который у больных 1 группы в 1,9 раза превышал нормативные показатели –  $41,4 \pm 3,23$  балла и  $21,39 \pm 2,02$  балла, соответственно, ( $p < 0,05$ ) и был выше, чем у лиц 2 группы ( $38,9 \pm 1,3$  балла,  $p = 0,21$ ); у лиц 2 группы он был в 1,8 раза выше нормативных значений ( $p < 0,05$ ). Показатель по шкале тревожности (ANX) в 1 группе в 1,5 раза превышал нормативные значения –  $0,73 \pm 0,12$  балла и  $0,47 \pm 0,03$  балла, соответственно ( $p < 0,01$ ) и в 1,2 раза был выше показателей лиц 2 группы ( $0,61 \pm 0,04$  балла,  $p < 0,05$ ); у лиц 2 группы он в 1,3 раза превышал нормативные значения ( $p < 0,05$ ). Показатель INT, отражающий личностную неадекватность, у больных 1 группы в 1,2 раза был выше нормативных значений –  $0,82 \pm 0,11$  балла и  $0,66 \pm 0,03$  балла, соответственно ( $p < 0,05$ ) и выше показателей лиц 2 группы ( $0,75 \pm 0,04$  балла,  $p = 0,08$ ); во 2 группе он в 1,1 раза превышал нормативные значения ( $p < 0,05$ ). Показатель депрессии (DEP) в 1 группе в 1,2 раза превышал нормативные значения –  $0,76 \pm 0,09$  и  $0,62 \pm 0,04$  балла, соответственно ( $p < 0,05$ ) и был несколько выше показателей лиц 2 группы –  $0,70 \pm 0,05$  балла,  $p < 0,05$ ; во 2 группе он в 1,1 раза был выше нормативных значений ( $p < 0,05$ ). Показатель психотизма (PSY) у больных 1 группы был в 1,2 раза выше нормативных значений –  $0,35 \pm 0,07$  и  $0,30 \pm 0,03$  баллов соответственно ( $p < 0,05$ ) и несколько выше показателей лиц 2 группы –  $0,31 \pm 0,02$  балла ( $p = 0,64$ ).

При анализе результатов по опроснику САН выявлены разнообразные признаки психофункциональных нарушений с высоким значением стандартного отклонения и высоким разрывом min – max (от 2,5 до 5,8 баллов) по всем изучаемым показателям. Установлено, что показатель самочувствия в 1,3 раза был ниже средних нормативных значений ( $4,3 \pm 0,05$  балла и  $5,4 \pm 0,03$  балла, соответственно,  $p < 0,05$ ); показатель активности – в 1,2 раза ниже ( $4,5 \pm 0,04$  балла и  $5,0 \pm 0,01$  балла, соответственно,  $p < 0,05$ ); показатель настроения – в 1,2 раза ниже ( $4,4 \pm 0,06$  балла и  $5,1 \pm 0,02$  балла, соответственно,  $p < 0,05$ ). Учитывая высокий разрыв min – max, проведен анализ количества больных АлД в зависимости от оценки психофункционального состояния. Выявлено, что по показателю самочувствия – 86 (67,7%) больных АлД оценивали свое состояние как неблагоприятное, по показателю активности – 82 (64,6%) больных, по показателю настроения – 92 (72,4%) больных.

При анализе данных опросника ШУДЖ установлено, что больные АлД оценивали свое состояние как средняя степень удовлетворенности качеством жизни ( $21,4 \pm 0,5$  балла), но при этом также обнаружены высокое значение стандартного отклонения и высокий разрыв min – max (от 7,0 до 26,0 баллов). 58

(50,9%) больных АлД оценивали свое качество жизни как неудовлетворительное, 50 (43,8%) больных – как среднее и лишь 6 (5,3%) больных – как высокое.

При анализе показателей по опроснику HADS выявлено, что у всех больных АлД были различной степени выраженности симптомы тревоги и депрессии, которые также колебались в широком диапазоне: по шкале тревоги  $\min - \max$  от 2 до 19 баллов, по шкале депрессии – от 1 до 14 баллов. При анализе опросника HADS по количеству больных выявлено, что у 58 (50,9%) больных была клинически выраженная тревога, у 31 (27,2%) больных – субклинически выраженная тревога и лишь у 25 (21,9%) больных было отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги. При анализе количества больных обнаружено, что у 56 (49,1%) больных была клинически выраженная депрессия, у 35 (30,7%) – субклинически выраженная депрессия и лишь у 23 (20,2%) больных достоверно выраженные симптомы депрессии – отсутствовали.

При анализе показателей по опроснику Спилбергера-Ханина установлено, что у всех больных АлД был высокий уровень по шкале ситуативной тревожности (ШСТ) и шкале личностной тревожности (ШЛТ) –  $46,6 \pm 0,64$  балла и  $46,8 \pm 0,65$  баллов, соответственно. Отмечен широкий диапазон стандартного отклонения и высокий разрыв  $\min - \max$  – от 12 до 69 баллов по ШСТ и от 14 до 68 баллов – по ШЛТ. При сопоставлении этих показателей с количеством обследуемых больных выявлено, что у 50 (43,9%) больных был высокий уровень ситуативной тревожности и у 55 (48,3%) больных – высокий уровень личностной тревожности.

По результатам опросника А.М. Вейна у всех больных АлД выявлены различной степени выраженности признаки вегетативной дисфункции с высоким диапазоном  $\min - \max$  – от 3 до 48 баллов, в среднем –  $28,9 \pm 0,91$  балла. При определении количества больных АлД в зависимости от балльной оценки выявлено, что выраженная вегетативная дисфункция (более 15 баллов) была у 86 (75,4%) больных и лишь у 28 (24,6%) больных эти изменения были незначительны (до 15 баллов).

В последующем углубленное обследование проведено у 164 больных АлД, наблюдавшихся в течение 2014-2019 гг. в РКДВД.

Все пациенты подвергались комплексному клиничко-лабораторному обследованию с определением общего анализа крови, билирубина и его фракций, аланин- и аспаратаминотрансферазы, глюкозы, общего анализа мочи и др., по показаниям проводили ультразвуковое исследование щитовидной железы, органов малого таза, брюшной полости, консультации у смежных специалистов. Степень тяжести оценивали по индексу SCORAD; распространенность дерматоза – по индексу BSA; качество жизни определяли по DLQI (Кубанова А.А., 2015). Методом вариационной пульсометрии с помощью CardioLab-2000-ANS Pro (г. Харьков) определяли основные временные и частотные показатели ВСР: уровень общей мощности спектра нейрогуморальной регуляции ВНС (TP), гуморальной (VLF), симпатической (LF) и парасимпатической (HF) регуляции, симпатовагальный баланс (LF/HF), показатель напряженности иммунитета и адаптационных возможностей организма (SDNN), активности парасимпатической регуляции (RMSSD) (Мачерет Е.Л., 2000). Для определения ВТ использовали вегетативный индекс Кердо (ВИК) по формуле:  $\text{ВИК} = (1 - \text{ДАД/ЧСС}) \times 100\%$ , где

ДАД – диастолическое артериальное давление, ЧСС – частота сердечных сокращений. ВИК= -10 до +10 расценивают как вегетативное равновесие (эйтония или нормотония). Положительное значение ВИК отражало преобладание симпатического влияния (симпатикотония), отрицательное – сниженный симпатический тонус, преобладание парасимпатического влияния (ваготония) (Kérdö I., 1966).

Среди всех больных АлД в наших наблюдениях преобладали больные с АД – 62 (37,8%) и экземой – 51 (31,1%). Больных с АлКД было 30 (18,3%), с крапивницей – 21 (12,8%).

При гендерном сравнении отмечено, что АлКД был чаще у женщин – 15 (20,8%), чем у мужчин – 15 (16,3%). АД также почти в 1,5 раза чаще был у женщин, чем у мужчин – 33 (45,8%) и 29 (31,5%) больных соответственно; экзема – чаще у мужчин, чем у женщин – 43 (47%) и 8 (11,1%) больных соответственно; крапивница – в 5 раз чаще у женщин, чем у мужчин – 16 (22,2%) и 5 (5,4%) больных соответственно.

АлКД встречался во всех возрастных группах, однако у лиц старше 40 лет женщин значительно больше, чем мужчин – 12 (40%) и 4 (13,3%) соответственно; в возрасте от 20 до 40 лет преобладали мужчины, по сравнению с женщинами – 10 (33,3%) и 2 (6,7%) больных соответственно; в возрасте до 20 лет число мужчин и женщин было одинаковым.

АД в возрастных группах от 20 до 40 лет был чаще у мужчин, чем у женщин – 21 (33,9%) и 17 (27,4%) больных соответственно; в возрасте до 20 лет – у 7 (9,7%) мужчин и у 7 (7,6%) женщин; в возрасте 40 лет и старше – в несколько раз чаще у женщин, чем у мужчин – у 9 (14,5%) и 1 (1,6%) больных соответственно. Экзема была чаще у лиц старше 30 лет – у 47 (92,2%) больных, значительно чаще у мужчин, чем у женщин – у 39 (76,5%) и 8 (15,7%) больных соответственно. Крапивница встречалась чаще в возрастной группе 31-40 лет – у 9 (43%), чаще у женщин, чем у мужчин – 6 (28,6%) и 3 (14,4%) больных соответственно.

Среди причин обострения или дебюта АлД преобладал стресс – у 119 (74,4%) больных, погрешность в питании – у 51 (31,2%) больной, травма – у 44 (26,8%) больных, сочетанные факторы были у 17 (10,4%) больных. При гендерном сравнении стресс предшествовал дерматозу у 50 (54,3%) мужчин и 69 (95,8%) женщин; травма – чаще у мужчин, чем у женщин – 38 (41,3%) и 6 (8,3%) больных соответственно; сочетанные факторы чаще наблюдали у женщин, чем у мужчин – 9 (12,5%) и 8 (8,7%) больных соответственно.

Длительность заболевания 3 года и более была у 84 (51,2%), при этом у всех 62 больных АД и у 18 (35,3%) больных экземой.

Ежегодные и чаще рецидивы АлД были у 121 (73,8%) больного; рецидивы – 1 раз в 2-3 года встречались у 21 (12,8%) больного.

При анализе распространенности АлД отмечено, что индекс BSA более 10% площади тела был у 53 (32,3%), в основном, при АД – 52 (83,9%). От 3 до 10% площади тела процесс был у 60 (36,5%), преимущественно у больных экземой и крапивницей – у 37 (72,5%) и 16 (72,2%) больных, соответственно; ограниченным

(до 3% поражения площади тела) - у 51 (31,1%) больного: у всех больных АлКД и у 14 (27,5%) больных экземой.

При оценке тяжести симптомов по шкале SCORAD отмечено, что тяжелыми (более 40 баллов) они были у 28 (17,1%) больных АД, чаще у женщин, чем у мужчин – 15 (20,8%) и 13 (14,1%) больных соответственно. Средняя степень тяжести (20-40 баллов) выявлена у 111 (67,7%) больных, в большей степени при экземе и АД – 42 (25,6%) и 34 (20,7%) больных соответственно

У всех пациентов с АД отмечено снижение уровня качества жизни. Так, индекс DLQI свыше 11 баллов был у 63 (38,4%) больных, несколько чаще у женщин - 36 (50,0%), чем у мужчин - 37 (40,2%); от 6 до 10 баллов – у 45 (27,4%) больных, у 21 (29,2%) женщин и у 24 (26,1%) мужчин.

При сравнительном анализе выраженности психопатологической симптоматики в зависимости от вида АД отмечена неодинаковая степень изменений изучаемых параметров. Так, показатель SOM наиболее повышен был у больных АД: он в 1,2 раза превышал средние показатели по группе больных АД –  $0,82 \pm 0,07$  балла и  $0,71 \pm 0,04$  балла, соответственно и в 1,9 раза был выше нормативных показателей здоровых лиц, не проживающих в ЗЛК ( $0,44 \pm 0,03$  балла,  $p < 0,05$ ). Наименее выраженные изменения показателя SOM были у больных АлКД ( $0,66 \pm 0,08$  балла), но и они в 1,5 раза превышали нормативные показатели ( $p < 0,05$ ). При анализе размаха min-max, максимальными они были у больных АД (0,00-2,58 балла) и экземой (0,08-2,25 балла). Показатели ОС наиболее были повышены у больных АД и экземой –  $0,82 \pm 0,06$  балла и  $0,81 \pm 0,07$  балла соответственно, что в 1,1 раза выше средних показателей по группе ( $0,77 \pm 0,09$  балла) и в 1,2 раза выше нормативных показателей ( $0,75 \pm 0,04$  балла,  $p < 0,05$ ). При анализе размаха min-max максимальными они были у больных АД (0,10-2,40 балла), экземой (0,00-2,40 балла), АлКД (0,10-2,40 балла). Показатель INT также был наиболее повышенным у больных АД и экземой. У больных АД ( $0,81 \pm 0,06$  балла) он был в 1,2 раза выше нормативного значения ( $0,66 \pm 0,03$  балла), у больных экземой ( $0,78 \pm 0,07$  балла) - в 1,1 раза,  $p < 0,05$ . При анализе размаха min-max максимальными изменения были у больных АД (0,11-2,33 балла) и экземой (0,00-2,25 балла). Повышенным был также показатель DEP, особенно у больных АД и экземой. Так, у больных АД ( $0,77 \pm 0,11$  балла) он в 1,3 раза был выше нормативных показателей ( $0,62 \pm 0,04$  балла), у больных экземой ( $0,72 \pm 0,08$  балла) – в 1,2 раза,  $p < 0,05$ . При анализе размаха min-max максимальными они были у больных АД (0,07-5,70 балла) и экземой (0,00-3,33 балла). Показатель ANX наиболее повышенным был у больных АД, экземой, крапивницей. Так, у больных АД он в 1,6 раза превышал нормативные показатели –  $0,77 \pm 0,08$  балла и  $0,47 \pm 0,03$  балла соответственно ( $p < 0,05$ ), у больных экземой – в 1,5 раза ( $0,74 \pm 0,08$  балла,  $p < 0,05$ ), у больных крапивницей – в 1,2 раза ( $0,57 \pm 0,13$  балла,  $p < 0,05$ ). При анализе размаха min-max максимальными они были у больных АД (0,00-2,80 балла) и экземой (0,00-2,80 балла). Особый интерес представлял анализ показателя РНОВ, который у всех обследованных больных существенно превышал нормативный показатель ( $0,18 \pm 0,02$  балла), но наиболее выраженными эти изменения были у больных АД и экземой. У больных АД он был в 2,5 раза выше нормативного показателя, у больных экземой – в 2,3 раза выше ( $0,45 \pm 0,06$

балла,  $0,41 \pm 0,06$  балла, соответственно  $p < 0,01$ ), у больных крапивницей – в 2 раза ( $0,36 \pm 0,15$  балла), у больных АлКД – в 1,8 раза ( $0,32 \pm 0,05$  балла),  $p < 0,05$ . При анализе размаха min-max максимальными они были у больных АД ( $0,00-2,28$  балла), экземой ( $0,00-2,25$  балла), крапивницей ( $0,00-2,23$  балла). Показатель GSI у больных крапивницей был в 2,9 раза выше нормативных показателей ( $1,48 \pm 0,92$  балла и  $0,51 \pm 0,02$  балла соответственно) и в 1,7 раза был выше средних показателей по группе АлД ( $0,83 \pm 0,17$  балла,  $p < 0,05$ ). У больных АД он в 1,8 раза превышал нормативные показатели ( $0,93 \pm 0,31$  балла) и был в 1,1 раза выше средних показателей по группе АлД ( $0,83 \pm 0,17$  балла,  $p < 0,05$ ); у больных экземой – в 1,3 раза ( $0,64 \pm 0,06$  балла,  $p < 0,05$ ). Показатель PSI у больных экземой был в 2 раза выше нормативных показателей ( $41,3 \pm 2,4$  балла и  $21,39 \pm 2,02$  балла, соответственно,  $p < 0,05$ ); у больных АД – в 1,8 раза ( $38,7 \pm 2,01$  балла,  $p < 0,05$ ); у больных АлКД и крапивницей – в 1,7 раза ( $37,4 \pm 2,7$  балла и  $36,3 \pm 3,9$  балла соответственно,  $p < 0,05$ ). При анализе размаха min-max максимальными они были у больных АД (8-71 балл) и экземой (3-71 балл). Показатель PSDI наиболее повышенным был при АД и экземе –  $1,33 \pm 0,06$  балла и  $1,31 \pm 0,07$  балла, соответственно, и был выше нормативных показателей ( $1,17 \pm 0,05$  балла,  $p < 0,05$ ). Наименее выраженным этот показатель был при АлКД ( $1,19 \pm 0,06$  балла,  $p = 0,42$ ) и у больных крапивницей ( $1,23 \pm 0,09$  балла,  $p = 0,69$ ). При анализе размаха min-max максимальными они были у больных АД ( $0,01-3,257$  балла) и экземой ( $0,03-3,57$  балла).

При анализе опросника САН установлено, что показатель самочувствия у больных АД был в 1,3 раза ниже средних нормативных значений –  $4,2 \pm 0,09$  балла и  $5,4 \pm 0,03$  балла, соответственно, и ниже средних значений по группе больных АлД ( $4,3 \pm 0,05$  балла,  $p = 0,47$ ). У больных экземой и крапивницей показатели самочувствия составили  $4,3 \pm 0,08$  балла и  $4,4 \pm 0,21$  балла, соответственно и также были ниже средних нормативных значений ( $p < 0,05$ ). Показатель активности наиболее сниженным был у больных АД – в 1,2 раза ниже средних нормативных значений ( $5,0 \pm 0,01$  балла) и ниже средних показателей по группе больных АлД ( $4,5 \pm 0,04$  балла,  $p = 0,25$ ). У больных экземой он составил  $4,4 \pm 0,07$  балла, крапивницей –  $4,5 \pm 0,16$  балла, АлКД –  $4,5 \pm 0,08$  балла, эти показатели были ниже средних нормативных значений,  $p = 0,34$ . Показатель настроения максимально сниженным был у больных АД – в 1,2 раза ниже, по сравнению с нормативными показателями –  $4,2 \pm 0,11$  балла и  $5,1 \pm 0,02$  балла соответственно ( $p < 0,05$ ) и ниже средних показателей по группе больных АлД ( $4,4 \pm 0,06$  балла). У больных экземой этот показатель был в 1,2 раза ниже нормативных показателей –  $4,3 \pm 0,09$  балла ( $p < 0,05$ ). У больных крапивницей и АлКД он составил  $4,5 \pm 0,22$  и  $4,6 \pm 0,11$  баллов, соответственно и был в 1,1 раза ниже нормативных показателей,  $p = 0,23$ . При анализе количества больных в зависимости от ответов по показателю самочувствия отмечено, что оценивали свое состояние как неблагоприятное 13 (28,9%) больных АД, 11 (26,1%) больных экземой, 7 (23,3%) больных АлКД и 4 (40%) больных крапивницей. По показателю активности оценивали свое состояние как неблагоприятное 15 (33,3%) больных АД, 12 (28,6%) больных экземой, 8 (26,7%) больных АлКД и 3 (30%) больных крапивницей. По показателю настроения оценивали свое состояние как неблагоприятное 17 (40,5%)

больных экземой, 15 (33,3%) больных АД, 11 (36,7%) больных АлКД и 3 (30%) больных крапивницей.

Проведён сравнительный анализ параметров ВСР в двух группах сравнения: 1 группа – 70 больных АлД, проживающих в ЗЛКИ 2 группа – 30 здоровых лиц без дерматологической патологии, но проживающих в таких же условиях. При анализе временных и спектральных параметров ВСР у всех больных АлД выявлен различной степени выраженности дисбаланс симпатического и парасимпатического тонуса. Показатель SDNN у больных АлД был в 1,3 раза ниже показателей лиц 2 группы –  $50,61 \pm 2,24$  мс и  $62,19 \pm 21,32$  мс, соответственно ( $p < 0,05$ ). Показатель RMSSD у больных АлД был в 1,6 раза ниже значений здоровых лиц –  $43,64 \pm 25,16$  мс и  $68,47 \pm 13,02$  мс соответственно,  $p < 0,05$ . Показатель TP у больных АлД был в 1,5 раза ниже, чем у лиц 2 группы –  $2672,94 \pm 235,17$  мс<sup>2</sup> и  $3939 \pm 387,5$  мс<sup>2</sup>, соответственно ( $p < 0,05$ ). Уровень VLF-волн был в 1,6 раза выше у больных АлД, по сравнению с лицами 2 группы –  $759,20 \pm 61,20$  мс<sup>2</sup> и  $474,50 \pm 53,1$  мс<sup>2</sup> соответственно ( $p < 0,01$ ), что могло отражать влияние стресса на развитие дерматоза и свидетельствовало о нарушении нейро-гуморальной регуляции (Аксенова, О.И 2014, Дадашова Г.М., 2015). HF компонент ВСР в базальном положении у больных АлД был в 1,5 раза меньше, чем у здоровых лиц –  $597,50 \pm 119,38$  мс<sup>2</sup> и  $908,41 \pm 112,40$  мс<sup>2</sup>, соответственно ( $p < 0,01$ ), что могло отражать недостаточность парасимпатической регуляции ВНС (Баевский Р. М., 2000). У больных АлД показатель LF был в 1,5 раза выше значений лиц 2 группы –  $1712,03 \pm 72,07$  мс<sup>2</sup> и  $1150 \pm 260$  мс<sup>2</sup>, соответственно ( $p < 0,01$ ), что отражало активацию симпатической регуляции ВНС. Показатель симпато-вагального баланса LF/HF у больных АлД составил  $2,39 \pm 0,16\%$ , был в 1,5 раза выше показателей здоровых лиц 2 группы ( $1,61 \pm 0,33\%$ ),  $p < 0,05$ , что свидетельствовало о дисбалансе симпатических и парасимпатических влияний (Бреславец М. В., 2004; Веретельник К. А., 2016).

При анализе ВИК, отмечено, что у 78 (47,6%) больных был симпатикотонический ВТ, у 51 (31,1%) – ваготонический и у 35 (21,3%) больных АлД – нормотонический. Анализ баланса симпатического и парасимпатического отделов ВНС с помощью показателя ВСР (LF/HF), позволил выделить 3 группы больных: ваготоники (LF/HF до 0,5) - 20 (28,6%) больных, нормотоники (LF/HF от 0,51 до 2,0) - 9 (12,8%), симпатикотоники (LF/HF более 2,01) - 41 (58,6%).

Выявленные в результате проведенного исследования данные послужили обоснованием разработки комплексного метода терапии, включающего, наряду с традиционной, применение дневного транквилизатора (адаптола), СРФ и комплекса психорелаксации. Адаптол назначали по 500 мг 2 раза в день, 3 месяца. С целью СРФ применяли электрофорез на шейно-воротниковую зону: при ваготонии и красном дермографизме использовали 2% раствор кальция хлорида, при симпатикотонии и белом дермографизме – 3% раствор магния сульфата (Улащик В.С. 2010.). Курс лечения 10 ежедневных процедур. Комплекс психорелаксации включал использование сенсорной комнаты в сочетании с аэро-, аудио- и светокорректирующими стимулами, в режиме – ежедневно, в течение 20 минут, на курс 10 процедур (Нагорная Н.В., 2001).

В зависимости от метода лечения больные были разделены на 2 терапевтические группы. Основная группа (130 больных) получала лечение по разработанной методике. Группа сравнения (34 больных) получала только традиционную терапию. Основная группа и группа сравнения были статистически однородными ( $p=0,56$ ).

Анализ ближайших результатов показал преимущество разработанного комплексного метода лечения больных. Так, полная клиническая ремиссия была у 112 (68,3%) больных, при этом в основной группе – у 95 (73,1%) больных в группе сравнения – лишь у 17 (50,0%) больных. Значительное улучшение наблюдали у 38 (23,2%) больных, при этом в основной группе – у 32 (24,6%) больных, в группе сравнения – у 6 (17,6%). Улучшение в основной группе было у 2 (1,5%) больных, в группе сравнения – у 9 (26,5%) больных. Отсутствие эффекта было у 3 (1,8%) больных: у 1 (0,8%) больного в основной группе и у 2 (5,9%) больных в группе сравнения. При анализе результатов лечения в зависимости от вида АД наблюдали, что в основной группе клиническая ремиссия достигнута у всех 15 (100%) больных крапивницей, в группе сравнения – у 5 (83,3%) больных; у всех больных АлКДв основной и группе сравнения; у 26 (52%) больных АД в основной группе, в группе сравнения – у 3 (25%) больных; у 29 (72,5%) больных экземой в основной группе, в группе сравнения – у 4 (36,4%). Значительное улучшение в основной группе наблюдали у 22 (44,0%) больных АД, в группе сравнения – у 2 (16,7%) больных; при экземе – у 10 (25,0%) и у 4 (36,4%) больных, соответственно; улучшение – у 2 (1,5%) и у 9 (26,5%) больных, соответственно. Отсутствие эффекта было у 1 (0,8%) больного АД основной группы и у 2 (5,9%) больных – в группе сравнения. Продолжительность лечения больных АлКД в основной группе составила  $6,8 \pm 0,5$  дней, в группе сравнения –  $7,9 \pm 0,2$  дней ( $p=0,16$ ); больных АД –  $24,3 \pm 0,2$  и  $28,2 \pm 0,6$  дней, соответственно ( $p < 0,05$ ); больных экземой –  $16,9 \pm 0,8$  и  $18,3 \pm 0,4$  дней, соответственно ( $p < 0,05$ ); больных крапивницей –  $18,3 \pm 0,3$  и  $20,6 \pm 0,1$  дней, соответственно ( $p=0,07$ ).

Анализ динамики показателей ВСП в группах сравнения подтвердил преимущество разработанного метода лечения. Показатель SDNN после лечения в группе сравнения повысился на 4,7% (до  $53,17 \pm 7,59$  мс), в основной группе – на 18,5% (до  $62,13 \pm 4,30$  мс),  $p < 0,05$  и сравнялся с показателями здоровых лиц ( $62,13 \pm 4,30$  мс), а в группе сравнения оставался на 16,1% ниже показателей здоровых лиц ( $52,17 \pm 7,59$  мс). Показатель RMSSD в основной группе повысился на 33,1% (до  $65,16 \pm 2,39$  мс), в группе сравнения – лишь на 7,4% (до  $47,12 \pm 3,42$  мс),  $p < 0,05$ . Показатель TP в основной группе повысился на 26,9% (до  $3656,17 \pm 265,46$  мс<sup>2</sup>), в группе сравнения – на 1,4% (до  $2710,30 \pm 485,93$  мс<sup>2</sup>),  $p < 0,05$ . Уровень VLF-волн в основной группе снизился на 39,1% (до  $462,46 \pm 155,98$  мс<sup>2</sup>), а в группе сравнения – лишь на 8,6% (до  $693,80 \pm 127,46$  мс<sup>2</sup>),  $p < 0,001$ . Показатель HF повысился на 33,3% в основной группе (до  $895,23 \pm 147,51$  мс), в группе сравнения – на 5,6% (до  $633,22 \pm 242,85$  мс),  $p < 0,05$ . Показатель LF в основной группе снизился на 33,7% (до  $1133,41 \pm 341,8$  мс<sup>2</sup>), в группе сравнения – на 0,8% (до  $1698,31 \pm 747,03$  мс<sup>2</sup>),  $p < 0,05$ . Показатель LF/HF в основной группе снизился на 37,2% (до  $1,5 \pm 0,19$ ), в группе сравнения – на 7,9% (до  $2,20 \pm 0,45$ ),  $p < 0,001$ .

Динамика показателей психопатологической и нейровегетативной симптоматики также подтвердила эффективность лечения по разработанной методике. Показатель ANX в основной группе снизился на 34,2% (до  $0,48 \pm 0,01$  балла), в группе сравнения – на 8,2% (до  $0,67 \pm 0,07$  балла),  $p < 0,001$ . Показатель SOM после лечения у больных основной группы снизился на 21,1% (до  $0,56 \pm 0,02$  балла), а в группе сравнения – лишь на 4,2% (до  $0,68 \pm 0,09$  балла),  $p < 0,001$ . Показатель INT в основной группе снизился на 18,3% (до  $0,67 \pm 0,03$  балла), а в группе сравнения – на 6,1% (до  $0,77 \pm 0,08$  балла),  $p < 0,01$ . Показатель DEP в основной группе снизился на 19,7% (до  $0,61 \pm 0,03$  балла), а в группе сравнения – на 3,9% (до  $0,73 \pm 0,12$  балла),  $p < 0,05$ . Показатель РНОВ в основной группе снизился на 45,6% (до  $0,25 \pm 0,02$  балла), в группе сравнения – на 10,8% (до  $0,41 \pm 0,09$  балла),  $p < 0,05$ . Показатель PSY в основной группе снизился на 14,3% (до  $0,30 \pm 0,01$  балла), а в группе сравнения – на 2,8% (до  $0,34 \pm 0,05$  балла),  $p < 0,05$ . Общий индекс тяжести симптомов (GSI) в основной группе уменьшился на 36,1% (до  $0,53 \pm 0,02$  балла), в группе сравнения – на 8,4% (до  $0,76 \pm 0,07$  балла),  $p < 0,05$ . Индекс PST в основной группе уменьшился на 17,4% (до  $34,2 \pm 1,02$  балла), в группе сравнения – на 1,9% (до  $40,6 \pm 2,13$  балла),  $p < 0,05$ . Индекс PSDI в основной группе снизился на 10,6% (до  $1,18 \pm 0,02$  балла), в группе сравнения – на 2,3% (до  $1,29 \pm 0,11$  балла),  $p < 0,001$ .

Показатель самочувствия (по опроснику САН) в основной группе повысился на 21,8% (до  $5,5 \pm 0,05$  балла), в группе сравнения – лишь на 6,5% (до  $4,6 \pm 0,09$  балла),  $p < 0,001$ ; показатель активности в основной группе повысился на 16,7% (до  $5,4 \pm 0,06$  балла) в группе сравнения – на 2,2% (до  $4,6 \pm 0,08$ ),  $p < 0,001$ ; показатель настроения в основной группе повысился на 20% (до  $5,5 \pm 0,06$  балла) в группе сравнения – на 6,4% (до  $4,7 \pm 0,11$ ),  $p < 0,001$ . При анализе количества больных в зависимости от результатов ответов выявлено, что в основной группе свое состояние оценивали как благоприятное 61 (62,9%) больной и лишь 7 (23,3%) – в группе сравнения; как неблагоприятное - 8 (8,3%) и 14 (46,7%) больных, соответственно; минимально допустимый уровень - 28 (28,9%) и 9 (30%) больных, соответственно. По показателю активности 67 (69,1%) больных основной группы оценивали свое состояние как благоприятное, в группе сравнения – лишь 6 (20,0%) больных; как неблагоприятное - 3 (3,1%) и 10 (33,3%) больных, соответственно; минимально допустимый уровень - 27 (27,8%) и 14 (46,7%) больных, соответственно. По показателю настроение 70 (72,2%) больных основной группы и лишь 8 (26,7%) больных в группе сравнения расценивали свое состояние как благоприятное; как неблагоприятное - 2 (2,1%) и 7 (23,3%) больных соответственно; минимально допустимый уровень - 25 (27,8%) и 15 (50,0%) больных, соответственно.

После лечения показатель опросника ШУДЖв основной группе повысился на 24,9% (до  $28,5 \pm 0,4$  балла), в группе сравнения – на 7,7% (до  $23,2 \pm 0,7$  балла),  $p < 0,001$ . При анализе этого же показателя по количеству больных установлено, что 62 (74,7%) больных основной группы оценивали свое качество жизни как высокое и лишь 10 (32,3%) больных – в группе сравнения; как неудовлетворительное – 7 (22,5%) больных в группе сравнения, в основной группе таких больных не было.

После лечения показатель по шкале тревоги снизился в основной группе на 61,2% (до  $3,3 \pm 0,2$  балла), в группе сравнения – лишь на 10,6% (до  $7,6 \pm 0,4$  балла),  $p < 0,01$ ; по шкале депрессии - на 65,4% (до  $3,01 \pm 0,1$  балла) и 16% (до  $7,3 \pm 0,4$  балла), соответственно,  $p < 0,05$ . При анализе количества больных выявлено, что в группе сравнения у 12 (38,7%) больных сохранялась клинически выраженная тревога, в основной группе таких больных не было. Субклинически выраженная тревога была у 12 (27,2%) больных в основной группе и у 13 (41,9%) больных – в группе сравнения. У 71 (85,5%) больного в основной группе симптомы тревоги отсутствовали, в группе сравнения – лишь у 6 (19,4%) больных. При анализе количества больных по шкале депрессии у 15 (32,3%) больных в группе сравнения обнаружена клинически выраженная депрессия, в основной группе таких больных не было. У 11 (13,3%) больных в основной группе была выявлена субклинически выраженная депрессия, в группе сравнения – у 14 (45,2%). Отсутствие достоверно выраженных симптомов депрессии в основной группе было у 72 (86,7%) больных, в группе сравнения – у 7 (22,6%) больных.

Уровень ситуативной тревожности в основной группе снизился на 24,7% (до  $35,1 \pm 0,7$  балла,  $p < 0,05$ ), в группе сравнения – лишь на 2,6% (до  $45,4 \pm 1,6$  балла,  $p = 0,52$ ). Уровень личностной тревожности в основной группе снизился на 21,4% (до  $36,8 \pm 0,8$  балла,  $p < 0,05$ ), в группе сравнения – лишь на 4,3% (до  $44,8 \pm 1,4$  балла,  $p = 0,26$ ). Высокий уровень ситуативной тревожности в группе сравнения был у 20 (64,5%), в основной группе – лишь у 5 (6,0%) больных; высокий уровень личностной тревожности в группе сравнения был у 23 (74,2%), в основной группе – лишь у 4 (4,8%) больных. Умеренная ситуативная тревожность в основной группе была у 52 (62,7%) больных, в группе сравнения - у 10 (32,3%) больных; умеренная личностная тревожность - 49 (59,0%) и 6 (19,3%) больных, соответственно.

После лечения средние значения показателя вегетативной дисфункции (оцененной по опроснику А.М. Вейна) в основной группе снизился на 49,5% (до  $14,6 \pm 1,18$  балла), в группе сравнения – лишь на 11,1% (до  $25,7 \pm 0,62$  балла),  $p < 0,05$ .

При анализе выраженности психопатологической симптоматики в группах сравнения в зависимости от вида АД отмечена неодинаковая степень изменений изучаемых параметров. Так, показатель SOM в основной группе у больных АД снизился на 30,5% (до  $0,57 \pm 0,04$  балла), в группе сравнения – на 2,4% (до  $0,80 \pm 0,31$ ),  $p < 0,05$ . У больных АлКД этот показатель снизился в основной группе на 31,8% (до  $0,45 \pm 0,06$  балла), в группе сравнения – на 7,6% (до  $0,61 \pm 0,25$  балла),  $p < 0,05$ ; у больных экземой - на 25,6% (до  $0,58 \pm 0,34$  балла) и на 1,3% (до  $0,77 \pm 0,06$ ), соответственно,  $p < 0,05$ ; у больных крапивницей - на 40,8% (до  $0,45 \pm 0,12$  балла) и на 5,3% (до  $0,72 \pm 0,24$  балла), соответственно,  $p < 0,05$ . Показатель ОС в основной группе у больных АД снизился на 11% (до  $0,73 \pm 0,06$  балла), в группе сравнения – на 3,7% (до  $0,79 \pm 0,28$  балла),  $p < 0,05$ ; у больных экземой - на 22,2% (до  $0,63 \pm 0,07$  балла) и на 1,2% (до  $0,80 \pm 0,15$  балла), соответственно,  $p < 0,05$ ; у больных крапивницей - на 3,4% (до  $0,57 \pm 1,91$  балла), и на 1,7% (до  $0,58 \pm 0,25$  балла), соответственно,  $p < 0,05$ ; у больных АлКД в обеих группах до- и после лечения он не изменился,  $p = 0,65$ . Показатель INT в основной

группе у больных АД снизился на 17,3% (до  $0,67 \pm 0,04$  балла), в группе сравнения – на 3,7% (до  $0,78 \pm 0,15$  балла),  $p < 0,05$ ; у больных экземой - на 25,6% (до  $0,58 \pm 0,04$  балла) и на 11,5% (до  $0,69 \pm 0,17$  балла), соответственно,  $p < 0,05$ ; у больных крапивницей - на 6,8% (до  $0,55 \pm 0,06$  балла) и на 1,7% (до  $0,58 \pm 0,23$  балла), соответственно,  $p < 0,05$ ; у больных АлКД - на 5,8% (до  $0,65 \pm 0,09$  балла) и на 1,4% (до  $0,68 \pm 0,15$  балла), соответственно,  $p < 0,05$ . Показатель DEP в основной группе у больных АД снизился на 19,5% (до  $0,62 \pm 0,04$  балла), в группе сравнения – на 2,6% (до  $0,75 \pm 0,43$  балла),  $p < 0,05$ ; у больных экземой - на 5,6% (до  $0,68 \pm 0,05$  балла) и на 1,4% (до  $0,71 \pm 0,25$  балла), соответственно,  $p < 0,05$ ; у больных АлКД - на 3,4% (до  $0,57 \pm 0,13$  балла) и на 1,7% (до  $0,58 \pm 0,21$  балла), соответственно,  $p < 0,05$ ; у больных крапивницей в основной группе снизился на 3,3% (до  $0,58 \pm 0,07$  балла), в группе сравнения повысился на 7,7% (до  $0,65 \pm 0,24$  балла,  $p < 0,05$ ). Показатель ANX в основной группе у больных АД снизился на 24,7% (до  $0,58 \pm 0,03$  балла), в группе сравнения – на 2,6% (до  $0,75 \pm 0,19$  балла),  $p < 0,05$ ; у больных экземой - на 35,2% (до  $0,48 \pm 0,04$  балла) и на 2,7% (до  $0,72 \pm 0,15$  балла), соответственно,  $p < 0,05$ ; у больных АлКД - на 11,8% (до  $0,45 \pm 0,04$  балла) и на 5,6% (до  $0,48 \pm 0,24$  балла), соответственно,  $p < 0,05$ ; у больных крапивницей в основной группе снизился на 14% (до  $0,49 \pm 0,06$  балла), в группе сравнения повысился на 1,8% (до  $0,56 \pm 0,19$  балла),  $p < 0,05$ . Особый интерес представлял анализ показателя РНОВ, в основной группе у больных АД он снизился на 51,1% (до  $0,22 \pm 0,03$  балла), в группе сравнения – лишь на 4,4% (до  $0,43 \pm 0,37$  балла),  $p < 0,05$ ; у больных экземой - на 34,1% (до  $0,27 \pm 0,03$  балла) и на 2,3% (до  $0,40 \pm 0,19$  балла), соответственно,  $p < 0,05$ ; у больных крапивницей - на 36,1% (до  $0,23 \pm 0,05$  балла) и на 5,5% (до  $0,34 \pm 0,09$  балла), соответственно,  $p < 0,05$ ; у больных АлКД - на 40,6% (до  $0,19 \pm 0,09$  балла) и на 6,3% (до  $0,30 \pm 0,10$  балла), соответственно,  $p < 0,05$ . Показатель НОС в основной группе у больных АД повысился на 10% (до  $0,60 \pm 0,06$  балла), в группе сравнения – лишь на 1,8% (до  $0,55 \pm 0,20$  балла),  $p < 0,05$ ; у больных экземой - на 6,7% (до  $0,60 \pm 0,04$  балла) и на 1,8% (до  $0,57 \pm 0,13$  балла), соответственно,  $p < 0,05$ ; у больных крапивницей - на 4,9% (до  $0,61 \pm 0,16$  балла) и на 3,4% (до  $0,56 \pm 0,28$  балла), соответственно,  $p < 0,05$ ; у больных АлКД - на 18,6% (до  $0,59 \pm 0,05$  балла) и на 4% (до  $0,50 \pm 0,19$  балла), соответственно,  $p < 0,05$ . Показатель PAR в основной группе у больных АД снизился на 12,7% (до  $0,48 \pm 0,04$  балла), в группе сравнения повысился на 20,3% (до  $0,69 \pm 0,25$  балла,  $p < 0,05$ ); у больных экземой в основной группе снизился на 18,9% (до  $0,47 \pm 0,05$  балла), в группе сравнения – на 1,7% (до  $0,57 \pm 0,16$  балла,  $p < 0,05$ ); у больных крапивницей в основной группе повысился на 4% (до  $0,50 \pm 0,06$  балла), в группе сравнения – на 12,7% (до  $0,55 \pm 0,24$  балла,  $p < 0,05$ ); у больных АлКД в основной группе снизился на 1,8% (до  $0,54 \pm 0,07$  балла), в группе сравнения повысился на 3,5% (до  $0,57 \pm 0,10$  балла,  $p < 0,05$ ). Показатель PSY в основной группе у больных АД повысился на 3,1% (до  $0,32 \pm 0,02$  балла), в группе сравнения – на 13,9% (до  $0,36 \pm 0,24$  балла),  $p < 0,05$ ; у больных экземой в основной группе снизился на 8,3% (до  $0,33 \pm 0,02$  балла),  $p < 0,05$ , в группе сравнения остался без изменений  $p = 0,05$ ; у больных крапивницей в основной группе повысился на 17,2% (до  $0,29 \pm 0,03$  балла), в группе сравнения – на 35,1% (до  $0,37 \pm 0,16$  балла),  $p < 0,05$ ; у больных АлКД - на 19,3% (до  $0,31 \pm 0,07$  балла) и на 26,4% (до  $0,34 \pm 0,08$  балла),

соответственно,  $p < 0,05$ . Показатель GSI в основной группе у больных АД снизился на 40,8% (до  $0,55 \pm 0,03$  балла), в группе сравнения – на 10,7% (до  $0,83 \pm 0,27$  балла),  $p < 0,05$ ; у больных экземой - на 18,7% (до  $0,52 \pm 0,03$  балла) и на 3,1% (до  $0,62 \pm 0,13$  балла), соответственно,  $p < 0,05$ ; у больных крапивницей - на 62,1% (до  $0,56 \pm 0,04$  балла) и на 40,5% (до  $0,88 \pm 0,24$  балла), соответственно,  $p < 0,05$ ; у больных АлКД в основной группе снизился на 1,9% (до  $0,51 \pm 0,08$  балла), в группе сравнения – не изменился,  $p < 0,05$ . Показатель PSI в основной группе у больных АД снизился на 26,1% (до  $28,6 \pm 1,47$  балла), в группе сравнения – на 1,5% (до  $38,1 \pm 5,48$  балла),  $p < 0,05$ ; у больных экземой - на 31,7% (до  $28,2 \pm 2,20$  балла) и на 1,4% (до  $40,7 \pm 2,14$  балла), соответственно,  $p < 0,05$ ; у больных крапивницей - на 23,1% (до  $27,9 \pm 2,42$  балла) и на 5,5% (до  $34,3 \pm 10,7$  балла), соответственно,  $p < 0,05$ ; у больных АлКД - на 28,1% (до  $26,9 \pm 1,64$  балла) и на 2,8% (до  $36,4 \pm 9,17$  балла), соответственно,  $p < 0,05$ . Показатель PSDI в основной группе у больных АД снизился на 10,5% (до  $1,19 \pm 0,04$  балла), в группе сравнения – на 3,7% (до  $1,28 \pm 0,35$  балла),  $p < 0,05$ ; у больных экземой - на 12,2% (до  $1,15 \pm 0,04$  балла) и на 1,5% (до  $1,29 \pm 0,20$  балла), соответственно,  $p < 0,05$ ; у больных крапивницей - на 4,1% (до  $1,18 \pm 0,04$  балла) и на 1,6% (до  $1,21 \pm 0,40$  балла), соответственно,  $p < 0,05$ . У больных АлКД в основной группе снизился на 1,7% (до  $1,17 \pm 0,11$  балла), в группе сравнения повысился на 3,2% (до  $1,23 \pm 0,11$  балла),  $p < 0,05$ .

Показатель самочувствия у больных АД в основной группе повысился на 22,2% (до  $5,4 \pm 0,08$  балла), в группе сравнения - на 6,7% (до  $4,5 \pm 0,15$  балла),  $p < 0,05$ ; у больных экземой - на 17,3% (до  $5,2 \pm 0,09$  балла) и на 6,5% (до  $4,6 \pm 0,07$  балла), соответственно,  $p < 0,05$ ; у больных с АлКД - на 13,4% (до  $5,2 \pm 0,1$  балла) и на 2,2% (до  $4,6 \pm 0,3$  балла), соответственно,  $p < 0,05$ ; у больных крапивницей - на 13,7% (до  $5,1 \pm 0,16$  балла),  $p < 0,05$ , в группе сравнения остался без изменений. Показатель активности у больных АД в основной группе повысился на 18,9% (до  $5,3 \pm 0,10$  балла), в группе сравнения - на 8,5% (до  $4,7 \pm 0,14$  балла),  $p < 0,05$ ; у больных экземой - на 17% (до  $5,3 \pm 0,11$  балла), и на 6,4% (до  $4,7 \pm 0,16$  балла), соответственно,  $p < 0,05$ ; у больных крапивницей - на 15,1% (до  $5,3 \pm 0,16$  балла) и на 2,2% (до  $4,6 \pm 0,18$  балла), соответственно,  $p < 0,05$ ; у больных АлКД - на 13,5% (до  $5,2 \pm 0,1$  балла) и на 4,3% (до  $4,7 \pm 0,3$  балла), соответственно,  $p < 0,05$ . Показатель настроения у больных АД в основной группе повысился на 23,6% (до  $5,5 \pm 0,1$  балла), в группе сравнения - на 4,5% (до  $4,4 \pm 0,2$  балла),  $p < 0,05$ ; у больных экземой - на 18,9% (до  $5,3 \pm 0,1$  балла) и на 6,5% (до  $4,6 \pm 0,14$  балла), соответственно,  $p < 0,05$ ; у больных крапивницей - на 15,1% (до  $5,3 \pm 0,13$  балла) и на 4,3% (до  $4,7 \pm 0,06$  балла), соответственно,  $p < 0,05$ ; у больных АлКД - на 14,8% (до  $5,4 \pm 0,12$  балла) и на 4,2% (до  $4,8 \pm 0,3$  балла), соответственно,  $p < 0,05$ . В основной группе оценивали свое состояние как удовлетворительное 22 (68,7%) больных экземой, в группе сравнения - 2 (20%) больных; при АД - 30 (85,7%) и лишь 2 (20%) больных соответственно; при АлКД - 22 (88%) и 1 (20%) больных, соответственно; при крапивнице - 4 (80%) и 1 (20%) больных, соответственно. По показателю активности оценивали свое состояние как удовлетворительное 27 (84,4%) больных экземой основной группы и 5 (50,0%) больных группы сравнения; 30 (85,7%) и 3 (30%) больных АД, соответственно; 23 (92,0%) и 2

(40,0%) больных АлКД, соответственно; 4 (80,0%) и 2 (40,0%) больных крапивницей, соответственно. По показателю настроения оценивали свое состояние как удовлетворительное 30 (93,7%) больных экземой в основной группе и 6 (60,0%) больных - в группе сравнения; 32 (91,4%) и 2 (20,0%) больных АД, соответственно; 24 (96,0%) и 2 (40,0%) больных АлКД, соответственно; 5 (100%) и 2 (40,0%) больных крапивницей, соответственно.

Результаты 2-х летнего наблюдения за больными АлД, проживающими в ЗЛК, подтвердили эффективность лечения по разработанной методике. Ремиссия более 2-х лет была у 67 (40,9%) больных, при этом у каждого 2-го в основной группе – у 59 (45,4%) и лишь у 8 (23,5%) больных – в группе сравнения; от 1 года до 2-х лет – у 45 (27,4%) больных, при этом у 41 (31,5%) больного основной группы и лишь у 4 (11,7%) – в группе сравнения. Рецидивы 1 раз в 2-3 года были у 112 (68,3%), при этом в основной группе таких больных было 95 (73,1%) и лишь 17 (50,0%) больных – в группе сравнения. Ежегодные рецидивы были у 16 (9,8%) больных, в т.ч. у 5 (14,7%) больных, получавших традиционную терапию и у 11 (8,4%) – леченных по разработанной методике. 2 и более рецидивов в год было у 36 (21,9%) больных, в т.ч. в основной группе – у 24 (18,5%) больных и 12 (35,2%) больных – в группе сравнения.

Таким образом, анализ ближайших и отдаленных результатов подтвердил, что применение разработанного комплексного метода лечения больных АлД, проживающих в ЗЛК, с применением, наряду с традиционной терапией, дневного транквилизатора (адаптол), СРФ и комплекса психорелаксации, хорошо переносится, обладает высокой и стойкой эффективностью.

### **ВЫВОДЫ**

В диссертации представлено теоретическое обобщение и новое решение научной задачи, заключающееся в повышении эффективности лечения больных аллергодерматозами, проживающих в ЗЛК, путем применения в комплексной терапии дневного транквилизатора (адаптол), сегментарно-рефлекторной физиотерапии и комплекса психорелаксации на основании установления роли психопатологических и нейровегетативных нарушений в патогенезе дерматозов.

1. Выявлены клинико-эпидемиологические особенности АлД у больных, проживающих в ЗЛК: связь дебюта и рецидивов АлД со стрессом у 119 (74,4%) больных, чаще у женщин – 69 (95,8%), чем у мужчин – 50 (54,3%); длительность дерматоза 3 и более лет – у 84 (51,2%) больных, в т.ч. у 62 (100%) больных АД и у 18 (35,3%) больных экземой; частые рецидивы (1-2 и более в год) – у 95 (57,9%) больных, в т.ч. у 58 (93,5%) больных АД и 37 (72,5%) экземой; распространенность процесса (более 10% площади тела) – 53 (32,3%) больных, чаще при АД - у 52 (83,9%) больных; среднетяжелые и тяжелые поражения (SCORAD более 20 баллов) – у 139 (84,7%) больных, в т.ч. у 62 (100%) больных АД и у 42 (25,6%) больных экземой.

2. Показано, что у больных АлД, проживающих в ЗЛК, были выраженные психопатологические и нейровегетативные нарушения, по сравнению с нормативными и показателями лиц без дерматологической патологии, проживающих в таких же условиях, проявляющиеся в повышении уровня фобической тревожности: в 2,5 раза ( $p < 0,01$ ) и 1,5 раза ( $p < 0,05$ ) –  $0,46 \pm 0,09$ ,

0,18±0,02 и 0,36±0,04 баллов, соответственно; показателя соматизации: в 1,6 раза ( $p<0,01$ ) и в 1,2 раза ( $p<0,05$ ) – 0,71±0,04, 0,44±0,03 и 0,60±0,04 баллов, соответственно; общего индекса тяжести симптомов: в 1,6 раза ( $p<0,01$ ) и в 1,3 раза ( $p<0,05$ ) – 0,83±0,17, 0,51±0,02 и 0,62±0,48 баллов, соответственно; тревожности: в 1,5 раза ( $p<0,01$ ) и в 1,2 раза ( $p<0,05$ ) – 0,73±0,12, 0,47±0,03 и 0,61±0,04 баллов, соответственно; повышении индекса симптоматического дистресса – 1,32±0,08 балла, 1,17±0,05 и 1,26±0,04 баллов, соответственно, ( $p<0,05$ ). Наиболее выраженными психопатологические и нейровегетативные нарушения были у больных АД и экземой ( $p<0,05$ ).

3. У 50 (43,9%) больных АД, проживающих в ЗЛК, установлен высокий уровень ситуативной тревожности, у 55 (48,3%) – высокий уровень личностной тревожности; у 58 (50,9%) больных была клинически выраженная тревога, у 56 (49,1%) – клинически выраженная депрессия.

4. У всех больных АД, проживающих в ЗЛК, установлены выраженные изменения временных и частотных показателей ВСР, проявляющиеся снижением SDNN ( $p<0,05$ ), RMSSD ( $p<0,05$ ), TP ( $p<0,05$ ), уровня HF-волн ( $p<0,01$ ), повышением уровня VLF- ( $p<0,01$ ) и LF- волн ( $p<0,01$ ), повышением симпатико-вагального индекса LF/HF ( $p<0,05$ ), что отражало нарушения парасимпатической регуляции и баланса влияния симпатического и парасимпатического звена ВНС на АД, что необходимо учитывать при лечении и реабилитации больных.

5. У 86 (75,4%) больных АД, проживающих в ЗЛК, установлена выраженная вегетативная дисфункция (по опроснику А.М. Вейна); при анализе ВИК у 51 (31,1%) отмечен ваготонический ВТ, у 78 (47,6%) – симпатикотонический ВТ, что необходимо учитывать при лечебно-реабилитационных мероприятиях.

6. Разработан оригинальный комплексный метод лечения больных АД, проживающих в ЗЛК, включающий применение адаптола, сегментарно-рефлекторной физиотерапии и комплекса психорелаксации (сенсорная комната в сочетании с аэро-, аудио - и светокорректирующими стимулами). Внедрение разработанного метода лечения сопровождалось хорошей переносимостью, способствовало клиническому выздоровлению у 95 (73,1%) больных, в сравнении с традиционным лечением – у 17 (50%); обеспечивало достоверную тенденцию к нормализации вегетативных нарушений по основным показателям ВСР (SDNN, RMSSD, TP, HF-, LF- волн, ( $p<0,05$ ) и LF/HF, VLF- волн, ( $p<0,001$ ), психопатологических показателей и нейровегетативных расстройств ( $p<0,05$ ), стойкой клинической ремиссии на протяжении 2х лет наблюдения у 59 (45,4%) больных, в сравнении с традиционным лечением - у 8 (23,5%) больных.

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Больным АД показаны исследования с целью своевременного выявления тревожных состояний, психопатологических и нейровегетативных нарушений с целью коррекции лечебно-реабилитационных мероприятий.

2. Больным АД, проживающим в ЗЛК, независимо от вида дерматоза, показана терапия, направленная на снижение уровней ситуативной и личностной тревожности, симптомов тревоги и депрессии, на нормализацию психопатологических и нейровегетативных нарушений.

3. Использование разработанного комплексного метода лечения больных АлД, проживающих в ЗЛК, включающего, наряду с традиционной терапией, применение дневного транквилизатора (адаптол), СРФ и комплекса психорелаксации, позволяет достичь более длительной и стойкой клинической ремиссии, снизить выраженность психопатологических и нейровегетативных нарушений.

4. Результаты представленного диссертационного исследования необходимо внедрить в практику образовательного процесса последипломного обучения врачей, включить их в соответствующие методические документы, регламентирующие деятельность дерматологических клиник и центров.

#### **СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Проценко, О. А. Особенности психического статуса больных хроническими рецидивирующими дерматозами [Текст] / О.А. Проценко, Ал. С. Горбенко, // Университетская клиника. – 2015. – Т. 11, № 2. – С. 91–92. Соискатель проводил сбор материала больных
2. Проценко, О. А. Психовегетативные и соматические расстройства у пациентов с аллергодерматозами, проживающих в зоне боевых действий [Текст] / О.А. Проценко, Ал. С. Горбенко // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2016. - №2 (36). – С. 47–49. Соискатель проводил сбор материала больных.
3. Горбенко, Ал. С. Антистрессорная медикаментозная и немедикаментозная терапия хронических дерматозов [Текст] / Ал. С. Горбенко // Научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии «Торсуевские чтения». – 2017. – № 1 (15). – С. 48–51.
4. Горбенко, Ал. С. Клинико-эпидемиологические особенности аллергодерматозов у больных, проживающих в зоне боевых действий [Текст] / Ал. С. Горбенко // Научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии «Торсуевские чтения». – 2017. – № 2 (16). – С. 15–20. В статье нашли отражение основные положения раздела 3.
5. Горбенко, Ал. С. Эффективность лечения больных аллергодерматозами на фоне тревожных состояний [Текст] / Ал. С. Горбенко // Научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии «Торсуевские чтения». – 2018. – № 4 (22). – С. 6 – 11. В статье нашли отражение основные положения раздела 6.
6. Горбенко, Ал. С. Анализ вариабельности сердечного ритма у больных аллергодерматозами на фоне тревожных состояний [Текст] / Ал. С. Горбенко // Научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии «Торсуевские чтения». – 2019. – № 2 (24). – С. 6–10. В статье нашли отражение основные положения раздела 5.
7. Горбенко, Ал. С. Клинико-патопсихологические особенности больных аллергодерматозами, проживающих в зоне локального конфликта [Текст] / Ал. С. Горбенко // Научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии «Торсуевские чтения». – 2020. – № 2 (28). – С. 8 – 17. В статье нашли отражение основные положения раздела 4.

8. Проценко, Т. В. Клинико-психологические характеристики психического статуса больных хроническими рецидивирующими дерматозами [Текст] / Т. В. Проценко, О. А. Проценко, Ал. С. Горбенко, Е. В. Киосева // Торсуевские чтения: сборник научно-практических работ. – Донецк, 2015. – Вып. 10. – С. 52– 57. Соискателем собран клинический материал, проведен статистический анализ результатов. В статье нашли отражение основные положения раздела 3, 4.
9. Горбенко, Ал. С. Стресс-индуцированные особенности течения и лечения аллергодерматозов у больных, проживающих в районе боевых действий [Текст] / Ал. С. Горбенко // Торсуевские чтения: сборник научно-практических работ. – Донецк, 2016. – Вып. 11. – С. 12–16. В статье нашли отражение основные положения раздела 4.
10. Горбенко, Ал. С. Роль стресса в развитии аллергических дерматозов (обзор литературы) [Текст] / Ал. С. Горбенко, Н. С. Киосева // Торсуевские чтения: сборник научно-практических работ. – Донецк, 2016. – Вып. 14. – С. 66– 76. Соискателем проведен набор материала и подготовка статьи в печать. В статье нашли отражение основные положения раздела 1.
11. Горбенко, Ал. С. Психосоматические расстройства, провоцируемые хроническими дерматозами (обзор литературы) [Текст] / Ал. С. Горбенко // Торсуевские чтения: сборник научно-практических работ. – Донецк, 2016. – Вып. 12. – С. 121– 128. В статье нашли отражение основные положения раздела 1.
12. Проценко, Т. В. Новые возможности повышения эффективности лечения больных атопическим дерматитом [Текст] / Т. В. Проценко, А. С. Черновол, О. А. Проценко, Ал. С. Горбенко // Мистецтвозлікування. – 2016. – № 1 – 2 (127 – 128). – С. 37 – 39. Соискателем проведен обзор литературы, сбор клинического материала. В статье нашли отражение основные положения раздела 6.
13. Горбенко, Ал. С. Дермоскопические признаки атопического дерматита при различных стадиях [Текст] / Ал. С. Горбенко, Ал. С. Горбенко // Молодые ученые дерматовенерологи – здравоохранению Донбасса: материалы региональной научно-практической конференции (23 декабря 2015 г.). – Донецк, 2015. – С. 18. Соискатель проводил сбор материала больных.
14. Проценко, Т. В. Особенности психогенного дистресса у больных хроническими дерматозами, проживающих в зоне боевых действий [Текст] / Т. В. Проценко, О. А. Проценко, Е. В. Киосева, А. С. Черновол, А. Н. Провизион, Ал. С. Горбенко, А. Г. Заблоцкая, А. С. Боряк, А. С. Горбенко // Медицина военного времени. Донбасс 2014-2015: материалы международной научно-практической конференции, посвященной 85-летию Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького (29-30 октября 2015 г., г. Донецк, ДНР). – Донецк, 2015. – С. 181– 182. Соискателем проведен обзор литературы, сбор клинического материала.
15. Проценко, Т. В. Особенности клиники и течения хронических рецидивирующих дерматозов у лиц, проживающих в районе боевых действий [Текст] / Т. В. Проценко, О. А. Проценко, А. С. Черновол, А. Н.

Провизион, Ал.С. Горбенко, А.С. Боряк, А.Г. Заблоцкая, Ан. С. Горбенко // Медицина военного времени. Донбасс 2014-2015: материалы международной научно-практической конференции, посвященной 85-летию Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького (29-30 октября 2015 г., г. Донецк, ДНР). – Донецк, 2015. – С. 182. Соискатель проводил сбор материала больных.

16. Горбенко, Ал. С. Способ коррекции стресс индуцированных расстройств у больных аллергодерматозами [Текст] / Ал. С. Горбенко // Научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии «Горсуевские чтения». – 2019. – № 4 (26). – С. 89. В тезисе нашли отражение основные положения раздела 6.

17. Горбенко, Ал. С. Поражения лица при аллергодерматозах // Тезисы: IV междисциплинарный Anti-age симпозиум с международным участием: Интегральный подход к коррекции возрастных изменений лица. – 29 апреля 2020 г. – г. Донецк. – С. 107. В тезисе нашли отражение основные положения раздела 3.

## **СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ**

АД	– атопический дерматит
АлД	– аллергодерматозы
АлКД	– аллергический контактный дерматит
ВИК	– вегетативный индекс Кердо
ВНС	– вегетативная нервная система
ВСР	– вариабельность сердечного ритма
ВТ	– вегетативный тонус
ДИКЖ	– дерматологический индекс качества жизни
ЗЛК	– зона локального конфликта
РАН	– Российская академия наук
САН	– самочувствие, активность, настроение
СРФ	– сегментарно-рефлекторная физиотерапия
ТР	– показатель общей мощности спектра
ЦНС	– центральная нервная система
ШСТ	– Шкала ситуативной тревожности
ШЛТ	– Шкала личностной тревожности
ШУДЖ	– Шкала удовлетворённости жизнью
ANX	– Anxiety – показатель тревожности
BSA	– Body Surface Area
DEP	– Depression – показатель депрессии
DLQI	– Dermatology Life Quality Index
GSI	– General Symptomatical Index - общий индекс тяжести симптомов
HADS	– Hospital Anxiety and Depression Scale
HF	– высокочастотный спектр
HOS	– показатель враждебности
INT	– показатель межличностной сензитивности

LF	– низкочастотный спектр
LF/HF	– отношение мощностей низких частот к мощности высоких
OC	– показатель обсессивности - компульсивности
PAR	– показатель паранойяльных тенденций
PSDI	– индекс симптоматического дистресса
PHOB	– показатель фобической тревожности
PSI	– Positive Symptomatic Index - индекс общего числа утвердительных ответов
PSY	– показатель психотизма
RMSSD	– квадратный корень из суммы квадратов разностей последовательных пар RR
SCL-90-R	– Symptom checklist-90-revised
SCORAD	– Severity Scoring of Atopic Dermatitis
SDNN	– стандартное отклонение длительности сердечного цикла
SOM	– показатель соматизации
VLF	– очень низкочастотный показатель