

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

На правах рукописи

Горбенко Алина Сергеевна

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

14.01.10 – Кожные и венерические болезни

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель –
доктор медицинских наук, доцент
Проценко Олег Анатольевич

Экземпляр диссертации идентичен
по содержанию с другими экземплярами,
которые были представлены в диссертационный совет

Ученый секретарь диссертационного совета
Д 01.011.03
Золотухин С.Э.

Донецк – 2020

СОДЕРЖАНИЕ

	стр.
ВВЕДЕНИЕ	4
РАЗДЕЛ 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	13
1.1. Роль психопатологических особенностей личности в клинической дерматологии.....	13
1.2. Роль стресса в развитии аллергических дерматозов.....	17
1.3. Роль анти-стрессовой терапии в повышении эффективности лечения аллергодерматозов.....	23
РАЗДЕЛ 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	33
2.1. Клиническая характеристика больных и дизайн исследования.....	33
2.2. Общеклинические методы исследования	34
2.3. Лабораторные методы исследования.....	36
2.4. Методы определения психопатологической симптоматики	36
2.5. Определение состояния регуляторных систем организма по вариабельности сердечного ритма.....	41
2.6. Статистические методы исследования.....	43
РАЗДЕЛ 3. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ У БОЛЬНЫХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ЛОКАЛЬНОГО КОНФЛИКТА	45
РАЗДЕЛ 4. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ЛОКАЛЬНОГО КОНФЛИКТА	65
РАЗДЕЛ 5. ВЕГЕТАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ЛОКАЛЬНОГО КОНФЛИКТА	91
РАЗДЕЛ 6. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ	99
6.1. Методика лечения	99

6.2. Результаты лечения.....	105
6.2.1. Ближайшие результаты лечения	105
6.2.2. Отдаленные результаты лечения	135
РАЗДЕЛ 7. АНАЛИЗ И ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ....	139
ВЫВОДЫ	173
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	175
СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ.....	176
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	178

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Известно, что более, чем у 80% больных аллергодерматозами (АлД) заболевание развивается после стрессорных воздействий [11, 85, 118, 139, 172]. Доказана роль нарушений функций вегетативной нервной системы (ВНС) в патогенезе АлД, влияние психовегетативных расстройств на их течение и эффективность терапии [23, 30, 47]. Показана взаимосвязь сенсibilизации кожи и последующего развития иммунозависимого воспаления в ней с функциональными нарушениями в центральной нервной системе (ЦНС) и ВНС при atopическом дерматите (АД) [11, 34, 42, 50].

В тоже время до настоящего времени лишь единичные работы посвящены изучению особенностей АлД у лиц, длительное время пребывающих в условиях хронического стресса – в зоне локального конфликта (ЗЛК). Не отработаны терапевтические подходы к лечебно-реабилитационным мероприятиям для больных с высоким уровнем тревожности и психовегетативными нарушениями, обусловленными длительным пребыванием в ЗЛК.

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 [11, 45, 124, 127]. Доказана роль психогенных воздействий как факторов, провоцирующих манифестацию (у 44% больных) или эксацербацию (у 81,3% больных) дерматозов [47, 48].

Установлено, что тяжелое течение АлД более, чем у 2/3 больных сопровождалось разнообразными психогенными реакциями [23, 30, 49, 57, 85, 96, 110]. Недооценка психо-эмоционального состояния у 40% больных приводила к неэффективности терапии [9, 31, 49, 59, 70, 78, 97, 99, 115, 139]. Показано, что стресс инициирует психовегетативный синдром, психопатологические и

нейровегетативные нарушения, влияющие на прогноз терапии и течения АлД [7, 38, 53, 55, 57, 62, 136, 166].

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. Комплексное лечение таких больных с использованием медикаментозного и немедикаментозного подхода к коррекции выявленных нарушений, может значительно повысить эффективность лечения, увеличить продолжительность ремиссии, снизить число рецидивов АлД.

Связь работы с научными программами, планами, темами

Работа выполнена в соответствии с планом научно-исследовательской работы кафедры дерматовенерологии и косметологии ФИПО ГОО 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 установленной 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 удовлетворённости 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 АД, 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 клинко-эпидемиологические, нейровегетативные и психопатологические особенности АД у больных. Разработан, обоснован и внедрен в практику оригинальный комплексный метод терапии больных АД, 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 АД, проживающих в ЗЛК и у лиц без кожной патологии. Соискателем самостоятельно разработано и проведено лечение больных АД, 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 удовлетворённостью 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 Кердо в 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[81, 82].

Положения, выносимые на защиту

Установлены клинико-эпидемиологические особенности АДД у больных, проживающих в ЗЛК: у 119 (74,4%) больных стресс был фактором дебюта и рецидивов АДД, 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 ГОО 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, 2020); 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-age симпозиуме 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.

РАЗДЕЛ 1

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Роль психопатологических особенностей личности в клинической дерматологии

В последние десятилетия у пациентов с кожными заболеваниями широко обсуждается роль психопатологических расстройств, которые регистрируются в 30—40% случаев [113, 182, 209, 245, 265]. Считают, что психопатологическая патология не только влияет на качество жизни дерматологических больных, но и существенно снижает ответ на стандартную дерматотропную терапию [194, 218, 219, 220, 230, 240, 232, 263]. Несмотря на высокую ее распространенность, отсутствует единство подходов к типологической диагностике и тактике ведению таких пациентов [62, 96].

Изучению психопатологического состояния дерматологического больного уделяли внимание еще со второй половины XVIII века, когда W.Falconer (1788 г.) впервые предпринял попытку связать активность кожного процесса с нарушением иннервации пораженных участков кожи, что в дальнейшем легло в основу концепции “невроза кожи”, разработанной еще в 1867 г. E.Wilson [62].

В отечественной дерматологии почти все неинфекционные кожные болезни рассматривались с позиций психофизиологических учений И.М. Сеченова и И.П.Павлова [98]. Было показано, что психическими расстройствами страдают до 80% дерматологических больных, при этом преобладают депрессивные и тревожно-ипохондрические расстройства [59, 95, 132, 191, 194, 251], которые относят к пограничному ряду [44, 47, 48, 49, 50].

Считают, что лечение психосоматических расстройств, представляет собой не менее важную и сложную задачу, чем лечение соматических заболеваний, а своевременное выявление и коррекция психоэмоциональных расстройств являются важным звеном лечебно-профилактической тактики, особенно при сочетанной патологии [153, 261].

К психическим расстройствам, провоцированным дерматологической патологией, относят нозогенные реакции, преимущественно тревожно-депрессивного спектра, которые детерминированы как объективными параметрами дерматоза, так и рядом психологических, социальных и личностных факторов [131, 151, 194, 244, 262].

Среди психологических, а также социальных факторов, способствующих возникновению депрессивных реакций, первостепенную роль играет высокая субъективная значимость дерматоза, связанная с тяжестью симптомов: зуд, выраженность и распространенность высыпаний [47, 48, 49, 50, 245, 246].

Во многих случаях нозогенные расстройства являются следствием эстетической проблемы восприятия собственного тела с сознанием утраты физической привлекательности, ущербности в глазах окружающих [237, 254]. В этих случаях, наряду с депрессивными расстройствами, могут формироваться социально обусловленные страхи (социофобии) и социальная дезадаптация, особенно при персистировании хронического дерматоза [212, 218, 219, 220, 232, 233, 236, 256].

Особого внимания заслуживают соматоформные расстройства (СмР) – психогенные заболевания, характеризующиеся физическими патологическими симптомами, напоминающими соматическое заболевание [138]. При этом не обнаруживается никаких органических проявлений, которые можно отнести к известным болезням, а имеют место неспецифические функциональные нарушения [244]. СмР могут сочетаться друг с другом, могут сопровождать соматические или дерматологические заболевания, могут быть отдельным заболеванием. Общим для них является возникновение на фоне стрессовых ситуаций, не всегда заметных окружающим, но являющихся эмоционально значимыми для больного (смерть, болезнь близкого человека, развод, не-приятности на работе, алкоголизм или наркозависимость супругов, детей и др.) [226,261].

Во многих случаях травмирующая ситуация может сводиться к хроническим стрессам дома и на работе (непонимание или недовольство

поведением близких, большие нагрузки и др.). Считают, что хронические стрессовые ситуации могут привести к развитию СМР лишь у лиц с факторами риска этой патологии [138, 227]. СМР могут развиваться и на фоне истинных заболеваний внутренних органов, при этом субъективная симптоматика болезни будет превышать степень выраженности симптомов, что связано с соматизацией психологических расстройств [191, 207, 261].

Патогенез СМР представляют в виде «порочного круга», когда при низком пороге переносимости физического дискомфорта, на фоне хронических стрессовых ситуаций формируют психическую напряженность, приводя к развитию ипохондрии, фобий и развернутой клиники СМР [113, 191, 207].

По международной классификации болезней (МКБ) соматоформная вегетативная дисфункция выделена в отдельную форму – соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы и характеризуется отчетливым вовлечением вегетативной нервной системы и не меняющимися со временем жалобами [244].

Вегетативная дисфункция (ВД) встречается почти у 80% взрослых людей, может наблюдаться как самостоятельное расстройство, может сопровождать различные соматические заболевания, искажая и усугубляя их симптоматику [30, 56, 95, 203]. ВД может быть симптомом заболеваний центральной нервной системы, эндокринных болезней, дегенеративных заболеваний шейного отдела позвоночника и др. [95]. Проявления ВД описывают как сердечно-сосудистые (кардиалгии, аритмии, одышка, не связанная с физической нагрузкой, гипертензия, гипотензия, лабильность артериального давления, дистальный акроцианоз, сосудистые цефалгии, приливы); респираторные (ощущение нехватки воздуха, одышка, приступы удушья, затрудненное дыхание); гастроинтестинальные (абдоминальные боли, сухость во рту, тошнота, рвота, отрыжка, метеоризм, запоры, поносы, урчание в животе); терморегуляторные (субфебрилитет, периодические ознобы, гипергидроз); вестибулярные (головокружения, неустойчивость); алгические (апоневротические цефалгии, мышечные алгии, артралгии) [83, 94, 95].

ВД может проявляться вегетативными кризами, часто принимаемые за сердечно-сосудистые, неврологические или легочные заболевания, сопровождающимися чувством беспричинной тревоги, внутреннего напряжения, ощущения «натянутого нерва» внутри, безотчетного страха смерти, тяжелого осложнения, неоправданной агрессии по отношению к окружающим [153].

Ранее проведенными исследованиями пациентов с психическими расстройствами, провоцированными кожными заболеваниями, выявлены нозогенные реакции ипохондрического развития [131, 151, 153, 200]. Выделен ряд общих факторов, влияющих на формирование нозогенных реакций: стрессогенные (клиническая тяжесть проявлений дерматоза, выраженность субъективных симптомов, локализация высыпаний, характер течения кожного заболевания), конституциональные (расстройства личности с акцентуацией, сенситивность с фиксацией на сфере интерперсональных отношений). Была предложена клиническая типология нозогений при хронических дерматозах с выделением депрессивных, социофобических и сенситивных реакций, различающихся как по психопатологической структуре по совокупности клинических признаков [83, 153, 211, 212, 217, 240]. Выделены типы ипохондрического развития при хронических дерматозах: по типу невротической, маскированной ипохондрии, сверхценной ипохондрии красоты, отрицания болезни. Авторы сделали вывод об отсутствии единого профиля личности, специфичного для каждого из дерматозов, но, тем не менее, выявленные психосоматические стигмы должны учитываться при индивидуализированной комплексной терапии [48, 49, 214]. Показано, что до настоящего времени существуют стигматизация, обусловленная снижением дерматологической патологией [73, 74, 109, 153, 213]. Заболев, многие начинают относиться к себе как к «людям второго сорта», для которых невозможно построение межличностных и интимных отношений, занятия общественной деятельностью, некоторыми видами спорта и отдыха, что приводит к социальной дезадаптации больных и неверию в возможности терапии, что ещё больше усугубляет болезнь [47, 48, 49, 50, 193, 215, 216].

Таким образом, несмотря на многолетние исследования влияния дерматозов на формирование патологических поведенческих и личностных особенностей пациента, многие аспекты этой проблемы требуют дальнейшего изучения, особенно при рецидивирующем течении заболеваний. Установление структурных и функциональных особенностей психики больного и коррекция выявленных нарушений медикаментозными и немедикаментозными способами может способствовать оптимизацией лечебно-реабилитационных мероприятий.

1.2. Роль стресса в развитии аллергических дерматозов

Доказан высокий уровень заболеваемости хроническими, в том числе АлД при увеличении психо-эмоциональной нагрузки, из-за которых возникают «ножницы» между возможностями нейро-регуляторных механизмов организма и условиями жизни [45, 99, 185, 186, 260].

Известно, что ряд хронических дерматозов рассматривают как нарушение адаптации, дисгармонии биологических и социальных процессов, приводящих к срыву защитно-приспособительных механизмов, структурно-функциональным нарушениям нейроэндокринной и иммунной систем. Именно этим путем стресс в фазе истощения реализуется в клиническую симптоматику того или иного заболевания, в том числе кожной патологии [45, 189, 188, 258, 261].

Патогенетическая цепь развития аллергических реакций в коже включает множество сложных процессов, одним из которых является стресс-индуцированный ответ нейро-эндокринно-иммунной системы [169, 203, 262].

Доказано, что стресс инициирует поведенческие, вегетативные и эндокринные сдвиги, обозначаемые как психовегетативный синдром [35, 189].

Известна роль психогенных воздействий и неблагоприятных ситуаций как факторов, провоцирующих манифестацию (44% наблюдений) или эксацербацию (81,3% наблюдений) заболевания у лиц, страдающих АлД [85, 185, 190, 192, 193, 262]. Наблюдали сочетание нескольких типов психотравмирующих ситуаций, среди которых значительное место принадлежало необратимым утратам (смерть

или внезапная инвалидизация близких – у 33,9%; длительная хроническая болезнь родственников, требующая ухода за ними – у 42,2%); психогениям, возникающим по механизму «ключевого переживания» (неудачи в общественной жизни или служебной деятельности, снижение уровня доходов в семье, увольнение с работы и т.п. – у 47,7%; внутрисемейные и межличностные конфликты, зачастую приводящие к разводам, смене места жительства и т.п. – у 58,7%). Само по себе обострение дерматоза также являлось тяжелым психическим стрессом – у 62,3% [59, 85, 191, 259, 263].

Считают, что психовегетативный синдром является физиологическим отражением приспособительной реакции организма [35]. Любое эмоциональное возбуждение содержит неспецифический (вегетативная реакция) и специфический компоненты (индивидуальная интерпретация вегетативных сдвигов и сложившейся ситуации в целом) [189].

Психовегетативные нарушения сопровождают острый и хронический эмоциональный стресс, и при отсутствии заболевания обозначаются как психофизиологические. Было показано, что психофизиологические реакции на стресс могут завершиться нормализацией нарушенных функций, но принципиально возможен и другой путь течения, когда длительность и интенсивность стресса, в сочетании с генетической предрасположенностью и ипохондрической фиксацией на вегетативных симптомах, приводят к формированию психосоматических, в том числе дерматологических заболеваний [99, 194, 195, 196, 197, 199, 208, 226, 229, 230].

Было показано, что выраженность депрессивных расстройств, всегда тесным образом коррелирует с выраженностью симптомов дерматоза [139, 208].

Установлено, что стресс изменяет функционирование иммунной системы, что может иметь как приспособительный и защитный механизм, так и вызывать психосоматические расстройства, манифестацию и эксацербацию дерматозов [235, 252].

Известно, что вегетативная нервная система (ВНС) имеет важное патогенетическое значение в развитии АлД, выступая как промежуточное звено в

сложном рефлекторном влиянии центральной нервной системы (ЦНС) (симпатическом и парасимпатическом) на функционирование кожи [56, 74, 109].

ВНС обеспечивает поддержание гомеостаза и влияет на различные формы психических и физических реакций в жизнедеятельности организма. Посредством биологически активных веществ ВНС оказывает на органы-мишени воздействие, приводящее к изменению характера и скорости метаболических реакций, индуцируя ответную реакцию организма на изменения внешней или внутренней среды [30, 56, 219, 221, 222, 223].

Нарушения функций ВНС при действии различных неблагоприятных факторов могут способствовать изменению поведенческих реакций человека и способствовать развитию различных заболеваний, в том числе и дерматоза [7].

ВНС является регулятором интегративных реакций организма, обеспечивающих функциональную связь органов и систем, полноценность метаболических процессов [7, 30, 223].

Известно, что вегетативная дисфункция приводит к нарушению интегративной деятельности надсегментарных вегетативных структур (лимбико-ретикулярного комплекса), в результате чего развивается дезинтеграция вегетативных, эмоциональных, эндокринно-висцеральных взаимосвязей и рефлексов [30, 56]. Выделяют висцеро-висцеральные, висцеро-соматические и висцеро-сенсорные рефлексы, при этом последние имеют диагностическое значение при некоторых заболеваниях внутренних органов, при которых повышается тактильная и болевая чувствительность. Особое значение имеют сомато-висцеральные рефлексы, возникающие при активации экстерорецепторов и соматических афферентных волокон, что обуславливает сужение или расширение сосудов кожи, лежит в основе различных типов дермагрофизма кожи [56, 195].

Работами И.И. Потоцкого (1986) было показано, что сенсibilизация кожи с последующими дистрофическими изменениями в ней формируется на фоне функциональных сдвигов в ЦНС и ВНС [7].

Доказана роль дисфункции ВНС в развитии атопической болезни, активации иммунокомпетентных клеток кожи и последующих фаз патофизиологических процессов иммунозависимого воспаления в барьерных тканях (кожа, слизистые бронхо-легочной и желудочно-кишечной систем) [7, 30].

Исследования показали, что психоэмоциональные переживания и стрессы являются не только факторами риска дебюта или рецидива дерматозов, но и отягощают их течение и ответную реакцию на терапию [241].

Ранее проведенными исследованиями было показано, что тяжелое течение АлД более, чем у 2/3 больных сопровождалось невротическими (тревожно-фобическими, неврастеническими) расстройствами и аффективными депрессивными нарушениями [94]. При этом недооценка психического состояния и неучитывание эмоционального фактора у 40% больных приводило к неэффективности терапевтической помощи [97, 98].

Показано, что коморбидность кожной патологии с депрессиями достигает 59–77%, с тревожными расстройствами – 6–30% [48]. Среди тревожных расстройств доминировали социофобические и тревожно-ипохондрические расстройства [45]. И.Ю. Дороженков (2001) наблюдал сочетание психогенных тревожных реакций с соматовегетативными нарушениями, имевшими общие симптомы с проявлениями дерматологической патологии (зуд, жжение, гиперемия, стягивание кожи) [48].

Доказано, что стресс индуцирует хронификацию и амплификацию зуда, являющегося, в свою очередь, маркером АлД. Хронический зуд, в свою очередь, коморбидно связан с депрессией, тревогой, обсессивно-компульсивными расстройствами [118].

Установлено, что стрессы повышают чувствительность рецепторов к нейротрансмиттерам (субстанции Р) и увеличивают секрецию фактора роста нервов (NGF – nerve growth factor) [100, 188, 218, 219, 220].

Показано влияние стресса на гипоталамо-гипофизарные структуры, особенно ВНС, что позволило сформулировать концепцию адаптационно-

трофической функции нервной системы и рассматривать хронические дерматозы как трофодерматозы [7, 20].

Доказанная связь между кожей и психо-эмоциональными нарушениями позволила предложить классификацию этих нарушений:

- психические нарушения вследствие кожных заболеваний (все хронические, обезображивающие, болезненные или зудящие дерматозы, в т.ч. АлД, псориаз, акне);
- кожные проявления вследствие психических причин (избыточные физиологические реакции; индуцирование органических кожных заболеваний вследствие психических причин);
- кожные поражения, обусловленные самоповреждением (патомимий; артефакты) [232, 233, 238].

Выделяют три группы психосоматических кожных заболеваний:

- 1) психосоматические дерматозы, при которых психосоматические аспекты играют значительную роль в возникновении или активации заболевания (АлД, псориаз, контактный дерматит, акне, крапивница);
- 2) психиатрические дерматозы, при которых на первом плане стоят психопатологические аспекты (соматоформные нарушения, симулируемые нарушения и маниакальный синдром);
- 3) соматопсихические дерматозы, при которых на первом плане находятся соматические аспекты (опухоли кожи, физикальные реакции при дерматозах) [238].

Была также разработана классификация психодерматозов с позиций психосоматических концепций, предусматривающая выделение 2-х групп:

- дерматозы, в основе которых лежат первичные психопатологические расстройства, определяющие поведенческие реакции и неадекватное отношение больных к болезни;
- дерматозы, при которых преобладает причинная роль психоэмоционального фактора; психосоматические расстройства, как реакция личности на косметический дефект или хроническое рецидивирующее течение (атопический

дерматит, экзема, псориаз, акне, красный плоский лишай) [132, 234, 235, 239, 241, 251].

Известно, что хронические дерматозы приводят к нозогенным реакциям, таким как тревожно-ипохондрические, социофобические и тревожно-депрессивные, которые формируются при длительно рецидивирующем течении заболевания или на фоне выраженного зуда, или при поражении эстетически значимых участков тела [49, 85, 132, 236, 241, 254, 257].

Для больных дерматозами характерна соматизированная тревога, которая проявляется стойкой фиксацией на состоянии своей кожи, ощущении зуда, стягивания, сухости. В ряде случаев психогенный зуд может усиливать или дублировать кожный зуд, изначально свойственный данному дерматозу. Такая «надстройка» зуда реализуется по психогенным механизмам с диссоциацией между минимальными проявлениями дерматологического процесса и выраженностью жалоб на мучительный зуд [49, 85].

Социофобические нозогенные реакции характеризуются тревогой, связанной с болезненным восприятием эстетического дефекта, идеями неполноценности, обостренной стеснительностью по поводу утраты внешней привлекательности и избегающим поведением (когда при необходимости появиться в незнакомом обществе пациенты испытывают выраженный дискомфорт, ощущают нарастающую тревогу, неуверенность в себе, предпринимают попытки разными путями скрыть изъяны кожи) [49].

Для диагностики психодерматозов разработан ряд клинических критериев: анализ анамнеза и жалоб на психотравмирующие факторы; предшествующая или сопутствующая невротическая или депрессивная симптоматика; яркая вегетативная симптоматика, обуславливающая полиморфизм жалоб и данных физикального исследования; цикличное течение дерматоза; нестабильные колебания интенсивности высыпаний в период обострения; необычно яркие клинические проявления дерматоза, в том числе пароксизмы зуда, ночной зуд и расчесы; недостаточная эффективность традиционной терапии; улучшение, связанное с разрешением психотравмирующей ситуации, нормализацией

психического статуса или положительными изменениями в окружающей больного психосоциальной среде [18, 56, 132, 151, 231, 253, 255].

Таким образом, доказаны факты влияния стресса на функционирование ВНС и обеспечение ею адаптационно-трофических функций и, следовательно, на манифестацию и течение хронических дерматозов. Установлена роль психогенных и нозогенных реакций при хронических дерматозах и эффективности их терапии обосновывает включение в комплексную терапию АлД, наряду с медикаментозными, немедикаментозные формы воздействий. До настоящего времени для коррекции установленных нарушений, в основном, используют седативные препараты и транквилизаторы. Не разработан подход к коррекции стресс-индуцированных симпатических и парасимпатических нарушений, психосоматических изменений у пациентов с хроническими дерматозами. В то же время дифференцированный подход к коррекции симпатических и парасимпатических стресс-индуцированных изменений с учетом индивидуальных психо-личностных особенностей может способствовать повышению лечебно-реабилитационных мероприятий при АлД и сохранение качества жизни пациента.

1.3. Роль анти-стрессовой терапии в повышении эффективности лечения аллергодерматозов

В настоящее время много работ посвящено вопросам медикаментозной психокоррекции в дерматологии [151]. Известно, что длительно рецидивирующие хронические дерматозы приводят к изменениям не только в биологической, но и в психологической структуре личности пациента. Нарушается социальная адаптация, изменяется характер в целом: интересы, установки, а также эмоционально-волевая сфера [6, 114, 115].

Отмечается высокая распространенность тревожных расстройств разного генеза у пациентов с хроническими рецидивирующими дерматозами, что влияет на эффективность комплексной медикаментозной помощи. Поэтому одного лишь

медикаментозного воздействия для достижения стойкого лечебного эффекта недостаточно, необходима специальная психологическая коррекция, способствующая возвращению психики больного в адаптивное состояние. Считают, что пациенты, с кожной патологией нуждаются, наряду с психофармакотерапией, в проведении психотерапевтической коррекции [71, 92, 110, 242, 243].

Ряд исследований выявили особенности нарушений нервной системы больных атопическим дерматитом (АД): возбудимость, потеря эмоциональной самостоятельности, враждебность, склонность к агрессивным импульсам, трудность установления контакта в семье и коллективе, тревожность, склонность к депрессии, а также тенденции к интроверсии, аутизму, астеническим и вегето-сосудисто-дистоническим реакциям [74, 75, 179]. В связи с этим патогенетически обоснованным является лечение тревожных, депрессивных и других психических расстройств адекватными дозами психотропных препаратов [22].

Известно, что одна из самых распространенных причин дебюта дерматозов (АД, экзема, псориаз, крапивница) – нервно-психологический фактор, который является ведущим в постстрессовых нарушениях здоровья, что и обосновывает целесообразность медикаментозной психокоррекции дерматозов [5, 6, 181, 189, 195, 201].

Считают, что комплексный подход с использованием дермато- и психофармакологических средств, дифференцированный в зависимости от типа психоэмоциональных нарушений, значительно повышает эффективность лечения, приводит к регрессу как дерматологической, так и психопатологической симптоматики, и улучшает качество жизни больных [5, 71, 202, 215].

Выросший интерес к вопросам медикаментозной психокоррекции при кожных заболеваниях объясняется высоким процентом дерматозов, сопровождающихся психопатологической симптоматикой. Так, исследования А.И. Якубовича (2008) показали, что включение в комплексную терапию больных псориазом селективного анксиолитика (5 – этокси – 2- [2-(морфолино)-этилтио] – бензимидазола дигидрохлорид), наряду с улучшением психического состояния и

снижением уровня реактивной тревожности больных, улучшало дерматологический статус, по сравнению с традиционным дерматотропным лечением [178].

Так, у большинства больных АД, независимо от пола и клинических проявлений заболевания, были высокие показатели психоэмоциональных нарушений, что свидетельствует о дезадаптогенных проявлениях и истощении компенсаторно-приспособительных механизмов. При коррекции адаптолом повышается толерантность нервной системы, что способствует социально-психологической реабилитации больных АД. По своей химической структуре адаптол является бициклическим соединением двух молекул мочевины, т. е. близок к природным метаболитам организма – мочеvine, а именно к пуринам. Назначение адаптола, обусловлено широким спектром психотропного влияния. В результате приема препарата достигаются следующие клинические эффекты: быстрое наступление анксиолитического эффекта после приема первой таблетки (эффект первого приема), что позволяет сохранять активность в дневное время суток, не вызывая седации, миорелаксации и нарушения координации движений; возможность длительного применения без привыкания и синдрома отмены (от 10 до 100 дней); высокий профиль безопасности [25, 35, 88, 103, 155, 178].

Тревожность как один из самых частых синдромов у пациентов с АД представляет первую стадию реализации стрессорного ответа организма. При воздействии хронического стресса формируется дисбаланс различных нейромедиаторных систем мозга, в результате чего тревожность превращается в синдром тревоги, оказывающий деструктивное действие на психоэмоциональную сферу человека. При прогрессировании нейромедиаторного рассогласования и нарушении центральных механизмов регуляции формируется стойкая дисфункция вегетативной регуляции в ЦНС, приводящая к развитию психосоматических расстройств, в том числе и хронических дерматозов. Развитие тревоги не является результатом дисфункции одной нейромедиаторной системы, но отражает дисбаланс различных нейромедиаторов на разных уровнях структурно-функциональной организации [87, 88, 90, 146, 149, 164, 217, 219, 225].

Корреляция нарушений функций ЦНС при психосоматических заболеваниях, обязательно должна включать воздействие на проявления основных клинических синдромов, связанных с расстройствами адаптации. При лечении пациентов, сопровождающейся пограничными психическими расстройствами, обычно используются ноотропные средства и транквилизаторы. Учитывая побочные эффекты бензодиазепиновых транквилизаторов, особенно со стороны сердечно-сосудистой системы, предпочтение необходимо отдавать небензодиазепиновым анксиолитикам и адаптогенам, которые не вызывают миорелаксации, мнестические расстройства и синдром зависимости [66, 143]. К таким препаратам относится Адаптол который оказывает антагонистическую активность по отношению к возбуждающей адренергической и глутаматергической системам и усиливает функционирование тормозных серотонин- и ГАМК-ергических механизмов мозга, что приводит к выраженному вегетостабилизирующему, умеренному транквилизирующему и умеренному ноотропному эффектам. Под влиянием адаптола происходит улучшение умственной и физической работоспособности. Препарат оказывает также антигипоксический и анальгетический эффекты, усиливает адаптогенную активность, проявляет антистрессовое и стресспротекторное действие. Адаптол близок к естественным метаболитам организма (его молекула представляет собой фрагменты двух метилированных остатков мочевины), не является ксенобиотиком, что повышает его безопасность, принимается независимо от приема пищи и может сочетаться с большинством лекарственных препаратов. Важными свойствами адаптола является отсутствие синдромов привыкания и отмены, а также серьезных побочных эффектов. Главным отличием адаптола от классических анксиолитиков является сочетание системных нейромедиаторных и клеточных механизмов действия [27, 35, 88, 103, 155].

Препарат обладает выраженным вегетостабилизирующим и умеренным ноотропным действием, антиоксидантным, антигипоксическим, анальгетическим, а также антистрессовым и стресспротекторным действием. Адаптол безопасно сочетается с другими лекарственными средствами (антигипертензивными, β -

блокаторами, антацидами, антигистаминными препаратами, оральными контрацептивами) и другими психотропными препаратами (нейролептиками, транквилизаторами) [61, 155].

Считают, что применение психофармакотерапии у дерматологических больных представляет собой актуальное и перспективное научно-практическое направление [6, 47, 50, 131, 155].

Американская психиатрическая ассоциация проводила исследование, в котором сравнивалась эффективность традиционной дерматологической терапии и дерматологической терапии в сочетании с психотерапией. Было показано, что пациенты, которые учились рационально мыслить, овладели методами релаксации и аутогипноза, прошли курсы биологической обратной связи, чувствовали себя более уверенными в борьбе со своей болезнью. У этих пациентов снижалась частота и длительность обострений [204, 215].

Немецкие ученые при лечении хронических кожных заболеваний, опираясь на биопсихосоциальную модель болезни, предположили психотерапевтические интервенции по трем основным направлениям: получение знаний о болезни и возможных способах саморегуляции; проработка психоэмоционального компонента, модификация поведения (социальное образование); обучение методам релаксации [192]. Отмечено, что не все пациенты с хроническими дерматозами нуждаются в психотерапии. Решение, кто и когда нуждается в психотерапевтической помощи, зависит от соотношения проявлений кожной патологии и психических проблем. Были сделаны рекомендации, что предпочтение в психотерапии должно отдаваться поведенческим подходам, группам самопомощи [238].

Российскими учеными проведено немало клинических исследований, доказывающих эффективность психотерапии дерматозов. Первая монография, посвященная применению гипноза в дерматологии, была опубликована еще в 1936 г. А.И. Картамышевым, а Н.Н. Желтаков разработал принципы гипносуггестивной терапии [73, 74, 109].

В последующем были разработаны методы нелекарственной психотерапевтической коррекции дерматозов, возникших в результате перенесенного стресса: психотерапия, фитотерапия и рефлексотерапия (акупунктура) [22]. Психотерапия включала в себя следующие методы: каузальную, рациональную, семейную, когнитивно-поведенческую психотерапию, гипнотерапию, а также обучение техникам аутогенной тренировки. Психотерапия была направлена на создание новой когнитивной модели жизнедеятельности, аффективную переоценку травматического опыта, восстановление ощущения ценности собственной личности. Важное место занимало переключение пациентов от проблем к позитивному восприятию окружающей действительности, концентрация их внимания на радостных событиях в жизни, эмоциональных привязанностях. Второй этап психотерапевтического лечения состоял в освоении пациентом психотерапевтических приёмов, способствующих выработке новых стереотипов поведения и защитных психологических механизмов в период адаптации, реконструкции утраченных чувств собственного достоинства и необходимости возвращения к новым ролевым позициям в обществе, обучении навыкам самовнушения и закреплении полученных результатов. В исследовании использовали метод корпоральной акупунктуры, которая проводилась по общепринятой методике. Курс лечения состоял из 10-12 сеансов иглоукалывания в специфические активные корпоральные точки [22, 23, 117, 149, 150]. При применении фитотерапии использовали лекарственные фитосборы. Исследование показало достаточно высокую эффективность комплексного применения сочетаний нелекарственных методов при лечении расстройств, связанных со стрессом и нарушением адаптации у больных кожными болезнями. Авторы доказали лечебные эффекты (иммуностимулирующее, успокаивающее, вегетативно-стабилизирующее, мягкое антидепрессивное и анксиолитическое) разработанного подхода. Катамнестическое наблюдение в течение трех лет показало, что добиться ремиссии удалось в 83,2% случаев [22, 163, 164].

У пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством наибольшую эффективность продемонстрировала групповая психотерапия. В случае наличия острой реакции на стресс предпочтительно применение гипнотерапии и когнитивно-поведенческой терапии. При расстройствах, связанных с семейными проблемами, хорошо себя зарекомендовала семейная психотерапия [22, 78, 117].

По мнению А.А. Мутаева (2003), психотерапевтические методы воздействия могут использоваться параллельно с медикаментозными. Рекомендована интегративная психотерапия, которая включает психодинамическую работу, методики экзистенциально-гуманистической и позитивной психотерапии. В качестве фоновой психотерапевтической помощи могут использоваться суггестивные методы, аутотренинг, релаксационные методики и другие методы, улучшающие адаптивные механизмы личности, способствующие снятию напряженности, уменьшению тревоги, нормализации сна [97].

Проблема психодерматологии активно разрабатывается в различных дерматологических школах. Так, в методических рекомендациях «Комплексная психотерапия кожных больных» был обоснован и представлен подход, где наряду со специфическим традиционным лечением, практиковали психотерапевтические методики, направленные на формирование активной установки пациента на выздоровление. Считают, что более перспективной является комплексная психотерапия, основанная на последовательном применении рациональной психотерапии, гипносуггестивной терапии и аутогенной тренировки [97, 98, 109, 131, 132].

Важную роль в возникновении и прогрессировании болезни играют нейроэндокринные нарушения на фоне стрессовых ситуаций. Так, обострения более трети случаев АлД связаны с основным пусковым фактором – психическим напряжением, что подтверждается клинической эффективностью методов активного воздействия на ЦНС с помощью электросна и гипнотерапии [44, 131, 132].

Многие авторы в ряде работ неоднократно подчеркивали, что указанный дерматоз может начинаться или рецидивировать после разнообразных нервно-психических травм, длительных волнений, тяжелых переживаний. Возникшее при этом невротическое состояние, выражающееся в нарушении сна, повышенной раздражительности, угнетенном состоянии, эмоциональной лабильности, плаксивости, неадекватной реакции на раздражители может быть первичным, если оно предшествует появлению кожного заболевания, или вторичным, возникающим в результате имеющегося дерматоза. При вторичных невротических состояниях частые рецидивы болезни, сопровождающиеся распространенными поражениями кожи, вызывают у пациентов физический дискомфорт и являются причиной психологических проблем. Последние приводят к усугублению нервно-психического состояния больного и формированию личности с выраженным психосоматическим компонентом [73, 74].

Формирование клинического представления «вегетососудистая дистония»(ВСД) связано с именами Н.Eppingera, L.Hessa (1910), которые ввели понятие «симпатикотонии» и «парасимпатикотонии» и описали синдром «ваготонии», а несколько позже (1913) P.Wichman предложил термин «вегетативная дистония». Это определение отражает динамический характер нарушения функционального равновесия между симпатическим и парасимпатическим отделами ВНС (преимущественное преобладание одного из них). Вегетативная дистония / или «ВСД» (последний термин подчеркивает важность сосудистой компоненты в клиническом проявлении данного синдрома) принято считать обобщающим термином, применяемым для определения как первичных (эссенциальных) вегетативных расстройств, так и вегетативных нарушений, возникающих вторично при различных поражениях внутренних органов, заболеваниях и травмах ЦНС и др. [30, 56, 171, 172, 177, 178].

По рекомендации А.М. Вейна ВСД следует рассматривать как синдром, представленный перманентными, пароксизмальными расстройствами или (и) локального характера в сочетании с эмоциональными расстройствами. Подобные

расстройства связаны с центральными (надсегментарными) вегетативными нарушениями. Состояние тонуса вегетативной нервной системы исследуют с помощью специальных анкет (опросников), заполняемых пациентом, которые позволяют выявить объективные признаки вегетативной дисфункции.

Известно, что воздействия на ВНС, часто используют электрофорез с разными фармакологическими средствами (кальцием, магнием, кофеином, мезатоном, эуфиллином, папаверином, бромом, новокаином), электросон, водные процедуры, грязелечение и др. [161]. Воздействие электрическим током приводит к изменению функционального состояния нервной системы и возникновению нового уровня функционирования нейрогуморальной системы, что существенно сказывается на деятельности внутренних органов, обмене веществ, реактивности организма и устойчивости его систем к факторам внешней среды. Выбор методики должен проводиться с учетом направленности исходного вегетативного тонуса. При ваготонии показан электрофорез на воротниковую зону по методике рефлексов по Щербаку с 5% раствором хлористого кальция, 1% раствором кофеина или 1% раствором мезатона. При симпатикотонии используется электрофорез с 2% раствором эуфиллина, 2% раствором папаверина, 4% раствором сульфата магния, обладающие седативным, гипотензивным, спазмолитическим действием [22, 27, 28].

Медико-психологическая коррекция и комплексный подход с индивидуально подобранными методами может существенно повысить эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий при хронических рецидивирующих дерматозах.

Выводы

Таким образом, можно сделать вывод, что в традиционную терапию АДД целесообразно включать, наряду с медикаментозной, и персонифицированную немедикаментозную коррекцию тревожных и стрессовых состояний. Комплексный подход к лечению больных АДД, проживающих в ЗЛК с использованием дермато - и психофармакологических средств, в зависимости от

типа психоэмоциональных нарушений, может значительно повышать эффективность лечения, приводить к регрессу как дерматологической, так и психопатологической симптоматики.

Результаты данного раздела опубликованы в следующих печатных работах:

1. Горбенко, Ал. С. Роль стресса в развитии аллергических дерматозов (обзор литературы) [Текст] / Ал. С. Горбенко // Торсуевские чтения : сборник научно-практических работ. – Донецк, 2016. – Вып. 14. – С. 66– 77.
2. 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– 129.
3. Горбенко, Ал. С. Антистрессорная медикаментозная и немедикаментозная терапия хронических дерматозов (обзор литературы) [Текст] / Ал. С. Горбенко // Торсуевские чтения: научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии. –2017. – № 1 (15). – С. 48–52.

РАЗДЕЛ 2

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Клиническая характеристика больных и дизайн исследования

Под наблюдением находились 164 больных аллергодерматозами, в том числе 92 (56,1%) мужчины и 72 (43,9%) женщины, в возрасте от 16 до 79 лет.

Критерии включения:

1. Больные аллергодерматозами.
2. Возраст пациентов с 16 до 79 лет.
3. Согласие пациента на включение в исследование и выполнение надлежащих процедур.

Критерии исключения:

1. Несогласие пациента принимать участие в исследовании.
2. Возраст до 16 лет и старше 80 лет.
3. Пациенты с онкологическими, гематологическими и системными инфекционными заболеваниями.

Средний возраст пациентов в нашем исследовании составил $42,3 \pm 1,2$, в том числе средний возраст больных при аллергическом контактном дерматите составил $41,2 \pm 2,4$, при атопическом дерматите - $29,6 \pm 1,5$ при крапивнице $38 \pm 3,3$ при экземе - $45,1 \pm 1,8$.

Среди больных аллергодерматозов, атопический дерматит встречался у 62 (37,8%) больных, экзема – у 51 (31,1%), аллергический контактный дерматит – у 30 (18,3%), крапивница у 21 (12,8%) (табл. 2.1).

Таблица 2.1

Распределение больных АД по полу и возрасту

Нозологии	Пол		Возраст					Всего	
	м	ж	До 20 лет	21-30	31-40	41-50	Старше 50	абс.	%
Аллергический контактный дерматит	15	15	2	6	6	7	9	30	18,3
Атопический дерматит	29	33	14	23	15	6	4	62	37,8
Экзема	43	8	-	4	16	17	14	51	31,1
Крапивница	5	16	2	4	9	2	4	21	12,8
Всего абс.	92	72	18	37	46	32	31	164	100
Всего %	56,1	43,9	11	22,5	28	19,5	19		

В соответствии с целями и задачами исследования после комплексного обследования пациенты были разделены на две группы: основная - 134 (81,7%) больных, получавших лечение по разработанному методу и группа сравнения - 30 (18,3%) больных, получавших традиционную терапию.

Оценку степени выраженности симптомов, тяжесть течения АД, последующее обследование больных проводили с учетом принятых и утвержденных нормативных документов [46, 124, 127]

2.2. Общеклинические методы исследования

До начала лечения все больные проходили комплексное обследование с использованием клинических и лабораторно-инструментальных методов, в соответствии с принятыми протоколами и стандартами лечения ДНР [46, 86].

При первичном обращении анализировали жалобы, анамнез заболевания, связь дебюта и/или обострение дерматоза со стрессом, характер стресса,

территорию проживания (в зоне боевых действий) и др. Анализируя анамнез дерматоза, обращали внимание на другие триггерные факторы, количество рецидивов в год, сезонность, аллергологический и семейный анамнез, наличие сопутствующей патологии, проводимую ранее терапию и ее эффективность.

Осмотр кожных покровов и видимых слизистых проводили согласно общепринятой методике осмотра дерматологических больных [86].

Степень тяжести АД оценивали по индексу SCORAD (Severity Scoring of Atopic Dermatitis), предложенной в 1993 г. Европейской рабочей группой по атопическому дерматиту [4, 205].

SCORAD основан на оценке объективных (степень выраженности морфологических элементов сыпи, их распространенность) и субъективных (интенсивность зуда и нарушение сна) критериев. Объективные симптомы (эритема, отек/папулезные элементы, корки/мокнутие, эксфолиации, лихенификация/шелушение, сухость кожи) оценивали по 4-х балльной шкале: 0 баллов – отсутствие симптомов, 1 – слабые, 2 – умеренные, 3 – сильные. Индекс SCORAD рассчитывается по формуле. $SCORAD = A/5 + 7B/2 + C$, где: А – распространенность поражения кожи (в процентах), В – оценка интенсивности/выраженности симптомов АД (от 0 баллов до 3): эритема; отек/интенсивность папул; шелушение; эксфолиации; лихенификация; С – субъективной оценке пациента своего состояния (зуд – от 0 до 10 баллов; бессонница – от 0 до 10 баллов). Значения индекса могут варьировать в пределах от 0 (нет заболевания) до 103 (максимально тяжелое течение). Степень тяжести: легкая – до 20 баллов, средне-тяжелая 20-40 баллов, тяжелое – более 40 баллов. Распространенность дерматоза определяли также по индексу BSA (BodySurfaceArea) [4, 248]. Расчет BSA – 1 ладонь пациента до средних фаланг пальцев соответствует 1% площади тела.

Качество жизни определяли по дерматологическому индексу качества жизни (ДИКЖ, или TheDermatologyLifeQualityIndex (DLQI) [4, 141, 200, 206]. DLQI состоял из 10 вопросов. Каждый вопрос оценивался по 3-балльной системе: очень сильно влиял на качество жизни – 3 балла, сильно – 2 балла, несильно –

1балл, совсем нет или затрудняюсь ответить – 0 баллов. Подсчет индекса осуществлялся простым суммированием всех баллов: минимальное значение – 0 баллов, максимальное значение – 30 баллов. Чем больше показатель, тем более отрицательное воздействие заболевания на качество жизни.

2.3. Лабораторные методы исследования

У всех больных определяли общий анализ крови (развернутый), билирубин и его фракции, аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспаратаминотрансфераза (АСТ), глюкозу крови, креатинин, комплекс серологический реакций (КСР), общий анализ мочи. Оценивали их в соответствии с общепринятыми нормами в соответствии с международной системой единиц [80].

По показаниям исследовали: иммуноглобулин класса Е общий (IgE), антистрептолизин-О, С-реактивный белок (СРБ), исключение лактазной недостаточности, исключение непереносимости белка глютена, иммуноаллергологическое обследование [11, 46, 163].

Проводили ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы, органов брюшной полости (печени, почек, поджелудочной железы) и органов малого таза. В сложных диагностических случаях выполнялась биопсия с последующим гистологическим исследованием для верификации диагноза.

По показанию больные были консультированы смежными специалистами для исключения и/или лечения сопутствующей патологии.

2.4. Методы определения психопатологической симптоматики

Для проведения клинико-психопатологического исследования использовали 6 специализированных опросников: SCL-90-R (Symptom check list - 90 - revised) - для определения выраженности психопатологической симптоматики; опросника САН – для определения текущего уровня Самочувствия, Активности и Настроения; Шкалы удовлетворённости жизнью; Шкалы госпитальной тревоги и

депрессии - HADS (The hospital Anxiety and Depression Scale); опросника Спилбергера-Ханина (с целью определения уровня тревожности); опросника Вейна (для определения уровня вегетативной дисфункции) [56, 157, 160].

Исследование проведено в 2х группах: 1 группа – 164 больных с АДЖ проживающих в ЗЛК, 2 группа – 30 человек без дерматологической патологии, проживающих в аналогичных условиях. Полученные результаты сравнивали с нормативными показателями лиц, не страдающих дерматологической патологией и не проживающих в зоне боевых действий, по данным, полученным в лаборатории психологии посттравматического стресса и психотерапии Института психологии Российской Академии наук [157].

Опросник SCL-90-R использовали для оценки глубины психических нарушений, изучения психического состояния и терапевтической динамики у больных с соматизированными расстройствами. Опросник состоял из 90 утверждений, которые отражали наличие соматических и психологических проблем. Оценка и интерпретация результатов осуществлялась по 9-ти основным показателям, которые объединяли определенные группы симптомов:

- соматизации – Somatization (SOM),
- обсессивности - компульсивности – Obsessive-Compulsive (OC),
- межличностнойсенситивности– InterpersonalSensitivity (INT),
- депрессии– Depression (DEP),
- тревоги– Anxiety (ANX),
- враждебности– Hostility (HOS),
- фобическойтревоги– Fobic Anxiety (PHOB),
- паранойяльныхтенденций– ParanoidIdeation (PAR),
- психотизма–Psychoticism (PSY).

Применяемая методика позволяет получить два индекса, отражающих степень выраженности симптоматики (GSI), наличие симптоматического дистресса (PSDI), а также позитивного симптоматического индекса (Positive Symptomatical Index - PSI), определяемого по количеству положительных ответов [157, 199].

Опросник САН использовали для оценки Самочувствия, Активности и Настроения, которые оценивались в баллах [160]. Опросник состоял из 30 пар противоположных характеристик, по которым больного просили оценить свое состояние. Каждая пара представляет собой шкалу, на которой больной отмечал степень выраженности той или иной характеристики своего состояния.

[illegible]

23	Спокойный								Озабоченный
24	Оптимистичный								Пессимистичный
25	Выносливый								Утомляемый
26	Бодрый								Вялый
27	Соображать трудно								Соображать легко
28	Рассеянный								Внимательный
29	Полный надежд								Разочарованный
30	Довольный								Недовольный

Рисунок 2.1. Опросник САН

Необходимо соотнести свое состояние со шкалой 3 2 1 0 1 2 3 каждой пары признаков. Например, между парой утверждений "Самочувствие хорошее" и "Самочувствие плохое" расположены цифры 3 2 1 0 1 2 3. Цифра "0" соответствует среднему самочувствию, если пациент не может отнести ни к плохому, ни к хорошему. Слева от "0" единица отражает самочувствие – выше среднего, а цифра три – соответствует прекрасному самочувствию. Эти же цифры в этой строке, стоящие справа от цифры "0", характеризуют самочувствие – ниже среднего. Таким образом, последовательно рассматриваются и оцениваются каждая строка опросника САН. Результаты оценивались в баллах, где 1 – 4 балла – низкий уровень, неблагоприятная степень оценки своего состояния; 4 – 5 баллов – минимально допустимый уровень оценки своего состояния; 5 – 5,5 – оптимальный уровень оценки своего состояния; 5,5 – 6 – высокий уровень оценки своего состояния; 6 – 7 – очень высокий уровень оценки своего состояния. Нормальные оценки состояния находятся в диапазоне 5,0 – 5,5 баллов [157, 160].

Согласно тесту САН «самочувствие» отражало степень физиологической и психологической комфортности пациента, «активность» рассматривали как проявление темперамента, и определяли полноценность взаимодействия пациента с окружающей средой, «настроение» отражало эмоциональный фон и особенности эмоционального отклика на внешнее воздействие [160].

Шкала удовлетворенности жизнью (ШУДЖ) (от англ. SatisfactionwithLifeScale, SWLS) [107] – методика, адаптированная Д. А. Леонтьевым и Е. Н. Осиным [105, 107]. Шкала отражала когнитивную оценку соответствия жизненных обстоятельств ожиданиям пациента [105]. Содержала 5 утверждений, посвященных различным аспектам удовлетворенности жизнью, «субъективное благополучие», подразумевая под ним совокупность трех основных компонентов: приятные эмоции, удовольствие, неприятные эмоции. Данная методика выявляла уровень интеллектуальной и эмоциональной удовлетворенности жизнью. Пациенту предлагают 7 градаций ответов от 1 (не согласен) до 7 (полностью согласен). При анализе результатов –от 26 и до 35 баллов свидетельствовал о высокой удовлетворенностью жизнью, от 16 до 25 баллов – о среднем и от 5 до 15 баллов – о низкой степени удовлетворенностью жизнью. Шкала измеряла эмоциональные переживания пациента, отражала общий уровень психологического благополучия [105, 107, 180].

Для верификации нарушений в эмоционально-волевой сфере использовали Госпитальную ШкалуТревогиДепрессии – ThehospitalAnxietyandDepressionScale (HADS). Шкала HADS была разработана А. S. Zigmond и R. P. Snaith (1983) и предназначена для скринингового выявления тревоги и депрессии у пациентов с соматической патологией. Опросник состоял из 14 утверждений, имеющий 2 шкалы: шкала «тревога»(нечетные пункты — 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13), шкала «депрессия»(четные пункты — 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Каждому утверждению соответствовало 4 варианта ответа, отражающих степень выраженности признака: от 0 (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность). При интерпретации результатов учитывали суммарный показатель по каждой подшкале, при этом выделяли 3 области его значений: 0-7 баллов – норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии), 8-10 баллов – субклинически выраженная тревога/депрессия, 11 и выше баллов – клинически выраженная тревога/депрессия [267].

Определение уровня тревожности проводили по тесту Спилбергера-Ханина с применением двух бланков: один бланк для измерения показателей шкалы

ситуативной тревожности (ШСТ), а второй – для измерения уровня шкалы личностной тревожности (ШЛТ). При анализе результатов общий итоговый показатель мог находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов, при этом, чем выше итоговый показатель, тем выше уровень тревожности (ситуативной или личностной). При интерпретации показателей использовали следующие ориентировочные оценки тревожности: до 30 баллов – низкая, 31 – 44 балла — умеренная; 45 и более — высокая [19, 119].

Оценку вегетативного статуса больных АлД осуществляли по опроснику А.М. Вейна [30, 56]. Опросник содержал 11 вопросов, часть из которых для выбора ответа подразделялась на подгруппы а) и б), либо пациенту предлагали выбрать те или иные характеристики, подчеркивая нужные слова. Положительный ответ оценивали по балльной системе, который в итоге суммировался, отрицательный ответ определялся как 0 баллов. Сумма баллов более 15 свидетельствовала о наличии вегетативной дисфункции [30].

2.5. Определение состояния регуляторных систем организма по вариабельности сердечного ритма

Вариабельность сердечного ритма (ВСР) является информативным методом оценки нейрогуморальных регуляторных механизмов, соотношения между симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы [8, 13, 14, 15]. Оценку ВСР проводили методом вариационной пульсометрии с помощью CardioLab-2000-ANS Pro (г. Харьков). Исследование проводили в положении больного лежа на спине. Длительность записи составила 10 мин.

Анализировали следующие показатели ВСР [18, 39, 79, 93, 210]:

Временные показатели:

- SDNN (стандартное отклонение длительности сердечного цикла, отражающее среднеквадратическое отклонение от длины последовательных кардиоциклов) – косвенный показатель, свидетельствующий о напряженности иммунитета и адаптационных возможностей организма, отражающий степень

тяжести заболевания, что может быть использовано также как прогностический критерий.

- RMSSD (квадратный корень из суммы квадратов разностей последовательных пар RR, характеризующий активность автономного контура) – косвенный показатель активности парасимпатического звена вегетативной регуляции.

Частотные показатели:

- HF (высокочастотный спектр 0,4-0,15 Гц, отражающий мощность энергетического спектра парасимпатического звена ВНС) – косвенный показатель парасимпатической регуляции ВНС.

- LF (низкочастотный спектр 0,04–0,15 Гц, отражающий мощность энергетического спектра симпатического звена ВНС) – косвенный показатель симпатической регуляции ВНС.

- VLF (очень низкочастотный < 0,04 Гц, отражающий мощность энергетического спектра гуморальной составляющей ВНС) – косвенный показатель нейрогуморальной регуляции.

- LF/HF (отношение мощностей низких частот к мощности высоких) - показатель, значение которого свидетельствует о балансе симпатических и парасимпатических влияний (симпато-вагальный баланс).

- TP (вариация N–N интервалов длительностью 5 мин суточной записи измеряется в частотном диапазоне до 0,4 Гц, отражает суммарную активность вегетативных влияний на сердечный ритм) – показатель общей мощности спектра нейрогуморальной регуляции ВНС.

Полученные результаты до и после лечения сравнивали между собой, а также соотносили с вариантами возрастной нормы здоровых добровольцев согласно рекомендуемым нормативам [198, 210].

2.6. Статистические методы исследования

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 оценивались на предмет соответствия нормальному распределению, для этого использовался критерий Шапиро-Уилка (при числе исследуемых менее 50) или критерий Колмогорова-Смирнова (при числе исследуемых более 50) [81, 82, 176].

Совокупности переменных, распределение которых отличалось от нормального, описывались при помощи значений медианы (Me) и нижнего и верхнего квартилей (Q1-Q3).

Номинальные данные описывались с указанием абсолютных значений и процентных долей.

Для сравнения независимых совокупностей в случаях отсутствия признаков нормального распределения данных использовался U-критерий Манна-Уитни. Рассчитанные значения U-критерия Манна-Уитни сравнивались с критическими при заданном уровне значимости: в том случае, если рассчитанное значение U было равно или меньше критического (0,05) признавалась статистическая значимость различий [81, 82].

Для проверки различий между двумя сравниваемыми парными выборками нами применялся W-критерий Вилкоксона. Если рассчитанное значение W было меньше или равно критическому (0,05), делался вывод о наличии статистической значимости различий сравниваемых выборок.

При сравнении нескольких выборок количественных данных, имеющих распределение, отличное от нормального, использовался критерий Краскела-Уоллиса, являющийся непараметрической альтернативой однофакторного

дисперсионного анализа. В том случае, если рассчитанное значение критерия Краскела-Уоллиса превышало критическое, различия показателей считались статистически значимыми. В противном случае признавалась верной нулевая гипотеза. В случае обнаружения статистически значимых различий между группами, дополнительно проводилось попарное сравнение совокупностей при помощи апостериорного критерия Данна.

РАЗДЕЛ 3

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ У БОЛЬНЫХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ЛОКАЛЬНОГО КОНФЛИКТА

Под наблюдением было 164 больных АД, наблюдавшихся в течение 2014-2019 гг. в Республиканском (до 2015г. – Областном) клиническом дерматовенерологическом диспансере (РКДВД). Отмечено, что в нашем исследовании мужчин было больше, чем женщин – 92 (56,1%) и 72 (43,9%) больных, соответственно.

При анализе нозологических форм отмечено, что 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 в наших наблюдениях был у 30 (18,3%) больных, чаще у женщин – 15 (20,8%), чем у мужчин – 15 (16,3%). АД, который наблюдали у 62 (37,8%) больных, также почти в 1,5 раза чаще был у женщин, чем у мужчин – 33 (45,8%) и 29 (31,5%) больных соответственно. Экзема констатирована у 51 (31,1%) больных, выявлялась чаще у мужчин, чем у женщин – 43 (46,7%) и 8 (11,1%) больных соответственно. Крапивницу наблюдали у 21 (12,8%) больных, в 5 раз чаще у женщин, чем у мужчин – 16 (22,2%) и 5 (5,4%) больных соответственно (табл. 3.1).

Таблица 3.1

Гендерные особенности распределения больных аллергодерматозами по нозологическим формам

Нозологии / Пол	Мужчины, n=92	Женщины, n=72	Всего абс. / %
Аллергический контактный дерматит	15/16,3	15/20,8	30/18,3
Атопический дерматит	29/31,5	33/45,8	62/37,8
Экзема	43/46,7	8/11,1	51/31,1
Крапивница	5/5,4	16/22,2	21/12,8
Всего абс. %	92/100	72/100	164/100

При гендерно-возрастном анализе установлено, что АлКД встречался во всех возрастных группах, однако среди 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 одинаково – по 1 (3,3%) больному (табл. 3.2).

АД в возрастных группах от 20 до 40 лет встречался чаще у мужчин, чем у женщин – 21 (33,9%) и 17 (27,4%) больных соответственно. В возрастной группе до 20 лет одинаково часто как у мужчин, так и у женщин – 7 (11,3%) и 7 (11,3%) больных соответственно. В возрастной группе 40 и более лет в несколько раз чаще встречался у женщин, чем у мужчин – у 9 (14,5%) и 1 (1,6%) больных соответственно.

Экзема встречалась наиболее часто в возрастной группе от 30 и более лет – у 47 (92,2%), значительно чаще у мужчин, чем у женщин – 39 (76,5%) и 8 (15,7%) больных соответственно.

Крапивница встречалась чаще в возрастной группе 31-40 лет – 9 (43%), чаще у женщин, чем у мужчин – 6 (28,6%) и 3 (14,4%) больных соответственно (табл. 3.2).

Таблица 3.2

Распределение больных аллергодерматозами по полу и возрасту

Возраст	До 20 лет			21-30			31-40			41-50			Старше 50		
Пол	м	ж	Всего абс. %	м	ж	Всего абс. %	м	ж	Всего абс. %	м	ж	Всего абс. %	м	ж	Всего абс. %
Аллергический контактный дерматит, n=30	1	1	2/6,7	6	-	6/20	4	2	6/20	2	5	7/23,3	2	7	9/30
Атопический дерматит, n=62	7	7	14/22,6	13	10	23/37,1	8	7	15/24,2	-	6	6/9,7	1	3	4/6,4
Экзема, n=51	-	-	-	4	-	4/7,8	16	-	16/31,4	12	5	17/33,3	11	3	14/27,5
Крапивница, n=21	1	1	2/9,5	-	4	4/19	3	6	9/43	1	1	2/9,5	-	4	4/19
Всего 164/100 абс. %	9	9	18/11	23	14	37/22,5	31	15	46/28	15	17	32/19,5	14	17	31/19

Среди причин обострения или дебюта АД преобладал стресс – у 119 (74,4%) больных, погрешность в питании – у 51 (31,2%) больной, травма – у 44 (26,8%) больных, факультативные раздражители были у 30 (18,3%), сочетанные факторы – у 17 (10,4%) больных (табл. 3.3).

Таблица 3.3

Причина обострения или дебюта аллергодерматозов

Причина/ Пол	Мужчины, n=92	Женщины, n=72	Всего больных абс. / %
Стресс	50/54,3	69/95,8	119/74,4
Погрешность в питании	24/26,1	27/37,5	51/31,2
Травма	38/41,3	6/8,3	44/26,8
Факультативные раздражители	15/16,3	15/20,8	30/18,3
Сочетанные факторы	8/8,7	9/12,5	17/10,4

При гендерном сравнении обращало внимание, что стресс был причинным фактором практически у всех женщин с АД- у 69 (95,8%) и у каждого второго мужчины – у 50 (54,3%).

Травма причиной дерматоза чаще была у мужчин, чем у женщин – 38 (41,3%) и 6 (8,3%) больных соответственно. Факультативные раздражители (моющие средства, декоративная и косметика ухода, спецодежда и др.) фиксировали чаще у женщин, чем у мужчин – 15 (20,8%) и 15 (16,3%) больных соответственно. Сочетанные факторы также чаще наблюдали у женщин, чем у мужчин – 9 (12,5%) и 8 (8,7%) больных соответственно.

Длительность заболевания до 1 месяца была у 30 (18,3%) больных, только при АлКД; до 1 года – у 15 (9,1%) больных, в основном при крапивнице; 1-2 года – у 35 (21,3%) больных, преимущественно при экземе и крапивнице; 3 и более лет – у 84 (51,2%), при этом у всех 62 больных АД и у 18 (35,3%) больных экземой (табл. 3.4).

Таблица 3.4

Длительность заболевания

Нозологии	До 1 месяца	До 1 года	1-2 года	3 и более лет
Аллергический контактный дерматит, n=30	30	-	-	-
Атопический дерматит, n=62	-	-	-	62
Экзема, n=51	-	3	29	18
Крапивница, n=21	-	12	6	3
Всего 164/100	30/18,3	15/9,1	35/21,3	84/51,2

При анализе характера течения АлКД обращало внимание, что 2 и более рецидивов в год было у 37 (22,6%) больных, в основном у больных АД – у 32 (51,2%); ежегодные рецидивы были у 84 (51,2%) больных, в т.ч у 26 (41,9%) больных АД и 32 (62,8%) больных экземой; редкие рецидивы - 1 раз в 2-3 года встречались у 21 (12,8%), 1 раз в 4-5 лет – у 9 (5,5%) больных. Впервые выявленные дерматозы были лишь у 13 (7,9%) больных, в основном это относилось к АлКД – 8 (26,7%) больных (табл. 3.5).

Таблица 3.5

Характер течения аллергодерматозов

Нозологии	Количество рецидивов в год				
	2 и более рецидивов в год	Ежегодные рецидивы	Редкие – 1 раз в 2-3 года	1 раз в 4-5 лет	Впервые выявленные заболевания
Аллергический контактный дерматит n=30	-	16/53,3	5/16,7	1/3,3	8/26,7
Атопический дерматит n=62	32/51,6	26/41,9	3/4,8	1/1,6	-
Экзема n=51	5/9,8	32/62,8	6/11,8	4/7,8	4/7,8
Крапивница n=21	-	10/47,6	7/33,3	3/14,3	1/4,8
Всего абс./% 164/100	37/22,6	84/51,2	21/12,8	9/5,5	13/7,9

Проведен анализ клинических особенностей АД у больных, проживающих в ЗЛК. При анализе распространенности АД отмечено, что индекс BSA более 10% был у 53 (32,3%) в основном – при АД – 52 (83,9%) (табл. 3.6).

Таблица 3.6

Площадь поражения аллергодерматозов по индексу BSA

Индекс BSA	Аллергический контактный дерматит n=30 абс. / %	Атопический дерматит n=62 абс. / %	Экзема n=51 абс. / %	Крапивница n=21 абс. / %	Всего n=164 абс. / %
До 3 %	30/100	3/4,8	14/27,5	4/19	51/31,1
От 3 до 10%	-	7/11,3	37/72,5	16/72,2	60/36,5
10% и более	-	52/83,9	-	1/8,8	53/32,3

От 3 до 10% площади тела процесс был у 60 (36,5%), преимущественно у больных с экземой и крапивницей – у 37 (72,5%) и 16 (72,2%) больных, соответственно. Ограниченным (до 3 % поражения площади тела) было у 51 (31,1%) больных, при этом у всех больных АлКД и у 14 (27,5%) больных экземой.

При оценке степени тяжести по шкале SCORAD отмечено, что более 40 баллов, что отражало тяжелое течение, процесс был только при АД – у 28 (17,1%) больных, чаще у женщин, чем у мужчин – 15 (20,8%) и 13 (14,1%) больных соответственно. Средне-тяжелое течение (20-40 баллов) выявлено у 111 (67,7%) больных, в большей степени при экземе и АД – 42 (25,6%) и 34 (20,7%) больных соответственно (табл. 3.7).

Таблица 3.7

Степень тяжести аллергодерматозов (n=164) по шкале SCORAD

Нозологии / степень тяжести	до 20 баллов n=25		20-40 баллов n=111		более 40 n=28	
	м n=92 абс. / %	ж n=72 абс. / %	м n=92 абс. / %	ж n=72 абс. / %	м n=92 абс. / %	ж n=72 абс. / %
Аллергический контактный дерматит, n=30	8	5	7	10	-	-
Атопический дерматит, n=62	-	-	16	18	13	15
Экзема, n=51	6	3	37	5	-	-
Крапивница, n=21	1	2	4	14	-	-
Всего	15	10	64	47	13	15

У всех пациентов с АД на момент поступления отмечены различной степени выраженности снижения уровня качества жизни. Так, индекс качества жизни (DLQI) свыше 11 баллов было у 63 (38,4%) больных, у женщин 36 (50,0%) и у мужчин 27 (29,3%); от 2 до 10 баллов – у 101 (61,6%) больных. Ни у одного из 164 больных до лечения индекс DLQI не был 1 балл и ниже (табл. 3.8).

Таблица 3.8

Индекс качества жизни (DLQI) больных аллергодерматозами

DLQI, в баллах	Мужчины, n=92 абс. / %	Женщины, n=72 абс. / %	Всего n=164 абс. / %
0-1 балл	0/0	0/0	0/0
2-5 баллов	41/73,2	15/26,8	56/34,2
6-10 баллов	24/26,1	21/29,2	45/27,4
11-20 баллов	26/28,3	29/40,3	55/33,5
21 и более баллов	1/1,1	7/9,7	8/4,9

Таблица 3.9

Индекс качества жизни (DLQI) больных аллергодерматозами

Вид аллергодерматоза / степень тяжести	0-1 балл			2-5 баллов			6-10 баллов			11-20 баллов			21 и более баллов		
	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего
Аллергический контактный дерматит, n=30	-	-	-	12	7	19	3	6	9	-	2	2	-	-	-
Атопический дерматит, n=62	-	-	-	6	3	9	7	3	10	15	23	38	1/	5	6
Экзема, n=51	-	-	-	18	1	19	14	2	16	11	4	15	-	1	1
Крапивница, n=21	-	-	-	5	4	9	-	10	10	-	-	-	-	1	1
Всего	-	-	-	41	15	56	24	21	45	26	29	55	1	7	8

Клинические проявления АлКД были достаточно характерны и проявлялись островоспалительными изменениями на коже в месте контакта с аллергеном, выходя за его пределы, при этом локализация процесса в области кистей была у 22 больных, в области запястья – у 1, в области голеней – у 5, в области стоп – у 4.

АД в эритематозно-сквамозной форме был у 17 больных (мужчин – 12, женщин – 5) проявлялся гиперемией, инфильтрацией и легким шелушением кожи, без экссудативного компонента.

АД в эритематозно-сквамозной форме с лихенификацией был у 31 больного (мужчин – 13, женщин – 18) проявлялся, наряду с экссудативными проявлениями, выраженной сухостью кожи, инфильтрацией и лихенификацией.

АД в форме диссеминированного или диффузного нейродермита был у 12 больных (мужчин – 3, женщин – 9). Проявлялся выраженной инфильтрацией, лихенификацией, эритематозно-сквамозными очагами, пруригинозными папулами, эксфолиациями, серозно-геморрагическими корочками.

АД со склонностью к эритродермии наблюдали у 2 больных (1 мужчины, 1 женщины).

Клинические проявления экземы также были достаточно характерны и локализовались в области верхних конечностей у 5 больных (мужчин – 3, женщин – 2), нижних конечностей – у 46 больных (мужчин – 41, женщин – 5), проявлялись в виде полиморфной сыпи, где на гиперемизированном, отечном фоне были папулы, везикулы, участки мокнутия по типу «серозных колодцев», серозно-геморрагические корочки.

Клинические проявления крапивницы были в виде распространенных уртикарных элементов разнообразной формы, с различным по интенсивности зудом; отмечали выраженный красный, уртикарный дермографизм. Высыпания были распространенными, в т.ч. локализовались на лице, шеи, на коже туловища, верхних и нижних конечностях (бедро, голени) – у 21(12,8%) больных: мужчин 5 (5,4%), женщин 16 (22,2%).

Приводим клинический случай.

Больная А., 21 год, история болезни № 272 от 10.09.2016. При поступлении жалобы на распространенные зудящие высыпания по всему кожному покрову.

Анамнез заболевания. Болеет с раннего детства, когда впервые педиатром высыпания были расценены как экссудативный катаральный диатез. Связывали с введением прикорма. Лечилась у педиатра, в последующем у дерматолога, высыпания регрессировали в 3х летнем возрасте. В последующем зудящие высыпания на коже кистей стали появляться в пубертатном периоде (с 13 лет), в основном, после погрешности в питании. Высыпания проходили после самостоятельного использования наружных гормональных мазей. Резкое обострение с сентября 2014 года, когда после сильного испуга (ночной обстрел, проживала в районе боевых действий) появились распространенные зудящие высыпания по всему телу. Наружные гормональные мази не давали эффекта. Одновременно отмечала нарушения менструального цикла, повышенную тревожность, расстройство сна. С сентября 2014 года и до момента обращения (сентябрь 2016) полной ремиссии не отмечала.

Анамнез жизни: брюшной тиф, малярию, туберкулез, болезнь Боткина - отрицает.

Акушерско-гинекологический анамнез: менархе с 13 лет, безболезненные. Родов, аборт – не было. Нарушение менструального цикла (с 2014 года).

Наследственность – у мамы хроническая экзема кистей, поллиноз. Аллергоанамнез – аллергия на молочный шоколад, цитрусовые.

При осмотре общее состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Язык влажный, обложенный незначительным белым налетом, зев не гиперемирован, миндалины без особенностей.

Локальный статус. Патологический процесс носит распространенный симметричный характер и локализуется на коже лица в периорбитальной области, периоральной области, задней поверхности шеи, на туловище, сгибательной

поверхности локтевых, подколенных сгибов, на тыльной поверхности обеих кистей. Процесс представлен эритематозно-сквамозными очагами с инфильтрацией различной степени выраженности, неправильной формы. В периоральной области лихенификация, ангулярный хейлит, глубокая срединная трещина нижней губы. В области задней поверхности шеи, локтевых и лучезапястных складках на фоне коричневатого серого цвета кожи – эритемато-сквамозные высыпания с выраженной лихенификацией и мелкопластинчатым шелушением. На туловище выраженная сухость, пруригинозные папулы и мелкопластинчатое шелушение, множественные серозно-геморрагические корки, эскориации. Выраженный ксероз. На тыльной поверхности кистей – эритематозно-сквамозные очаги, везикулы и участки экссудации. Отмечается гиперлинеарность ладоней – «складчатые». Индекс SCORAD = 52,4 балла; BSA = 35%; DLQI=18 баллов.

На основании жалоб, анамнеза жизни и клинических проявлений установлен диагноз: Атопический дерматит, эритемато-сквамозная форма с лихенификацией со склонностью к эритродермии.

Результаты обследования: общий анализ крови: эритроциты – 5,0 М/л, гемоглобин 141 г/л; лейкоциты – 4,9 М/л; СОЭ – 4 мм/ч; тромбоциты 224 М/л; палочкоядерные – 3%; сегментоядерные – 57%; эозинофилы – 1%; лимфоциты – 35%; моноциты – 4%; глюкоза крови – 4,9 ммоль/л; билирубин – 12,5 мкмоль/л; за счет непрямого; АЛТ – 0,08 мкмоль/л; АСТ – 0,14 мкмоль/л. Общий анализ крови – в норме.

IgE общий – 231 МЕ/мл (Ig E общий – повышен, норма до 100 МЕ/мл)

Исследование на лактозную непереносимость, ПЦР-генетика – С/Т аллель (установлена вторичная лактозная непереносимость).

УЗИ щитовидной железы и органов брюшной полости – без патологии. УЗИ органов малого таза – без патологии.

Текущее психическое состояние исследовали с помощью опросника оценки выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R. Так, показатель соматизации (SOM) – 0,86 баллов, обсессивности-компульсивности (О-С) – 0,76

балла, межличностной сенситивности (INT) – 0,69 балла, депрессии (DEP) – 0,71 балл, тревожности (ANX) – 1,7 баллов, враждебность (HOS) – 0,66 балла, фобической тревожности (PHOB) – 0,42 балла, паранойяльных тенденций (PAR) – 0,54 балла, психотизма (PSY) – 0,24 балла. Общий индекс тяжести симптомов (GSI) – 0,97 балла. Общее число утвердительных ответов (PSI) – 55 баллов. Индекс симптоматического дистресса (PDSI) – 1,6. Опросник САН: самочувствие – 3 балла; активность – 3,7 баллов; настроение – 3,2 балла. Шкала удовлетворённости жизнью (ШУДЖ) – 21 балл. Шкалы госпитальной тревоги и депрессии (HADS) – шкала тревоги – 12 баллов; шкала депрессии – 9 баллов. Опросник Спилбергера-Ханина: шкала ситуативной тревожности – 48 баллов; шкала личностной тревожности – 43 балла; опросник А.М. Вейн составил 21 балл. Индекс Кердо = -12. Отмечены повышенные значения по всем опросникам, однако наиболее выраженными они были по показателям ситуативной и фобической тревожности, депрессии, соматизации, общего индекса тяжести симптомов. Сниженные показатели были по опроснику САН – самочувствие, активность и настроение. Выявлена вегетативная дисфункция по опроснику А.М. Вейна. При измерении вегетативного тонуса по индексу Кердо – преобладание симпатического отдела ВНС.

При анализе показателей ВСР (SDNN=33,4 мс; RMSSD= 43,4 мс; TP=2071,5; VLF=692,5 мс²; LF=1739,5 мс²; HF=602,7 мс²; LF/HF=2,3%) – отмечалось выраженное снижение компенсаторных возможностей организма и нарушение нейро-гуморальной регуляции, а также снижение адаптационных возможностей.

Особенностью данного клинического случая являются: резкое обострение дерматоза после стресса, отсутствие ремиссии в течение 2х лет, а также развитие распространенных высыпаний со склонностью к эритродермии. Ранее обострения были редкими, высыпания носили ограниченный характер и регрессировали после элиминации экстрактивных веществ и использования наружных препаратов. С 2014 года, когда после стресса высыпания приобрели распространённый характер, наружные препараты и соблюдение диеты не давали

положительный эффект. Одновременно с этим появились нарушение менструального цикла, симптомы тревожности, нарушения сна, а при обследовании выявлены психопатологические и вегетативные нарушения, снижение адаптационных возможностей организма.

Таким образом, выявленные особенности течения АД у данной больной, проживающей в ЗЛК, отражали влияние стресса на кожную патологию, на общее состояние больной, что должно быть учтено при лечебно - профилактических мероприятий.

Приводим клинический случай №2

Больной О., 46 лет, история болезни № 828 от 11.11.2015; обратился в РКДВД с жалобами на зудящие высыпания на коже туловища, и конечностей.

Анамнез болезни. Болеет с 2006 года, когда после травмы правой голени, появились ограниченные высыпания, получил лечение в связи с паратравматической экземой (антибактериальная терапия, наружная терапия), одновременно был установлен и пролечен микоз стоп, онихомикоз. До 2015 года периодически в осенне-весенний период отмечал покраснения и зуд в межпальцевых складках стоп. Самостоятельно применял противомикробные наружные препараты. С 2015 года отмечал обострение кожного процесса в области верхних и нижних конечностей, каждые 2-3 месяца. Самостоятельно применял наружные гормональные мази, с незначительным улучшением.

Одновременно с обострениями кожного процесса отмечал боли в эпигастрии, голодные боли. Связывал с длительными психоэмоциональными переживаниями (потеря места работы, гибель родных).

Анамнез жизни. Наследственность – не отягощена. Аллергоанамнез – не отягощен.

При осмотре общее состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. При поверхностной пальпации живот мягкий безболезненный. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Язык влажный, без налета, зев не гиперемирован, миндалины без особенностей.

Локальный статус. Патологический процесс носит распространенный симметричный характер, локализуется на плечах, предплечьях голенях, стопах. Высыпания представлены полиморфной воспалительной сыпью, где на эритематозном, инфильтрированном фоне имеются множественные мелкие серо папулы ярко-красного цвета до 0,5 см в диаметре, везикулы с серозным содержимым, серозно-геморрагические корки. На стопах выраженный гиперкератоз, поражены все межпальцевые складки стоп с выраженной мацерацией эпидермиса и трещинами. Онихомикоз с поражением всех ногтевых пластинок по гипертрофическому типу. SCORAD= 37,2 балла; BSA= 9 %; DLQI=16 баллов;

На основании анализа анамнеза и клиники установлен диагноз: хроническая распространенная микробная экзема. Сопутствующий диагноз: микоз стоп, сквамозно-гиперкератотическая форма, онихомикоз.

Результаты обследования: общий анализ крови: эритроциты – 5,0 М/л, гемоглобин 150 г/л; лейкоциты – 5,3 М/л; СОЭ – 11 мм/ч; тромбоциты 224 М/л; палочкоядерные – 3%; сегментоядерные – 57%; эозинофилы – 3%; лимфоциты – 22%; моноциты – 15%; глюкоза крови - 4,9 ммоль/л; билирубин – 8,9 мкмоль/л; за счет непрямого; АЛТ – 0,06 мкмоль/л; АСТ – 0,08 мкмоль/л (общий и биохимический анализ крови в пределах нормы). В соскобе чешуек с кожи стопобнаружены патологические грибки. При бактериологическом посеве с ногтевых пластинок дал рост *Candida albicans*.

Опросник SCL-90-R – показатели SOM – 0,45 балла, О-С – 0,4 балла, INT – 0,48 балла, DEP– 0,73 балла, ANX– 0,70 баллов, NOS – 0,5 балла, PHOB – 0,71 балла, PAR– 0,5 балла, PSY – 0,2 балла. GSI – 0,57 балла; PSI– 27; PDSI – 1,27. При определении выраженности психопатологических симптомов с помощью опросника SCL-90-R выявлены повышенные показатели депрессии, фобической тревожности, общего индекса тяжести симптомов и индекса симптоматического дистресса.

Опросник САН: самочувствие – 3,1 балла; активность – 3,5 баллов; настроение – 3,0 балла (сниженные показатели опросника САН).

Шкала удовлетворённости жизнью (ШУДЖ) – 18 баллов (низкий уровень, норма ШУДЖ – 25-35 баллов). Шкалы госпитальной тревоги и депрессии (HADS) – шкала тревоги – 10 баллов; шкала депрессии – 9 баллов (субклинически выраженная тревога/депрессия). Опросник Спилбергера-Ханина: шкала ситуационной тревожности – 45 баллов; шкала личностной тревожности – 41 балл (высокий уровень ситуативной тревожности и высокий уровень личностной тревожности). Опросник Вейна – 23 балла (наличие вегетативной дисфункции). Индекс Кердо= +13 (ваготония).

При анализе показателей ВСП (SDNN= 44,8 мс; RMSSD= 47,9 мс; TP= 2123,5; VLF= 742,5 мс²; LF= 1521,5 мс²; HF= 438,7 мс²; LF/HF= 2,3%) – отмечены нарушения нейро-гуморальной регуляции, снижение адаптационных возможностей.

Консультация гастроэнтеролога – хронический гастрит в стадии обострения, Нр – отрицательный. Рекомендовано: диета с исключением экстрактивных веществ; Омез 1 таб. 2/р в день – 1 месяц.

Особенностями клинического случая являются резкое обострение и ухудшение дерматоза после сильного стресса, с последующим хроническим рецидивирующим течением, вследствие длительного стресса – психопатологические нарушения: повышенные показатели ситуативной и фобической тревожности, показатели депрессии, дисбаланс симпатических и парасимпатических влияний ВНС, что необходимо учитывать при лечении больного.

При комплексном обследовании патология желудочно-кишечного тракта была у 31 (18,9%) больного, наиболее часто выявлен гастродуоденит – у 24 (77,4%), из них при АД – у 9 (14,5%), крапивнице – у 7 (33,3%). Патология органов дыхания была у 28 (17,1%) больных. Наиболее часто выявлен поллиноз – у 25 (89,3%) больных, из них наиболее часто при АД – у 14 (22,5%). Среди патологии эндокринной системы – у 17 (10,4%), наиболее часто в наших наблюдениях выявлен аутоиммунный тиреоидит – у 10 (58,8%), из них наиболее часто при крапивнице – у 5 (23,8%) больных. Среди гинекологической патологии,

выявленной у 12 (7,3%) больных, наблюдали нарушение менструального цикла – у 5 (58,8%), из них наиболее часто при АД и крапивнице. Среди патологии сердечно-сосудистой системы, выявленной у 8 (4,9%) больных, наиболее часто в наших наблюдениях была гипертоническая болезнь – у 6 (75%), одинаково часто у больных с экземой и крапивницей. Среди другой дерматологической патологии, выявленной у 24 (14,6%) больных, наиболее часто в наших наблюдениях был микоз стоп и онихомикоз – у 20 (39,1%) больных, в основном, при экземе.

Таблица 3.10

Сопутствующая патология у больных АД

Сопутствующая патология /Нозологии		Аллергический контактный дерматит, n=30	Атопический дерматит, n=62	Крапивница, n=21	Экзема, n=51	Всего, n=164
Патология желудочно-кишечного тракта, n=31	Язвенная болезнь желудка, 12-ти перстной кишки	-	1	1	-	2
	Гастродуоденит	3	9	7	5	24
	Холецистит	2	2	1	-	5
Патология сердечно-сосудистой системы, n=8	Ишемическая болезнь сердца, атеросклероз	-	-	1	1	2
	Гипертоническая болезнь	1	1	2	2	6
Заболевания органов дыхания, n=28	Бронхиальная астма	-	3	-	-	3
	Поллиноз	1	14	8	2	25
Патология эндокринной системы, n=17	Сахарный диабет	-	-	1	1	2
	Аутоиммунный тиреоидит,	1	2	5	2	10
	Эутиреоз	-	-	2	-	2

Продолжение таблицы 3.10

	Ожирение	-	-	2	1	3
Гинекологическая патология, n=12	Фолликулярная киста яичника	-	1	2	-	3
	НМЦ	-	2	3	-	5
	Поликистоз	-	1	3	-	4
Дерматологическая патология, n= 24	Микоз стоп	-	-	-	9	9
	Онихомикоз	-	-	-	11	11
	Диффузная алопеция	-	-	2	-	2
	Ихтиоз	-	2	-	-	2
Заболевания вен, n=7	Варикозный симптомокомплекс	-	-	-	5	5
	Облитерирующий атеросклероз нижних конечностей,	-	-	-	2	2
Всего		8	38	40	42	124

При изучении общеклинических и биохимических анализов крови у больных АД в наших наблюдениях выраженных изменений не выявлено (табл. 3.11).

Таблица 3.11

**Показатели общеклинических и биохимических анализов крови у
больных АД ($M \pm m$; Me; Min – Max)**

Показатель/ Единица измерения	N=164	Среднее/ станд. ошибки	Медиана	Минимум	Максимум
Гемоглобин, г\л	141,3	0,88	140,0	105,0	164,0
Эритроциты, М/л,	4,6	0,63	4,7	3,5	5,5
Лейкоциты, М/л	5,7	0,10	5,3	3,9	11,2
СОЭ, мм/ч	10,3	0,62	8,0	2,0	15,0
Палочкоядерные, %	3,2	0,18	3,0	1,0	16,0
Сегментоядерные, %	58,3	0,77	60,0	35,0	79,0
Эозинофилы, %	3,1	0,43	2,0	3,0	5,0
Лимфоциты, %	29,1	0,71	28,0	21,0	37,0
Моноциты, %	6,9	0,70	6,0	1,0	11,0
Глюкоза, ммоль/л	4,8	0,07	4,8	3,5	14,5
Билирубин общий, мкмоль/л	12,1	0,28	10,8	7,0	17,0
Прямой, мкмоль/л	2,6	0,14	2,2	2,0	4,5
Непрямой, мкмоль/л	11,6	0,22	10,6	7,0	13,4
АЛТ, мкмоль/л	0,10	0,006	0,08	0,06	0,7
АСТ, мкмоль/л	0,09	0,004	0,08	0,04	0,6

Таким образом, проведенный клинико-эпидемиологический анализ выявил особенности АД у больных, проживающих в ЗЛК, которые необходимо

учитывать при планировании лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятиях.

Выводы:

1. Выявлены клинико-эпидемиологические особенности АлДу больных, проживающих в ЗЛК, зависящие от пола, возраста и вида АлД.
2. Показано, что стресс среди причин обострения или дебюта АлД был у преобладающего числа больных. При гендерном сравнении обращало внимание, что стресс был причинным фактором практически у всех женщин с АлД - у 69 (95,8%) и у каждого второго мужчины - у 50 (54,3%).
3. Установлены особенности характера течения АлД у больных, проживающих в ЗЛК. Ежегодные рецидивы были у 84 (51,2%) больных, в т.ч у 26 (41,9%) больных АД и 32 (62,8%) больных экземой.
4. Отмечено, что у больных АлД, проживающих в ЗЛК, дерматозы отличались по распространенности (индекс BSA) и по степени тяжести (индекс SCORAD), сопровождали снижением уровня качества жизни (индекс DLQI). Ни у одного из 164 больных до лечения индекс DLQI не был 1 балл и ниже.
5. Выявленные изменения послужили обоснованием для коррекции лечебно-реабилитационных мероприятий.

Результаты данного раздела опубликованы в следующих печатных работах:

1. Горбенко, Ал. С. Клинико-эпидемиологические особенности аллергодерматозов у больных, проживающих в зоне боевых действий [Текст] / Ал. С. Горбенко // Торсуевские чтения: научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии. – 2017. – № 2 (16). – С. 15–21.

РАЗДЕЛ 4

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ЛОКАЛЬНОГО КОНФЛИКТА

В настоящее время возросло количество исследований, посвященных психологическим последствиям посттравматических стрессовых расстройств, возникающим вследствие этого затяжных и отсроченных реакций организма [53, 54, 55]. Показано, что стрессогенные воздействия не только предшествуют формированию невротических состояний, но и способны влиять на развитие, течение и клинические проявления соматической патологии [34, 53, 158, 181, 182, 263]. В тоже время, лишь единичные работы посвящены исследованию влияния стрессогенных длительных воздействий на заболевания кожи [55, 182, 183].

Изучение этой проблемы вышло за пределы психологии и психиатрии и сформировалась самостоятельная междисциплинарная область психосоматической медицины [123, 126, 128, 130, 184, 185, 264]. Аффективные переживания, сопровождающие стресс, приводят не только к психосоматическим нарушениям, но и могут быть фактором дебюта или рецидивирования аллергических заболеваний кожи, в связи с чем и было проведено наше исследование.

Исследование проведено у 194 человек, проживающих в зоне локального конфликта (ЗЛК), разделенных на 2 группы: 1 группа – 164 больных с АД, проживающих в ЗЛК; 2 группа – 30 человек без дерматологической патологии, проживающих в аналогичных условиях. 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 Российской Академии наук [158, 159, 184].

Выраженность психопатологических нарушений определяли с помощью 6 специальных опросников, в т.ч. SCL-90-R (для определения выраженности психопатологической симптоматики), САН (для определения текущего уровня самочувствия, активности и настроения); Шкалы удовлетворённости жизнью (ШУДЖ); Шкалам госпитальной тревоги и депрессии – HADS (TheHospitalAnxietyandDepressionScale); опросника Спилбергера-Ханина (с целью определения уровня тревожности); опросника А.М. Вейна (для определения уровня вегетативной дисфункции) [19, 30, 56, 105, 106, 107, 119, 135, 157, 158, 160, 267].

При определении уровня текущего психологического состояния и выраженности психопатологических симптомов с помощью опросника SCL-90-R, установлено, что наиболее выраженные изменения из 9 изучаемых выявлены по 6 показателям: фобической тревожности (PHOV), соматизации (SOM), общего индекса тяжести симптомов (GSI), индекса симптоматического дистресса (PSDI), общего числа утвердительных ответов (PST), тревожности (ANX) [табл. 4.1].

Показатель по шкале PHOV у больных АлД, проживающих в ЗЛК (1 группа) в 2,5 раза превышали нормативные показатели ($0,46 \pm 0,09$ и $0,18 \pm 0,02$ балла, соответственно, $p < 0,01$) и был в 1,5 раз выше показателя лиц без дерматологической патологии, проживающих в той же зоне (2 группа) - $0,46 \pm 0,09$ и $0,36 \pm 0,04$ баллов, соответственно ($p < 0,05$). Следует отметить, что показатели PHOV у лиц 2 группы также в 2 раза превышали нормативные показатели - $0,36 \pm 0,04$ балла и $0,18 \pm 0,02$ балла, соответственно ($p < 0,05$). Ранее проведенными исследованиями было показано, что повышение уровня фобической тревожности свидетельствует о широком спектре неспецифических психогенных реакций, основу которых составляет страх различной интенсивности в отношении событий и ситуаций [104, 157], в т.ч., не исключено, своего дерматологического заболевания. Было доказано, что фобическая тревожность всегда сопровождается вегетодистонической симптоматикой [64, 157], которая, в свою очередь, может влиять на морфо-функциональные и микроциркуляторные изменения кожи, сосудисто-экссудативный компонент сыпи, проявляться особенностями

дермографизма, что необходимо учитывать при лечебно-реабилитационных мероприятиях у больных АлД.

Второй 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 $0,44 \pm 0,03$ баллов, соответственно ($p < 0,01$) и в 1,2 раза был выше показателей лиц 2 группы - $0,71 \pm 0,04$ балла и $0,60 \pm 0,04$ балла, соответственно, $p < 0,05$. Показатель SOM у лиц 2 группы также в 1,3 раза превышал нормативные значения ($0,60 \pm 0,04$ баллов и $0,44 \pm 0,03$ баллов, соответственно, $p < 0,05$). Показатель SOM отражает дистресс и является соматическим эквивалентом тревожности, сопровождает разнообразные соматовегетативные нарушения: кардиоваскулярные, гастроинтестинальные, респираторные и др. [157], даже при отсутствии органической патологии [55] и может отражать соматический дерматологический дистресс у больных АлД, что также нужно учитывать при разработке программ лечения и реабилитации больных. Можно предположить, что выявленные изменения у больных 1 группы отражали дерматологический и соматический дистресс, а у лиц 2 группы - отражали состояние общего соматического дискомфорта.

Особый интерес представляет анализ 3-х обобщенных индексов дистресса в SCL-90-R: общего индекса тяжести симптомов (GSI); индекса симптоматического дистресса (PSDI); общего числа утвердительных ответов (PST), которые у больных АлД (1 группа) достоверно превышали показатели лиц без дерматологической патологии (2 группа) и были существенно выше нормативных показателей (табл. 4.1). Так, общий индекс тяжести симптомов (GSI) в 1 группе был в 1,6 раз 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 - $0,83 \pm 0,17$ и $0,62 \pm 0,48$ баллов, соответственно ($p < 0,05$). Во 2 группе показатель GSI также в 1,2 раза был выше нормативных значений ($0,62 \pm 0,48$ балла и $0,51 \pm 0,02$ балла, соответственно, $p < 0,05$). GSI является индикатором текущего состояния и глубины расстройства [157], который, в комбинации с PSDI и PST, отражает интенсивность переживаемого дистресса и может быть индикатором

реагирования больного на свое дерматологическое состояние. Повышение индекса GSI у больных АлД, в сравнение с показателями лиц 2 группы и с нормативными показателями, свидетельствовал о том, что больные АлД проживающие в ЗЛК, находятся в состоянии более выраженного психоэмоционального стресса [64, 157], что обосновывает применение седативных воздействий при лечении этих больных.

Целесообразность такого подхода подтверждалась и повышенными показателями индекса симптоматического дистресса (PSDI), которые у больных 1 группы были выше показателей лиц 2 группы – $1,32 \pm 0,08$ балла, $1,26 \pm 0,04$ балла, соответственно и в обеих группах были выше нормативных показателей – $1,17 \pm 0,05$ балла ($p < 0,001$).

Аналогичная тенденция была отмечена и по индексу общего числа утвердительных ответов (PST), который у больных 1 группы в 1,9 раз 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 – $41,4 \pm 3,23$ балла и $38,9 \pm 1,3$ баллов соответственно ($p = 0,21$). Следует отметить, что у лиц 2 группы он также был в 1,8 раз выше нормативных значений – $38,9 \pm 1,3$ баллов и $21,39 \pm 2,02$ балла, соответственно ($p < 0,05$) (табл.4.1).

Анализ трех обобщенных индексов дистресса полезен в оценке не только выраженности клинических симптомов АлД, но и в обосновании коррекции стандартной терапии таких больных и обосновывает применение медикаментозных и немедикаментозных способов седатации.

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 – $0,73 \pm 0,12$ балла и $0,61 \pm 0,04$ балла, соответственно ($p < 0,05$). В тоже время показатель ANX у лиц 2 группы в 1,3 раза превышал нормативные значения ($0,61 \pm 0,04$ баллов и $0,47 \pm 0,03$ баллов, соответственно, $p < 0,05$). Выявленные изменения расценивают как высокий уровень манифестации тревожности и раздражительности [64, 157], что

может оказывать влияние на выраженность симптомов АлД, их течение и ответную реакцию на терапию.

Показатели межличностной сенситивности (INT) у больных 1 группы в 1,2 раза были 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 – $0,82 \pm 0,11$ и $0,75 \pm 0,04$ баллов, соответственно ($p = 0,08$). Во 2 группе этот показатель также в 1,1 раза превышал нормативные значения ($0,75 \pm 0,04$ и $0,66 \pm 0,03$ баллов, соответственно, $p < 0,05$). Известно, что показатель INT отражает чувства личностной неадекватности и неполноценности, особенно в сравнении с другими лицами [157]. В наших наблюдениях это особенно подтверждалось выраженностью клинических проявлений АлД, нарушающие нередко межличностные взаимодействия.

Показатель депрессии (DEP) в 1 группе в 1,2 раза превышал нормативные значения – $0,76 \pm 0,09$ и $0,62 \pm 0,04$ баллов, соответственно ($p < 0,05$) и был несколько выше показателя лиц 2 группы – $0,76 \pm 0,09$ балла и $0,70 \pm 0,05$ балла соответственно ($p < 0,05$). Во 2 группе показатель DEP в 1,1 раза был выше нормативных значений – $0,70 \pm 0,05$ и $0,62 \pm 0,04$ баллов, соответственно ($p < 0,05$). Симптомы этого расстройства отражают широкую область проявлений клинической депрессии, могут отражать сниженную мотивацию у больных АлД к выполнению терапевтических рекомендаций.

Показатель психотизма (PSY) у больных АлД (1 группа) 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 – $0,35 \pm 0,07$ и $0,31 \pm 0,02$ баллов соответственно ($p = 0,64$). Этот показатель возможно, отражает особенность межличностной изоляции больных АлД, их трудно преодолеваемые переживания в отношении видимых изменений на коже.

Менее выраженными, но присутствующими в сравниваемых группах, были изменения и по другим показателям. Так, показатель обсессивности-компульсивности (OC), отражающий непрерывность переживаний пациента, у больных 1 группы был выше нормативных показателей и выше показателей лиц 2

группы – $0,77 \pm 0,04$ балла; $0,75 \pm 0,04$ балла; $0,74 \pm 0,04$ баллов, соответственно ($p=0,99$).

Показатель паранойяльности (PAR), отражающий иллюзорное восприятие своего состояния, возможно, чувства страха перед дерматозом, также был несколько выше у больных 1 группы, в сравнении со 2 группой и нормативными показателями: $0,57 \pm 0,12$ балла, $0,56 \pm 0,04$ балла и $0,54 \pm 0,04$ балла, соответственно ($p=0,30$)

Показатель враждебности (HOS), отражающий проявления негативного аффективного состояния, у больных 1 группы превышал показатели лиц 2 группы – $0,63 \pm 0,08$ и $0,61 \pm 0,03$ баллов, соответственно ($p=0,24$) и в обеих группах был выше нормативных показателей $0,60 \pm 0,04$ балла.

Таблица 4.1

**Показатели выраженности психопатологической симптоматики
в группах сравнения, в баллах ($M \pm m$; Me; Min – Max)**

Показатели	Группа 1 n=164	Группа 2 n=30	Нормативные показатели
Соматизация SOM	$0,71 \pm 0,04$ ** Me=0,69 (0,16-2,3)	$0,60 \pm 0,04$ ** Me=0,58 (0,00-2,58)	$0,44 \pm 0,03$ *
Обсессивность— компульсивность OC	$0,77 \pm 0,09$ Me=0,75 (0,10-2,00)	$0,74 \pm 0,04$ Me=0,70 (0,00-2,70)	$0,75 \pm 0,04$
Межличностная сенситивность INT	$0,82 \pm 0,04$ * Me=0,77 (0,11-2,33)	$0,75 \pm 0,04$ * Me=0,67 (0,00-2,33)	$0,66 \pm 0,03$ *
Депрессия DEP	$0,76 \pm 0,09$ ** Me=0,69 (0,00-5,70)	$0,70 \pm 0,05$ ** Me=0,66 (0,00-5,70)	$0,62 \pm 0,04$ *
Тревожность ANX	$0,73 \pm 0,12$ ** Me=0,50 (0,10-2,9)	$0,61 \pm 0,04$ ** Me=0,49 (0,00-2,80)	$0,47 \pm 0,03$ *
Враждебность HOS	$0,63 \pm 0,08$ Me=0,58 (0,00-2,80)	$0,61 \pm 0,03$ Me=0,50 (0,00-2,00)	$0,60 \pm 0,04$
Фобическая тревожность PHOV	$0,46 \pm 0,09$ ** Me=0,35 (0,00-2,14)	$0,36 \pm 0,04$ ** Me=0,26 (0,00-2,28)	$0,18 \pm 0,02$ *

Паранойяльные тенденции PAR	0,57±0,12 Me=0,52 (0,00-1,50)	0,56±0,04 Me=0,47 (0,00-1,33)	0,54±0,04
-----------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-----------

Продолжение таблицы 4.1

Психотизм PSY	0,35±0,07 Me=0,30 (0,00-1,40)	0,31±0,02 Me=0,20 (0,00-1,80)	0,30±0,03
Общий индекс тяжести симптомов GSI	0,83±0,17** Me=0,61 (0,07-20,00)	0,62±0,48** Me=0,51 (0,03-20,0)	0,51±0,02*
Индекс общего числа утвердительных ответов (PST)	41,4±3,23 Me=42,5 (7,00-81,00)	38,9±1,3 Me=29,5 (0,70-71,0)	21,39±2,02*
Индекс симптоматического дистресса PSDI	1,32±0,08 ** Me=1,3 (0,03-2,24)	1,26±0,04 ** Me=1,26 (0,01-3,6)	1,17±0,05*

Примечание: * – уровень статистической значимости различий между всеми обследованными и нормативными значениями на уровне $p<0,05$;

** – уровень статистической значимости различий между 1 группой и 2 группой на уровне $p<0,05$.

Таким образом, по всем показателям опросника SCL-90-R у больных АлД выявлены выраженные проявления общего и симптоматического дистресса, обусловленные наличием дерматоза. Выявленные изменения обосновывают целесообразность применения медикаментозных и немедикаментозных методов коррекции в комплексном лечении АлД.

При анализе результатов анкетирования по следующему опроснику – САН, отражающему дифференцированную самооценку функционального состояния, выявлена высокая степень разнообразия признаков психофункциональных характеристик обследуемых. Так, обнаружено высокое значение стандартного отклонения и высокий разрыв min – max от 2,5 до 5,8 баллов (табл.4.2).

Установлено, что текущий уровень самочувствия, активности и настроения у больных АлД был значительно ниже, чем средние нормативные показатели.

Так, 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; показатель активности также был ниже средних нормативных значений – $4,5 \pm 0,04$ балла и $5,0 \pm 0,01$ балла, соответственно; показатель настроения – в 1,2 раза ниже средних нормативных значений – $4,4 \pm 0,06$ балла и $5,1 \pm 0,02$ балла, соответственно (табл.4.2).

Таблица 4.2

Показатели опросника САН в группах сравнения
($M \pm m$; Me; Min – Max)

Показатели, измерения	единицы	Больные АлД n=127	Средние нормативные показатели
Самочувствие, баллы		$4,3 \pm 0,05$ Me=4,3 (2,5-5,7)	$5,4 \pm 0,03$
Активность, баллы		$4,5 \pm 0,04$ Me=4,5 (3,3-5,5)	$5,0 \pm 0,01$
Настроение, баллы		$4,4 \pm 0,06$ Me=4,4 (2,6-5,8)	$5,1 \pm 0,02$

Таким образом, обобщенный анализ всех показателей по опроснику САН выявил, что больные АлД характеризовались высокой полиморфностью, имели сниженное функциональное состояние, что, безусловно, будет отражаться не только на течение дерматоза, но и на эффективности терапии.

Учитывая высокий разрыв min – max при оценке психофункционального состояния больных (от 2,5 до 5,8 баллов), проведен анализ количества больных АлД в зависимости от результатов ответов по опроснику САН. Выявлено, что по показателю самочувствия свое состояние большая часть больных АлД – 86 (67,7%) оценивали как неблагоприятное (до 4 баллов), 15 (11,8%) больных – как минимально допустимый уровень (4-5 баллов) и лишь 26 (20,5%) больных – как удовлетворительное (более 5 баллов) (табл. 4.3).

По показателю активности отмечено, что 82 (64,6%) больных АлД оценивали свое состояние как неблагоприятное, 29 (22,8%) больных – как

благоприятное и лишь 16 (12,6%) больных оценивали свое состояние как минимально допустимый уровень (4-5 баллов).

При анализе ответов по показателю настроения отмечено, что 92 (72,4%) больных расценили свое состояние как неблагоприятное, 18 (14,2%) больных АД – как удовлетворительное и лишь 17 (13,4%) больных – как минимально допустимый уровень (4-5 баллов).

Таблица 4.3

**Количество больных АД в зависимости от ответов по опроснику САН
(абс/%)**

Показатели	До 4 баллов	4-5 баллов	Более 5
Самочувствия	86/67,7	15/11,8	26/20,5
Активность	82/64,6	16/12,6	29/22,8
Настроение	92/72,4	17/13,4	18/14,2

При анализе данных 3-го опросника - ШУДЖ установлено, что показатель удовлетворенности жизнью у больных АД составил $21,4 \pm 0,5$ баллов, что отражало среднюю степень удовлетворенности качеством жизни, но при этом также обнаружено высокое значение стандартного отклонения и высокий разрыв min – max от 7,0 до 26,0 баллов (табл.4.4).

Таблица 4.4

Показатели по шкале ШУДЖ у больных АД ($M \pm m$; Me; Min – Max)

Показатель	Больные АД n=114
Шкала удовлетворенности жизни, баллы	$21,4 \pm 0,5$ Me=20,8 (7,0-26,0)

При анализе этого же показателя по количеству больных установлено, что 58 (50,9%) больных АД оценивали свое качество жизни как неудовлетворительное (5-15 баллов). Как среднее состояние качества жизни (15-25 баллов) оценивали свое состояние 50 (43,8%) больных и лишь 6 (5,3%)

больных АлД оценивали свое качество жизни как высокое (25-35 баллов) (табл.4.5).

Таблица 4.5

Количество больных АлД в зависимости от ответов по показателям шкалы ШУДЖ (абс./%)

Показатель	5-15 балла	16-25 балла	26-35 балла	Больные АлД
Шкала удовлетворенности жизнью	58/50,9	50/43,8	6/5,3	n=114

При анализе показателей по 4-му опроснику – HADS выявлено, что у всех больных АлД были различной степени выраженности симптомы тревоги (по шкале тревоги) и депрессии (по шкале депрессии), которые также колебались в широком диапазоне: по шкале тревоги min – max от 2 до 19 баллов, по шкале депрессии min – max от 1 до 14 баллов (табл.4.6).

Таблица 4.6

Показатели по опроснику HADS у больных АлД (M± m; Me; Min – Max)

Показатели	Больные n=114
Шкала тревоги, баллы	8,5±0,3 Me=8,3 (2-19)
Шкала депрессии, баллы	8,7±0,3 Me=8,2 (1-14)

При анализе опросника HADS по количеству больных выявлено, что у большей части – 58 (50,9%) больных установлена клинически выраженная тревога (11 и более баллов), субклинически выраженная тревога (8-10 баллов) была у 31 (27,2%) больных и лишь у 25 (21,9%) больных было отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги (0-7 баллов) (табл.4.7).

При анализе количества больных по шкале депрессии у 56 (49,1%) больных АлД обнаружена клинически выраженная депрессия (11 и более баллов), у 35 (30,7%) больных была выявлена субклинически выраженная депрессия (8-10

баллов) и лишь у 23 (20,2%) больных было отсутствие достоверно выраженных симптомов депрессии (0-7 баллов) (табл.4.7).

Таблица 4.7

**Количество больных АлД в зависимости от ответов по показателям
опросника HADS (абс./%)**

Показатели	Больные, n=114		
Баллы	0-7 баллов	8-10 баллов	11 и более баллов
Шкала тревоги	25/21,9	31/27,2	58/50,9
Шкала депрессии	23/20,2	35/30,7	56/49,1

Полученные данные, с одной стороны могут, быть результатом влияния хронического течения дерматоза на психо-функциональное состояние больного [144, 145], с другой стороны, это может быть провоцирующим фактором рецидивирования АлД, что необходимо учитывать при лечебно-реабилитационных мероприятиях. Другими словами, происходит формирование «патологического замкнутого круга», когда наличие хронического дерматоза приводит к повышению тревожности, невротизации и депрессии больного, а это, в свою очередь, является фактором рецидивирования АлД.

При анализе показателей по 5-му тесту Спилбергера-Ханина установлено, что у всех больных АлД был высокий уровень тревожности по шкалам ШСТ (Шкала ситуативной тревожности) и ШЛТ (Шкала личностной тревожности) - $46,6 \pm 0,64$ балла и $46,8 \pm 0,65$ балла, соответственно. При этом также 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 (табл.4.8).

Таблица 4.8

Показатели по тесту Спилбергера-Ханина у больных АлД ($M \pm m$; Me; Min – Max)

Шкала	Больные, n=114
Шкала ситуативной тревожности, баллы	$46,6 \pm 0,64$ Me=46,3

	(12-69)
Шкала личностной тревожности, баллы	46,8±0,65 Me=45,9 (14-68)

При сопоставлении этих показателей с количеством обследуемых больных выявлено, что у 50 (43,9%) больных АлД был высокий уровень (45 и более баллов) ситуативной тревожности и у 55 (48,3%) больных АлД – высокий уровень личностной тревожности (45 и более баллов). Умеренная тревожность (31-44 балла) по ШСТ наблюдали у 33 (28,9%) больных, по ШЛТ - у 31 (27,2%) больных. Низкая тревожность (до 30 баллов) по ШСТ была у 31 (27,2%) больных, по ШЛТ - у 28 (24,5%) больных (табл.4.9).

Таблица 4.9

**Количество больных АлД в зависимости от ответов по показателям теста
Спилбергера-Ханина (абс./%)**

Показатели	Больные n=114		
	До 30 баллов	31-44 балла	45 и более баллов
ШСТ	31/27,2	33/28,9	50/43,9
ШЛТ	28/24,5	31/27,2	55/48,3

Повышенная личностная тревожность, возможно, является фоном, на котором развивается АлД [87, 144] и фоном, который в последующем может поддерживать рецидивирующее течение АлД. В тоже время стрессовые ситуации, в которые попадают больные АлД, в свою очередь, приводят к психофизическому напряжению, дестабилизации работы ВНС и ЦНС [144], что, в свою очередь, может приводить к рецидивированию АлД, тем самым поддерживает «порочный круг», который должен быть разорван при лечении больных.

По результатам опросника А.М. Вейна у всех больных АлД были выявлены различной степени выраженности признаки вегетативной дисфункции при этом диапазон разрыва min – max был от 3 до 48 баллов и в среднем составил 28,9±0,91 балла (табл. 4.10).

Таблица 4.10

**Оценка вегетативного статуса больных АлД по опроснику А.М.Вейна
($M \pm m$; Me; Min – Max)**

Количество больных	n=114
Баллы	28,9±0,91 Me=19 (3-48)

При определении количества больных АлД в зависимости от балльной оценки по опроснику А.М. Вейна 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) (табл.4.11).

Таблица 4.11

Количество больных в зависимости от балльной оценки вегетативного статуса (абс./%)

Опросник Вейн	До 15 баллов	Более 15 баллов
Больные АлД n=114	28/24,6	86/75,4

Таким образом, проведенные комплексные исследования патопсихологических особенностей больных АлД выявили различной степени выраженности посттравматические стрессовые расстройства, которые должны быть учтены при проведении и планировании лечебно-реабилитационных мероприятий.

При сравнении анализа выраженности психопатологической симптоматики в зависимости от вида АлД отмечена неодинаковая степень изменений изучаемых

параметров (табл. 4.12). Так, показатель соматизации (SOM) наиболее повышен был у больных АД: он в 1,2 раза превышал средние показатели по группе больных АлД – $0,82 \pm 0,07$ балла и $0,71 \pm 0,04$ балла, соответственно и в 1,9 раз был выше нормативных показателей здоровых лиц, не проживающих в ЗЛК – $0,82 \pm 0,07$ балла и $0,44 \pm 0,03$ балла, соответственно ($p < 0,05$). 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 ($0,66 \pm 0,08$ балла и $0,44 \pm 0,03$ балла соответственно, $p < 0,05$). При анализе размаха min-max, максимальными изменения были у больных АД (0,00-2,58 балла) и экземой (0,08-2,25 балла).

Показатели обсессивности-компульсивности (OC) 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 – $0,77 \pm 0,09$ баллов и в 1,2 раза выше нормативных показателей ($0,75 \pm 0,04$ балла, $p < 0,05$). При анализе размаха min-max, максимальными изменения были у больных АД (0,10-2,40 балла), экземой (0,00-2,40 балла), АлКД (0,10-2,40 балла).

Показатель межличностной сенситивности (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), а у больных экземой ($0,78 \pm 0,07$ балла) он в 1,1 раза превышал нормативные значения, $p < 0,05$. При анализе размаха min-max, максимальными изменения были у больных АД (0,11-2,33 балла) и экземой (0,00-2,25 балла).

Повышенными были также показатель депрессии (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 выше нормативных показателей ($0,62 \pm 0,04$ балла), $p < 0,05$. При анализе размаха min-max, максимальными изменения были у больных АД (0,07-5,70 балла) и экземой (0,00-3,33 балла).

Показатель тревожности (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 и $0,47 \pm 0,03$ балла, соответственно ($p < 0,05$), у больных крапивницей – в 1,2 раза – $0,57 \pm 0,13$ балла и $0,47 \pm 0,03$ балла, соответственно ($p < 0,05$). При анализе размаха min-max, максимальными изменения были у больных АД ($0,00-2,80$ балла) и экземой ($0,00-2,80$ балла).

Особый интерес представлял анализ показателя фобической тревожности (РНОВ), который у всех обследованных групп больных существенно превышал нормативный показатель, но наиболее выраженными эти изменения были у больных АД и экземой. При этом у больных АД ($0,45 \pm 0,06$ балла) он был в 2,5 раза выше нормативного показателя, у больных экземой ($0,41 \pm 0,06$ балла) – в 2,3 раза выше, у больных крапивницей ($0,36 \pm 0,15$ балла) в 2 раза, у больных АлКД ($0,32 \pm 0,05$ балла) – в 1,8 раза выше нормативного показателя $0,18 \pm 0,02$ балла, $p < 0,05$. При анализе размаха min-max, максимальными изменения были у больных АД ($0,00-2,28$ балла), экземой ($0,00-2,25$ балла), крапивницей ($0,00-2,23$ балла).

Интересно, что по шкале враждебности (НOS) показатели больных при всех видах АлД были ниже, чем в контрольной группе.

Показатель паранойяльные тенденции (PAR) был ниже нормативных показателей ($0,54 \pm 0,04$ балла) у больных крапивницей ($0,48 \pm 0,08$ балла), несколько выше у больных экземой ($0,58 \pm 0,06$ балла) и практически не отличался у больных АД и АлКД ($0,55 \pm 0,06$ балла, $0,55 \pm 0,44$ балла соответственно), $p = 0,90$.

Показатели PSY в наших наблюдениях варьировали от повышенных, в сравнении с нормативными значениями ($0,30 \pm 0,03$ балла), при экземе ($0,36 \pm 0,05$ балла) и АД ($0,31 \pm 0,04$ балла) и были сниженными при крапивнице ($0,24 \pm 0,05$ балла) и АлКД ($0,25 \pm 0,04$ балла), $p = 0,47$.

Общий индекс тяжести симптомов (GSI) был наиболее повышен у больных крапивницей – 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 раз был выше средних показателей по группе АлД – $1,48 \pm 0,92$ балла и $0,83 \pm 0,17$ балла, соответственно, $p < 0,05$. У больных АД он в 1,8 раз превышал нормативные показатели ($0,93 \pm 0,31$ балла, $0,51 \pm 0,02$ балла, соответственно) и был в 1,1 раза выше средних показателей по

всем АлД – $0,93 \pm 0,31$ балла и $0,83 \pm 0,17$ балла, соответственно, $p < 0,05$. У больных экземой он в 1,3 раза был выше нормативных показателей – $0,64 \pm 0,06$ балла и $0,51 \pm 0,02$ балла, соответственно, $p < 0,05$. Наименее выраженные изменения показателя GSI были у больных АлКД – $0,52 \pm 0,04$ балла, $p = 0,16$.

Показатель позитивного симптоматического индекса (PSI) наиболее повышен был у больных экземой – 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 он в 1,8 раз превышал нормативные показатели ($38,7 \pm 2,01$ балла и $21,39 \pm 2,02$ балла, соответственно, $p < 0,05$). У больных АлКД и крапивницей этот показатель в 1,7 раз превышал нормативные показатели – $37,4 \pm 2,7$ балла, $36,3 \pm 3,9$ балла и $21,39 \pm 2,02$ балла, соответственно, $p < 0,05$ (табл. 4.12).

Показатель симптоматического дистресса (PSDI) при всех нозологических формах АлД был выше нормативных значений. Так, наиболее повышенным этот показатель был при АД и экземе – $1,33 \pm 0,06$ балла и $1,31 \pm 0,07$ балла, соответственно и был выше нормативных показателей ($1,17 \pm 0,05$), ($p < 0,05$). 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), ($p = 0,69$).

Таблица 4.12

Показатели выраженности психопатологической симптоматики в группах сравнениях (опросник SCL-90-R)**(M± m; Me; Min – Max)**

Шкалы	Экзема, n=51	Крапивница, n=21	Атопический дерматит, n=62	Аллергический контактный дерматит, n=30	Нормативные показатели
Соматизация SOM	0,78±0,07 Me=0,76 (0,08-2,25)	0,76±0,09 Me=0,72 (0,00-1,40)	0,82±0,07 Me= 0,78 (0,00-2,58)	0,66±0,08 Me= 0,56 (0,00-1,58)	0,44±0,03*
Обсессивность-компульсивность OC	0,81±0,07 Me= 0,68 (0,00-2,40)	0,59±0,09 Me= 0,48 (0,00-1,30)	0,82±0,06 Me=0,72 (0,10-2,40)	0,74±0,09 Me=0,62 (0,10-2,40)	0,75±0,04
Межличностная чувствительность INT	0,78±0,07 Me= 0,64 (0,00-2,33)	0,59±0,07 Me=0,54 (0,00-1,40)	0,81±0,06 Me= 0,74 (0,11-2,33)	0,69±0,07 Me= 0,56 (0,00-1,60)	0,66±0,03*
Депрессия DEP	0,72±0,08 Me=0,65 (0,00-3,23)	0,60±0,11 Me= 0,56 (0,07-1,70)	0,77±0,11 Me=0,68 (0,07-5,70)	0,59±0,07 Me= 0,52 (0,00-1,30)	0,62±0,04*
Тревожность ANX	0,74±0,08 Me= 0,52 (0,00-2,80)	0,57±0,13 Me= 0,49 (0,00-2,00)	0,77±0,08 Me= 0,62 (0,00-2,80)	0,51±0,06 Me= 0,47 (0,00-1,00)	0,47±0,03*
Враждебность HOS	0,56±0,05 Me= 0,47 (0,00-1,16)	0,58±0,08 Me=0,56 (0,00-1,16)	0,54±0,05 Me=0,51 (0,00-2,00)	0,48±0,06 Me=0,51 (0,00-1,00)	0,60±0,04
Фобическая тревожность PHOV	0,41±0,06 Me= 0,36 (0,00-2,25)	0,36±0,15 Me= 0,37 (0,00-2,23)	0,45±0,06 Me= 0,42 (0,00-2,28)	0,32±0,05 Me= 0,30 (0,00-1,00)	0,18±0,02 *

Продолжение таблицы 4.12

Паранойяльные тенденции PAR	0,58±0,07 Me=0,56 (0,00- 1,83)	0,48±0,08 Me=0,35 (0,00-1,16)	0,55±0,06 Me=0,55 (0,00-1,83)	0,55±0,44 Me=0,51 (0,00-1,66)	0,54±0,04
Психотизм PSY	0,36±0,05 Me= 0,22 (0,00-1,80)	0,24±0,05 Me=0,19 (0,00-0,80)	0,31±0,04 Me=0,21 (0,00-1,80)	0,25±0,04 Me=0,18 (0,00-0,70)	0,30±0,03
Общий индекс тяжести симптомов GSI	0,64±0,06 Me= 0,52 (0,03-2,10)	1,48±0,92 Me= 0,64 (0,06-20,0)	0,93±0,31 Me= 0,71 (0,08-20,0)	0,52±0,04 Me= 0,44 (0,04-1,01)	0,51±0,02*
Позитивный симптоматический индекс PSI	41,3±2,4 Me= 38 (3-71)	36,3±3,9 Me= 35,6 (0,70-62,0)	38,7±2,01 Me=34,3 (8-71)	37,4±2,7 Me=35,6 (4-66)	21,39±2,02*
симптоматический дистресс PSDI	1,31±0,07 Me=1,19 (0,03-3,57)	1,23±0,09 Me=1,20 (0,16-1,95)	1,33±0,06 Me=1,21 (0,01-3,57)	1,19±0,06 Me=1,17 (0,01-2,05)	1,17±0,05*

Примечание: * – уровень статистической значимости различий между всеми обследованными и нормативными значениями на уровне $p < 0,05$.

Таким образом, в наших наблюдениях наиболее выраженные психологические нарушения наблюдали у больных АД и экземе, при этом у них был выявлен максимальных размах min-max значений.

Высокий показатель соматизации (SOM) выявлен у больных АД, возможно, отражал наличие дистресса, вероятнее, возникающей из-за多月месячных ощущений телесной дисфункции вследствие видимых субъективных ощущений дерматоза (зуд). Показатель межличностной сенситивности (INT) подтверждал наличие у этих пациентов обостренного осознания негативных ожиданий межличностного взаимодействия и коммуникаций с другими людьми [157, 158].

Повышенный показатель тревожности свидетельствовал о наличие чувства опасности, страха, что подтверждалось повышенными показателями фобической тревожности [64, 157]. Фобическая тревожность (РНОВ), как стойкая реакция страха ситуации, характеризуется иррациональностью и неадекватностью, что ведет к избегающему поведению. Можно представить, что наличие фобической тревожности у больных АД в значительной степени связано с наружными проявлениями дерматоза и зудом, усилено длительным пребыванием в стрессовой ситуации, связанной с проживанием в ЗЛК [157, 158]. Соматические эквиваленты фобической и ситуативной тревожности у этих пациентов обосновывают целесообразность применения медикаментозных и немедикаментозных методов их коррекции в комплексном лечении дерматоза.

При анализе дифференцированной самооценки функционального состояния с помощью опросника САН выявлены высокие значения стандартного отклонения и высокий разрыв min – max при различных видах АлД. Установлено, что наименьшие значения по показателю самочувствия были у больных АД. Так, показатель самочувствия у больных АД в 1,3 раза был ниже средних нормативных значений – $4,2 \pm 0,09$ балла и $5,4 \pm 0,03$ балла, соответственно, а также несколько ниже средних значений по всей группе больных АлД – $4,2 \pm 0,09$ балла и $4,3 \pm 0,05$ балла, соответственно, $p=0,47$. У больных экземой и крапивницей показатели самочувствия составили $4,3 \pm 0,08$ балла и $4,4 \pm 0,21$ балла, соответственно и были ниже средних нормативных значений – $5,4 \pm 0,03$ балла, $p < 0,05$ (табл. 4.13).

Показатель активности наиболее сниженным был у больных АД – в 1,2 раза ниже средних нормативных значений – $4,3 \pm 0,09$ балла и $5,0 \pm 0,01$ балла, соответственно, а также был несколько ниже средних показателей по группе больных АлД ($4,5 \pm 0,04$ балла). 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 ($5,0 \pm 0,01$ балла), $p=0,34$.

Показатель настроения также максимально сниженным был у больных АД - в 1,2 раза ниже, по сравнению с нормативными показателями – $4,2 \pm 0,11$ балла и $5,1 \pm 0,02$ баллов, соответственно, ($p<0,05$) и несколько ниже средних показателей по группе больных АлД ($4,4 \pm 0,06$ баллов). У больных экземой этот показатель был в 1,2 раза ниже нормативных показателей – $4,3 \pm 0,09$ балла и $5,1 \pm 0,02$ балла, соответственно (табл. 4.13).

Таблица 4.13

Показатели опросника САН в группах сравнения в зависимости от вида дерматоза ($M \pm m$; Me; Min – Max)

Показатель	Экзема n=42	Крапивница n=10	Атопический дерматит n=45	Аллергический контактный дерматит n=30	Больные аллергодерматозами n=127	Средние нормативные показатели
Самочувствие	$4,3 \pm 0,08$ Me=4,4 (3,4-5,7)	$4,4 \pm 0,21$ Me=4,5 (3,2-5,6)	$4,2 \pm 0,09$ Me=4,3 (2,5-5,6)	$4,5 \pm 0,11$ Me=4,4 (3,2-5,7)	$4,3 \pm 0,05$ Me=4,3 (2,5-5,7)	$5,4 \pm 0,03$
Активность	$4,4 \pm 0,07$ Me=4,5 (3,7-5,5)	$4,5 \pm 0,16$ Me=4,4 (3,5-5,5)	$4,3 \pm 0,09$ Me=4,5 (2,0-5,5)	$4,5 \pm 0,08$ Me=4,5 (3,8-5,5)	$4,5 \pm 0,04$ Me=4,5 (3,3-5,5)	$5,0 \pm 0,01$
Настроение	$4,3 \pm 0,09$ Me=4,3 (3,0-5,6)	$4,5 \pm 0,22$ Me=4,4 (3,8-5,8)	$4,2 \pm 0,11$ Me=4,2 (2,1-5,8)	$4,6 \pm 0,11$ Me=4,2 (3,5-5,7)	$4,4 \pm 0,06$ Me=4,4 (2,6-5,8)	$5,1 \pm 0,02$

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 раз ниже нормативных показателей ($5,1 \pm 0,02$ баллов), $p=0,23$.

При анализе количества больных в зависимости от ответов по показателю самочувствия отмечено, что 35 (27,6%) больных АД оценивали свое состояние как неблагоприятное (до 4 баллов), в т.ч. 13 (28,9%) больных АД, 11 (26,1%) больных экземой, 7 (23,3%) АлКД и 4 (40%) больных крапивницей.

По показателю активности 38 (29,9%) больных АД оценивали свое состояние как неблагоприятное (до 4 баллов), в т.ч. 15 (33,3%) больных АД, 12 (28,6%) больных экземой, 8 (26,7%) АлКД и 3 (30%) больных крапивницей.

По показателю настроения 46 (36,2%) больных АД оценивали свое состояние как неблагоприятное, в т.ч. 17 (40,5%) больных экземой, 15 (33,3%) больных АД, 11 (36,7%) больных АлКД и 3 (30%) больных крапивницей (табл. 4.14).

Таблица 4.14

**Количество больных АД в зависимости от вида дерматоза и ответов по
опроснику САН (абс./%)**

Показатель	баллы	Экзема n=42	Крапивница n=10	Атопичес- кий дерматит n=45	Аллергический контактный дерматит n=30	Все- го
Самочувств ие n=127	До 4	11	4	13	7	35
	4-5	26	5	25	18	74
	Более 5	5	1	7	5	18
Активность n=127	До 4	12	3	15	8	38
	4-5	24	5	22	16	67
	Более 5	6	2	8	6	22
Настроение n=127	До 4	17	3	15	11	46
	4-5	16	4	18	12	50
	Более 5	9	3	12	7	31

Таким образом, комплексными клинико-психологическими исследованиями больных АД установлены различной степени выраженности реакции

посттравматического стресса в виде, ситуативной и фобической тревожности, депрессии, соматизации, симптоматического дистресса, наиболее выраженные у больных АД и экземой. Соматические эквиваленты фобической и ситуативной тревожности у этих пациентов обосновывают целесообразность применения медикаментозных и немедикаментозных методов их коррекции в комплексном лечении дерматозов.

Выводы:

1. Комплексными клинико-психологическими исследованиями у больных АД установлены различной степени проявления психопатологических симптомов дистресса, отражающих соматовегетативную дисфункцию.

2. Установлено, что все показатели опросника SCL-90-R у больных 1 группы значительно превышали нормативные показатели: по шкале фобической тревожности они в 2,5 раза превышали нормативные показатели и были в 1,5 раз выше показателей лиц 2 группы – ($p < 0,01$); показатель SOM у больных 1 группы в 1,6 раза превышал нормативные значения ($p < 0,05$) и в 1,2 раза был выше показателей лиц 2 группы ($p < 0,05$); показатель GSI был в 1,6 раз выше нормативных показателей ($p < 0,05$) и в 1,3 раза больше показателей лиц 2 группы – ($p < 0,05$); показатель PSDI у больных 1 группы был выше показателей лиц 2 группы и в обеих группах были выше нормативных показателей ($p < 0,001$); показатель PST – в 1,9 раз превышал нормативные показатели ($p < 0,05$) и был выше, чем у лиц 2 группы ($p = 0,21$); показатель ANX – в 1,5 раза превышал нормативные значения ($p < 0,05$) и в 1,2 раза был выше показателей лиц 2 группы ($p < 0,05$); показатель INT – в 1,2 раза был выше нормативных значений ($p < 0,05$) и выше показателей лиц 2 группы ($p < 0,05$); показатель DEP – в 1,2 раза превышал нормативные значения ($p < 0,05$) и был несколько выше показателей лиц 2 группы ($p < 0,05$); показатель PSY – в 1,2 раза выше нормативных значений ($p < 0,05$) и несколько выше показателей лиц 2 группы ($p < 0,05$).

3. Выявлено, что показатели опросника САН были значительно измененными по всем сравниваемым показателям у больных АД. Так, показатель самочувствия в 1,3 раза был ниже средних нормативных значений ($p < 0,05$);

показатель активность был в 1,1 раз ниже средних нормативных значений ($p < 0,05$); показатель настроения - в 1,2 раза ниже средних нормативных значений ($p < 0,05$). По показателю самочувствия 86 (67,7%) больных АлД оценивали свое состояние как неблагоприятное, 15 (11,8%) больных – как минимально допустимый уровень и лишь 26 (20,5%) больных - как удовлетворительное. По показателю активности 82 (64,6%) больных АлД оценивали свое состояние как неблагоприятное, 29 (22,8%) - как благоприятное и лишь 16 (12,6%) - как минимально допустимый уровень. При анализе ответов по показателю настроения отмечено, что 92 (72,4%) больных расценили свое состояние как неблагоприятное, 18 (14,2%) больных - как удовлетворительное и лишь 17 (13,4%) больных - как минимально допустимый уровень.

4. Установлено, что показатель удовлетворенности жизнью у больных АлД составил $21,4 \pm 0,5$ баллов, что отражало среднюю степень удовлетворенности качеством жизни, при этом 58 (50,9%) больных оценивали свое качество жизни как неудовлетворительное, 50 (43,8%) больных - как среднее состояние и лишь 6 (5,3%) – как высокое.

5. Выявлено, что при анализе показателей по опроснику HADS у всех больных АлД были различной степени выраженности симптомы тревоги и депрессии. У 58 (50,9%) больных выявлена клинически выраженная тревога, субклинически выраженная тревога - у 31 (27,2%) больных и лишь у 25 (21,9%) больных было отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги. У 56 (49,1%) больных АлД обнаружена клинически выраженная депрессия, у 35 (30,7%) больных - субклинически выраженная депрессия и лишь у 23 (20,2%) больных было отсутствие достоверно выраженных симптомов депрессии.

6. Установлено, что у всех больных АлД был высокий уровень тревожности по шкалам ШСТ и ШЛТ, при этом у 50 (43,9%) больных был высокий уровень ситуативной тревожности, у 55 (48,3%) больных – высокий уровень личностной тревожности. Умеренную тревожность наблюдали у 33 (28,9%) больных по шкале ШСТ и у 31 (27,2%) больных - по ШЛТ.

7. Выраженная вегетативная дисфункция была у 86 (75,4%) больных АД.

8. Отмечена неодинаковая степень изменений изучаемых параметров при различных видах АД. Показатель SOM у больных АД в 1,2 раза превышал средние показатели по группе и в 1,9 раз был выше нормативного показателя ($p<0,05$). Показатель ОС наиболее повышен был у больных АД и экземой ($p<0,05$) и 1,1 раз выше средних показателей по группе ($p<0,05$). Показатели INT были наиболее повышенными у больных АД и экземой ($p<0,05$). У больных АД он был в 1,2 раза выше нормативных значений, а у больных экземой – в 1,1 раза, $p<0,05$. Показатель DEP у больных АД в 1,3 раза был выше нормативных показателей, у больных экземой - в 1,2 раза выше нормативных показателей, $p<0,05$. Показатель ANX у больных АД был в 1,6 раза выше нормативного показателя ($p<0,05$), у больных экземой - в 1,5 раза ($p<0,05$), у больных крапивницей – в 1,2 раза ($p<0,05$). Показатель РНОВ у больных АД был в 2,5 раза выше нормативного показателя, у больных экземой – в 2,3 раза выше, у больных крапивницей – в 2 раза, у больных АлКД – в 1,8 раза выше нормативного показателя ($p<0,05$). Показатель GSI у больных крапивницей был в 2,9 раза выше нормативных показателей и в 1,7 раз выше средних показателей по группе АД ($p<0,05$); у больных АД - в 1,8 раз выше нормативного показателя и в 1,1 раза выше средних показателей по всем АД ($p<0,05$); у больных экземой - в 1,3 раза выше нормативных ($p<0,05$). Показатель PSI у больных экземой был в 2 раза выше нормативного показателя, у больных АД - в 1,8 раз выше нормативного показателя ($p<0,05$); у больных АлКД и крапивницей - в 1,7 раз ($p<0,05$). Показатель PSDI наиболее повышенным был при АД и экземе ($p<0,05$).

9. При анализе дифференцированной самооценки функционального состояния с помощью опросника САН установлено, что показатель самочувствия у больных АД в 1,3 раза был ниже средних нормативных значений и несколько ниже средних значений по всей группе больных АД ($p<0,05$); у больных экземой и крапивницей также были ниже средних нормативных значений ($p<0,05$). Показатель активности у больных АД был в 1,2 раза ниже средних нормативных

значений и несколько ниже средних показателей по группе больных АД ($p < 0,05$); у больных экземой, крапивницей, АлКД эти показатели также были ниже средних нормативных значений ($p = 0,34$). Показатель настроения у больных АД был в 1,2 раза ниже, по сравнению с нормативными показателями ($p < 0,05$) и несколько ниже средних показателей по группе больных АД ($p = 0,29$); у больных экземой – в 1,2 раза ниже нормативных показателей; у больных крапивницей и АлКД – в 1,1 раз ($p = 0,23$). При анализе количества больных в зависимости от ответов по показателю самочувствия отмечено, что 35 (27,6%) больных АД оценивали свое состояние как неблагоприятное, в т.ч. 13 (28,9%) больных АД, 11 (26,1%) больных экземой, 7 (23,3%) АлКД и 4 (40%) больных крапивницей. По показателю активности 38 (29,9%) больных АД оценивали свое состояние как неблагоприятное, в т.ч. 15 (33,3%) больных АД, 12 (28,6%) больных экземой, 8 (26,7%) АлКД и 3 (30%) больных крапивницей. По показателю настроения 46 (36,2%) больных АД оценивали свое состояние как неблагоприятное, в т.ч. 17 (40,5%) больных экземой, 15 (33,3%) больных АД, 11 (36,7%) больных АлКД и 3 (30%) больных крапивницей.

10. Выявленные изменения послужили обоснованием разработки комплексного метода лечения больных АД с применением медикаментозных и немедикаментозных способов коррекции.

Результаты данного раздела опубликованы в следующих печатных работах:

1. 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. – Вып. 2 (36). – С. 47–49.
2. 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.
3. 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. 12–17.

4. Проценко Т. В. Клинико-психологические характеристики психического статуса больных хроническими рецидивирующими дерматозами [Текст] / Т. В. Проценко, О. А. Проценко, Е. В. Киосева, Ал. С. Горбенко // Торсуевские чтения: сборник научно-практических работ. – Донецк, 2015. – Вып. 10. – С. 52– 58.

РАЗДЕЛ 5

ВЕГЕТАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ,
ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ЛОКАЛЬНОГО КОНФЛИКТА

Многочисленными работами последних десятилетий было показано, что определение вариабельности сердечного ритма (ВСР) является информативным неинвазивным методом количественной оценки не только вегетативной регуляции сердечного ритма, но и функционального состояния симпатической и парасимпатической части ВНС [18, 24, 29, 78, 79, 175]. Динамическое исследование ВСР при хронических дерматозах (склеродермии, красный плоский лишай, розовые угри, красная волчанка, атопический дерматит) позволило оценить нарушения адаптации, приводящие к структурно-функциональным нарушениям нейроэндокринной и иммунной систем [7, 45, 93], и, следовательно, к нарушениям функционирования кожи как структурного подразделения иммунной и эндокринной систем и было использовано для оптимизации лечения [21, 24, 79, 168]. Доказана важность изменений функциональных отношений основных регуляторных систем организма и особенно ВНС в патогенезе АД [11, 31, 164].

В сложном многоступенчатом патогенезе АД нарушения вегетативной регуляции выступают как центральное, интегрирующее звено. Кроме проявления на открытых участках кожного покрова (лицо, шея, кисти рук), одним из самых неблагоприятных субъективных симптомов АД является постоянный на протяжении суток (или приступообразный), часто «биопсирующий зуд», приводящий к повреждению кожи и усилению воспалительных процессов в очаге поражения. В настоящее время ряд применяемых методов лечения АД оказывает влияние сразу на несколько патогенетических звеньев и, особенно, на регулирующие механизмы ЦНС [67, 70].

Известно, что патогенетическая цепь развития аллергических реакций в коже включает множество сложных процессов, одним из которых является стресс-индуцированный ответ нейро-эндокринно-иммунной системы [16, 23, 45

133]. Доказано, что активация иммунокомпетентных клеток кожи с последующей фазой патофизиологических изменений в дерме при АД находится под контролем нейровегетативной регуляции [7]. Также была доказана взаимосвязь сенсibilизации кожи и последующего развития иммунозависимых воспалительных изменений в ней с функциональными сдвигами в ЦНС и ВНС [93]. В ранее проведенных исследованиях было показано, что психоэмоциональные нарушения, стрессы, психовегетативные расстройства, связанные с дисрегуляцией ЦНС и ВНС, являются факторами, определяющими течение и прогноз АД [7, 31]. Именно поэтому исследование ВСР мы выбрали как не инвазивную оценку вегетативной дисфункции у больных АД, что позволяет не только определить направленность вегетативных нарушений, но и резервные регуляторные возможности организма, что может способствовать оптимизации лечения данной патологии у лиц, пребывающих длительное время в ЗЛК.

Был проведен сравнительный анализ параметров ВСР в двух группах сравнения: 1 группа – 70 больных АД, проживающих в ЗЛК и 2 группа – 30 здоровых лиц, без дерматологической патологии, но проживающих в таких же условиях.

Анализировали следующие показатели ВСР [18, 39, 79, 93, 210]:

Временные показатели:

- SDNN (стандартное отклонение длительности сердечного цикла, отражающее среднеквадратическое отклонение от длины последовательных кардиоциклов) - косвенный показатель, свидетельствующий о напряженности иммунитета и адаптационных возможностей организма, отражающий степень тяжести заболевания, что может быть использовано также как прогностический критерий.

- RMSSD (квадратный корень из суммы квадратов разностей последовательных пар RR, характеризующий активность автономного контура) – косвенный показатель активности парасимпатического звена вегетативной регуляции.

Частотные показатели:

- HF (высокочастотный спектр 0,4-0,15 Гц, отражающий мощность энергетического спектра парасимпатического звена ВНС) – косвенный показатель парасимпатической регуляции ВНС.

- LF (низкочастотный спектр 0,04–0,15 Гц, отражающий мощность энергетического спектра симпатического звена ВНС) – косвенный показатель симпатической регуляции ВНС.

- VLF (очень низкочастотный < 0,04 Гц, отражающий мощность энергетического спектра гуморальной составляющей ВНС) – косвенный показатель нейрогуморальной регуляции.

- LF/HF (отношение мощностей низких частот к мощности высоких) - показатель, значение которого свидетельствует о балансе симпатических и парасимпатических влияний (симпато-вагальный баланс).

- TP (отражает суммарную активность вегетативных влияний на сердечный ритм) - показатель общей мощности спектра нейрогуморальной регуляции ВНС.

Сравнительный анализ показателей ВСР у больных АД, проживающих в ЗЛК (1 группа) и лиц без дерматологических заболеваний, проживающих в аналогичных условиях (2 группа), выявил существенные различия, которые могут быть значимыми в дебюте АД и их последующих рецидивах (табл. 5.1).

Таблица 5.1

Показатели вариабельности сердечного ритма в группах сравнения

Показатель	1 группа n=70	2 группа n=30
SDNN, мс	50,61±2,24	62,19±21,32
RMSSD, мс	43,64±25,16	68,47±13,02
HF, мс ²	597,50±119,38	908,41±112,40
LF, мс ²	1712,03±72,07	1150,06±160
VLF, мс ²	759,20±61,20	474,50±53,1
LF/HF, %	2,39±0,16	1,61±0,33
TP, мс ²	2672,94±235,17	3939±387,5

Так, при анализе временных и спектральных параметров ВСР у больных АД выявлен дисбаланс симпатического и парасимпатического тонуса, более выраженный при тяжелом и средне-тяжелом течении дерматоза.

Анализ временных параметров ВСР показал, что показатель SDNN у больных АД был в 1,3 раза ниже показателей здоровых лиц (2 группа) - $50,61 \pm 2,24$ мс и $62,19 \pm 21,32$ мс, соответственно ($p < 0,05$), что отражало снижение адаптационных возможностей у данных пациентов и косвенно – снижение напряженности иммунитета.

Показатель RMSSD у больных АД был в 1,6 раза ниже значений здоровых лиц - $43,64 \pm 25,16$ мс и $68,47 \pm 13,02$ мс, соответственно ($p < 0,05$), что отражало сниженную активность парасимпатического звена вегетативной регуляции.

При анализе спектральных показателей ВСР также были выявлены значительные различия в группах сравнения. Так, показатель общей мощности спектра (TP) у больных АД был в 1,5 раз ниже, чем у здоровых лиц 2 группы – $2672,94 \pm 235,17$ мс² и $3939 \pm 387,5$ мс², соответственно ($p < 0,05$), что может свидетельствовать о выраженном снижении компенсаторных возможностей организма и нарушении нейро-гуморальной регуляции, что в свою очередь может поддерживать хроническое течение дерматоза.

Уровень VLF-волн был в 1,6 раз выше у больных АД, по сравнению с лицами 2 группы – $759,20 \pm 61,20$ мс² и $474,50 \pm 53,1$ мс², соответственно ($p < 0,01$), что могло отражать влияние стресса на развитие дерматоза и свидетельствовало о нарушении нейро-гуморальной регуляции. Известно, что волны данного диапазона СР связаны с активностью надсегментарных центров вегетативной регуляции, которые генерируют медленные ритмы, передающиеся к сердцу через симпатическую нервную систему. Ранее было отмечено, что увеличение волн VLF связано с умственным утомлением [15, 16, 18, 31, 198]. Считают, что высокий уровень мощности очень медленных колебаний СР возникает при избыточном ответе адаптационной системы на стресс, а низкий их уровень указывает на энергодефицитное состояние [16, 18].

HF компонент ВСП в базальном положении у больных АлД был в 1,5 раза меньше, чем у здоровых лиц – $597,50 \pm 119,38$ мс² и $908,41 \pm 112,40$ мс², соответственно ($p < 0,01$), что могло отражать недостаточность парасимпатической регуляции ВНС.

У больных АлД показатель LF был в 1,5 раза выше значений здоровых лиц 2 группы – $1712,03 \pm 72,07$ мс² и 1150 ± 260 мс², 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. При сопоставлении изученных показателей ВСП с особенностями клиники и течения АлД выявлено, что они коррелировали со степенью тяжести АлД.

Таким образом, полученные данные свидетельствовали о выраженных нарушениях нейрогуморальной регуляции и адаптационных возможностей у больных АлД, проживающих в ЗЛК.

ВНС, кора головного мозга и система гипофиз-кора надпочечников составляет единую нейрогуморальную систему, регулирующую функции и обеспечивающую оперативное и стратегическое управление адаптивным процессом в целостном организме, в т.ч. в коже. Возможности организма адаптироваться к тем или иным условиям в значительной степени определяются реактивностью его ВНС, ее способностью воспринимать, передавать, перерабатывать поступающую информацию, принимать и посылать управляющие сигналы к исполнительным органам в т.ч. в кожу [30, 31].

Известно, что вегетативный тонус (ВТ) определяют, как способность ВНС обеспечивать функционирование, в том числе автоматизированную деятельность всех органов и систем [30, 165].

ВТ определяли по вегетативному индексу Кердо (ВИК) – по формуле:

$$\text{ВИК} = (1 - \text{ДАД} / \text{ЧСС}) \times 100\%, \quad (1)$$

где ДАД – диастолическое артериальное давление;

ЧСС – частота сердечных сокращений.

ВИК= -10 до +10 расценивают как вегетативное равновесие (эйтония или нормотония), положительное значение ВИК – преобладание симпатического влияния (симпатикотония), отрицательное – сниженный симпатический тонус, преобладание влияния парасимпатической нервной системы (ваготония) [162, 165].

При анализе ВТ у больных АлД, проживающими в ЗЛК отмечено, что у 35 (21,3%) больных был нормотонический вегетативный тонус, у 51 (31,1%) – ваготонический вегетативный тонус и у 78 (47,6%) больных – симпатикотонический вегетативный тонус (табл. 5.2).

Таблица 5.2

Вегетативный тонус у больных АлД, проживающих в ЗЛК по вегетативному индексу Кердо (абс.%)

Индекс Кердо, %	Нормотония (-10 до +10)	Ваготония (+10 и более)	Симпатикотония (-10 и менее)	Всего
Число больных абс.%	35/21,3	51/31,1	78/47,6	164/100

При оценке ВТ с помощью ВСР мы оценивали отношение LF/HF, которое отражает баланс симпатического и парасимпатического отделов ВНС [162]. В зависимости от показателя LF/HF были выделены три группы больных: ваготоники (LF/HF до 0,5), нормотоники (LF/HF от 0,51 до 2,0), симпатикотоники (LF/HF более 2,01).

У 41 (58,6%) больных АлД, проживающих в ЗЛК, был симпатикотонический тип ВНС, у 20 (28,6%) – ваготонический и у 9 (12,8%) – нормотонический тип ВНС (табл. 5.3). В контрольной группе здоровых лиц без

кожной патологии, проживающих в ЗЛК, отмечено, что 6 (20,0%) лиц были ваготониками, 16 (53,3%) – нормотониками, 8 (26,7%) – симпатикотониками.

Таблица 5.3

**Вегетативный тонус в группах сравнения по показателю ВСР
(отношение LF/HF)**

Показатель/группы	Ваготоники (LF/HF до 0,5)	Нормотоники (LF/HF от 0,51 до 2,0)	Симпатикотоники (LF/HF более 2,01)
Больные АлД, n=70	20/28,6	9/12,8	41/58,6
Здоровые, n=30	6/20,0	16/53,3	8/26,7

Сравнительный анализ исследуемых показателей выявил, что среди здоровых лиц контрольной группы, проживающих в ЗЛК, преобладали нормотоники - 16 (53,3%); а группе больных АлД таких лиц было значительно меньше как по анализу индекса Кердо – 35 (21,3%), так и по показателю ВСР (LF/HF) – 9 (12,8). Среди больных АлД преобладали симпатикотоники, как и по анализу индекса Кердо – 78 (47,6%), так и по показателю ВСР (LF/HF) – 41 (58,6%). В то время как среди здоровых лиц таких больных было 8 (26,7%). Ваготоников среди больных АлД по всем изучаемым показателям было значительно меньше: по индексу Кердо – 51 (31,1%), по ВСР (LF/HF) – 20 (28,6%), в то время среди здоровых лиц контрольной группы, проживающих в ЗЛК, лишь 6 (20,0%).

Выводы:

1. У больных АлД, проживающих в ЗЛК, выявлены изменения временных и частотных показателей ВСР, отражающие дисбаланс симпатического и парасимпатического тонуса ВНС, что свидетельствует о нарушении трофотропной деятельности ВНС.

2. Установлено, что показатель SDNN у больных АлД был в 1,3 раза ниже показателей здоровых лиц ($p < 0,05$), что свидетельствовало о снижении

адаптационных возможностей и косвенно – о снижении напряженности иммунитета.

3. Выявлено, что показатель RMSSD у больных АД был в 1,6 раза ниже значений здоровых лиц ($p < 0,05$), что свидетельствовало о снижении активности парасимпатического звена вегетативной регуляции.

4. Показано, что показатель общей мощности спектра у больных АД был в 1,5 раза ниже, чем у здоровых лиц 2 группы ($p < 0,05$), что свидетельствовало о снижении компенсаторных возможностей, нарушении нейрогуморальной регуляции.

5. Отмечено, что уровень VLF-волн был в 1,6 раз выше у больных АД, по сравнению с лицами 2 группы ($p < 0,01$), что свидетельствовало о нарушении нейрогуморальной регуляции.

6. Установлено, что уровень HF- волн у больных АД был в 1,5 раза ниже, чем у здоровых лиц ($p < 0,01$), что отражало недостаточность парасимпатической регуляции ВНС.

7. Выявлено, что показатель LF у АД был в 1,5 раза выше значений здоровых лиц 2 группы – $1712,03 \pm 72,07 \text{ мс}^2$ и $1150 \pm 260 \text{ мс}^2$, соответственно ($p < 0,01$), что отражало активацию симпатической регуляции ВНС.

8. Установлено, что показатель LF/HF у больных АД был в 1,5 раза выше показателей здоровых лиц 2 группы ($p < 0,05$), что свидетельствовало о дисбалансе симпатических и парасимпатических влияний ВНС.

9. Выявленные данные обосновывают необходимость включения в комплексную терапию медикаментозных и немедикаментозных способов, регулирующих деятельность ВНС.

Результаты данного раздела опубликованы в следующих печатных работах:

1. Горбенко, Ал. С. Анализ вариабельности сердечного ритма у больных аллергодерматозами на фоне тревожных состояний [Текст] / Ал. С. Горбенко // Торсуевские чтения: научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии. – 2019. – № 2 (24). – С. 6–12.

РАЗДЕЛ 6

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ

6.1. Методика лечения

Лечение больных АлД проводили в соответствии с протоколами введения больных [46, 68, 86, 184, 266]. Традиционная терапия включала антигистаминные и гипосенсибилизирующие препараты (лоратадин 10 мг перорально 1 раз в сутки в течение 10 дней, кальция глюконат 10% раствор по 5 мл 1 раз в день внутримышечно, на курс №10), витамин В12 по 500 мкг внутримышечно через день, №10, гепатопротекторы (глутаргин 4% раствор 10 мл на 200 мл физиологического раствора внутривенно капельно, №10, затем карсил по 1 таблетки 3 раза в день до 30 дней). По показаниям проводили дезинтоксикационную терапию (тиосульфат натрия 30% раствор 5 мл внутривенно струйно, ежедневно, на курс №10). Наружная терапия, в зависимости от стадии дерматоза, включала топические кортикостероиды: комбинированные (бетаметазон + гентамицин, бетаметазон + клотримазол + гентамицин, гидрокортизон + неомицин + натамицин) или монокомпонентные (мометазона фуроат, бетаметазон, гидрокортизона 17-бутират), топические ингибиторы кальциневрина (такролимус, пимекролимус), эмоленты [37, 38, 122, 124, 127].

С учетом выявленных при исследовании данных был разработан комплексный метод лечения больных АлД с использованием, наряду с традиционным лечением, дневных транквилизаторов (адаптол) сегментарно-рефлекторной физиотерапии (СРФ) и комплекса психорелаксации.

В качестве дневного транквилизатора использовали адаптол, который назначали по 500 мг 2 раза в день в течение 3 месяцев.

Обоснованием назначения адаптола являлись его доказанные не только антистрессорный и седативный эффекты, но и анксиолитическое, ноотропное, вегетостабилизирующее, антигипоксическое и антиоксидантное действия [25, 35,

61, 68, 88, 103, 155, 173, 174]. Доказано, что адаптол снижает чувство тревожности, обладает оптимальными фармакотерапевтическими характеристиками как для стресс-протективного препарата, так и для ноотропа и адаптогена [9, 126, 155]. Адаптол, в отличие от других дневных анксиолитиков и препаратов бензодиазепинового ряда, не вызывает нежелательных центральных эффектов – подавленности, сонливости, эмоционального безразличия, не накладывает ограничений на профессиональную деятельность, не вызывает привыкания и развития синдрома отмены [155]. Обоснованием назначения адаптола было также доказанное положение, что ситуативная и фобическая тревожность, которые были выявлены у обследованных нами пациентов, способствуют развитию психосоматических заболеваний и могут поддерживать рецидивирующее течение АлД [103, 126, 155, 164, 179]. Известно, что тревожность значительно ухудшает психоэмоциональное состояние больных, формирует невротизацию личности, ухудшает течение и прогноз уже имеющихся заболеваний, усложняет социальную адаптацию и снижает качество жизни, т.е. в данной ситуации у больных АлД, проживающих в ЗЛК, тревожность приобретает роль самостоятельного патогенетического фактора [128, 155]. Показано, что синдром тревожности, как правило, наблюдается в сочетании с другими нарушениями функций ЦНС – астеноневротическими, депрессивными, ипохондрическими, когнитивными и др. [25, 26], которые, в свою очередь, ухудшают течение дерматоза. Поэтому назначения, наряду с традиционной терапией, соответствующего нейро- и психотропного препарата, является необходимым условием успешного лечения больных АлД, проживающих в ЗЛК. Ранее проведенными исследованиями было подтверждено, что адаптол не только подавляет синдром тревожности, но и восстанавливает адаптационно-компенсаторные процессы в ЦНС [25, 26, 27, 28, 35, 173, 175, 242].

С целью СРФ применяли электрофорез на шейно-воротниковую зону («гальванический воротник» по Щербаку) с лекарственными препаратами, выбор которых проводили с учетом исходного вегетативного статуса и характера дермографизма. При ваготонии и красном дермографизме использовали 2%

раствор кальция хлорида, при симпатикотонии и белом дермографизме - 3% раствор магния сульфата [1, 161]. Один электрод (анод) в форме воротника, площадью от 600 до 800 см² располагали на спине в области надплечья и спереди в подключичной области; второй электрод (катод) прямоугольной формы, площадью 300-400 см² располагали в пояснично-крестцовой области. Нисходящий ток: от анода «+» (воротник) – верхний электрод к катоду «-» (нижний электрод), обладает седативным эффектом [32]. Стартовая сила тока 6 мА, с последующим увеличением на 2 мА до максимальной силы тока 16 мА. Стартовая продолжительность процедуры – 6 минут, в последующем каждые 2 процедуры время воздействия увеличивали на 2 минуты до 16 минут. Курс лечения 10 процедур в режиме через день [7, 166].

Обоснованием применения СРФ были ее доказанные действия: вегетостабилизирующее, седативное, противозудное, противовоспалительное [32]. СРФ стимулирует выработку биологически активных веществ, тем самым ускоряет процесс регенерации кожи, восстанавливает защитно - барьерные свойства кожи, уменьшает уровень тревожности и эмоционального напряжения, повышает устойчивость к стрессовым воздействиям [58]. Сам электрический ток тоже оказывает благоприятное влияние на организм, активируя иммунный ответ и способствуя улучшению неспецифической резистентности организма [7, 166].

Выбор методики СРФ – «гальванического воротника» по Щербаку, обосновывался опосредованным воздействием через шейные симпатические ганглии и вегетативные центры головного мозга на микроциркуляторные, трофические и рефлекторные процессы в коже [32, 33], которые у больных АД были нарушены в различной степени выраженности. Доказано, что механизм действия лекарственного электрофореза складывается из рефлекторных и гуморальных влияний: раздражения рецепторов кожи, с одной стороны - постоянным током, а с другой – ионами лекарственного вещества. Ионы лекарственного вещества, будучи электрически активными, вступают в контакт с рецепторами кожи, вызывая их непрерывное и длительное раздражение. Гуморальные влияния при электрофорезе включаются при медленном,

равномерном переходе лекарственного препарата из кожного депо в ток крови и лимфы. Помимо этого, местное воздействие электрического тока на кожу через вегетативные пути оказывает опосредованное влияние на определенные внутренние органы [7, 32].

Комплекс психорелаксации включал использование сенсорной комнаты в сочетании с аэро-, аудио - и светокорректирующими стимулами.

Сенсорная комната представляла собой затемненное помещение, площадью 16 кв. м (из расчета не менее 2 кв.м на человека), оснащенное соляным светильником, аромолампой и устройством для воспроизведения ауди записей [147].

Воздействие аудиокорректирующего стимула заключалось в прослушивание записанного на компьютере музыкального сопровождение (шум дождя, звуки природы, моря, пение птиц в лесу), продолжительностью 20 минут.

Воздействие свето и аэрокорректирующих стимулов заключалось в сочетанном использовании солевой лампы (светильник "Соляное сияние", производства ГП «Артемсоль») и ароматерапии с хвойным запахом (эфирные масла кедра). В чашу аромалампы наливали 2 мл фильтрованной воды и 2 капли эфирного хвойного масла. Обоснованием выбора хвойного аромата кедрового эфирного масла были его доказанные эффекты по снижению уровня тревожности и рекомендации к использованию людям, подвергающихся стрессовым воздействиям и высоким нагрузкам [32, 33, 65, 76, 84, 102, 142]. Доказано, что наряду с уменьшением уровня тревожности и депрессии, он повышает устойчивость к психическим нагрузкам, обладает успокоительным и адаптогенным действием [154, 162, 165, 166]. Преимуществом применения аэростимула является его доступность и простота применения, хорошая переносимость при соблюдении дозировки, отсутствие побочных влияний и привыкания [101].

Обоснованием применения соляного светильника "Соляное сияние" («Артемсоль») были особенности его действия, приводящие к насыщению воздуха корпускулярными и субмолекулярными частицами хлористого натрия, а

специальная конструкция светильника позволяла обеспечить поток аэроионов в окружающую среду без дополнительных устройств. Насыщение воздуха микрокристаллами хлорида натрия усиливалось за счет электрического подогрева [101, 117]. Светильник "Соляное сияние" («Артемсоль») сделан из экологически чистой природной соли, возраст которой превышает 250 млн. лет. Содержание хлорида натрия в ней колеблется в пределах 97,5-98,7%. Насыщая воздух сенсорной комнаты мельчайшими частицами соли, создавали микроклимат, благоприятный для больных аллергическими болезнями [117]. Ранее проведенными исследованиями показано, что мягкое свечение светильника вызывает приток отрицательных ионов в оптимальных дозах, что улучшает самочувствие, уменьшает уровни ситуативной и фобической тревожности, восстанавливает нарушения нейро-гуморальной регуляции и адаптационные возможности организма, а мельчайшие частицы поваренной соли, проникая в дыхательные пути, обеспечивают противоаллергическое действие [7, 117]. Таким образом, при назначении комплекса психорелаксации больным АД, проживающим в ЗЛК, учитывали доказанные синергические эффекты сочетания разных психокорректирующих стимулов (свето-, аэро- и аудио-), обеспечивающих седативное и вегетостабилизирующие терапевтические эффекты [58, 147]. Применение комплекса психорелаксации в клинической практике показало возможности немедикаментозного повышения адаптационных возможностей и общей резистентности организма, уменьшения выраженности психовегетативных расстройств [58, 117], что является не только элементом лечения, но и профилактикой заболеваний и может быть основой профилактики рецидивов АД у больных, проживающих в ЗЛК.

Режим проведения процедур комплекса психорелаксации: ежедневно в течение 20 минут, на курс 10 процедур.

В зависимости от метода лечения больные были разделены на 2 терапевтические группы. Основная группа (130 больных) - получали лечение по разработанной методике. Группа сравнения (34 больных) - получали только

традиционную терапию. Обе группы были репрезентативны по основным сравниваемым показателям, в т.ч. по видам АлД (табл. 6.1).

Таблица 6.1

Распределение больных в терапевтических группах в зависимости от вида дерматоза

Группы/ Нозологические формы	Основная абс.% n=130/79,3	Сравнения абс.% n=34/20,7	Всего абс.% n=164/100
Атопический дерматит	50/38,5	12/35,3	62/37,8
Экзема	40/30,8	11/32,4	51/31,1
Крапивница	15/11,5	6/17,6	21/12,8
Аллергический контактный дерматит	25/19,2	5/14,7	30/18,3

Основная группа и группа сравнения были статистически однородными по возрасту ($p=0,56$). Возраст у больных в основной группе составил $37,02 \pm 1,20$ ($Me=34,0$, $min - 16,0$, $max - 79,0$) лет, а в группе сравнения – $38,9 \pm 2,68$ ($Me=35,5$, $min - 16,0$, $max - 77,0$) лет.

Группы сравнения перед началом лечения были статистически равноценными по степени тяжести дерматоза, которую оценивали по различным дерматологическим индексам (BSA, SCORAD, DLQI) (табл. 6.2).

Таблица 6.2

Характеристика больных аллергодерматозами в терапевтических группах сравнения до начала терапии ($M \pm m$; Me ; $Min - Max$)

Индекс/группа	Основная, n= 130	Сравнения, n= 34	P
BSA	$8,86 \pm 0,82$ $Me=3,0$ (1-47)	$9,08 \pm 2,68$ $Me=4,5$ (1-37)	$p=0,30$
SCORAD	$26,3 \pm 0,98$ $Me=23,5$ (4,8-62,3)	$27,1 \pm 1,80$ $Me=22,5$ (4,2-52,1)	$p= 0,86$
DLQI	$9,5 \pm 0,52$ $Me=7,0$ (2,0-27,0)	$9,7 \pm 0,81$ $Me=8,0$ (2,0-20,0)	$p= 0,13$

Статистических различий между группами не было (BSA, $p=0,30$; SCORAD, $p=0,86$; DLQI, $p=0,13$).

Эффективность терапии оценивали по скорости регресса морфологических элементов сыпи, анализу динамики дерматологических индексов (BSA, SCORAD, DLQI), динамике результатов патопсихологических тестов и BCP, продолжительности ремиссии и количеству рецидивов в течение 2-х лет.

6.2. Результаты лечения

Переносимость лечения у всех больных в обеих терапевтических группах сравнения была удовлетворительной. Анализ общеклинических и биохимических показателей крови в процессе лечения не выявил побочных эффектов или осложнений ни в одной из групп.

6.2.1. Ближайшие результаты

Ближайшие результаты лечения оценивали по времени регресса сыпи и наступлению клинической ремиссии. Регресс клинических проявления АлД наблюдали у всех больных, однако более показательным он был у больных основной группы, комплексная терапия которых проведена по разработанной методике.

Анализ ближайших результатов показал преимущество использования разработанного комплексного метода лечения больных АлД с применением адаптола, СРФ и комплекса психорелаксации (табл. 6.3). 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%) больного, 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.

Таблица 6.3

Ближайшие результаты лечения в группах сравнения

Результат/ Группы	Основная группа, n= 130 абс./%	Группа сравнения, n= 34 абс./%	Всего, n= 164 абс./%
Клиническая ремиссия	95/73,1	17/50,0	112/68,3
Значительное улучшение	32/24,6	6/17,6	38/23,2
Улучшение	2/1,5	9/26,5	11/6,7
Отсутствие эффекта	1/0,8	2/5,9	3/1,8

При анализе результатов лечения в зависимости от вида АД наблюдали, что в основной группе клиническая ремиссия достигнута у 15 (100%) больных крапивницей, в группе сравнения – у 5 (83,3%) больных (табл. 6.4). Клиническая ремиссия у больных АлКД достигнута у всех больных, как в основной группе – у 25 (100%) больных, так и в группе сравнения – у 5 (100%) больных. Клиническую ремиссию АД в основной группе наблюдали у 26 (52,0%) больных, в группе сравнения – у 3 (25,0%) больных. Клиническая ремиссия у больных экземой в основной группе была у 29 (72,5%), 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. Значительное улучшение у больных экземой в основной группе было у 10 (25,0%), в группе сравнения – у 4 (36,4%) больных. Улучшение в основной группе наблюдали у 2 (1,5%) больных, в группе сравнения – у 9 (26,5%). Отсутствие эффекта было у 1 (0,8%) больного АД основной группы, в группе сравнения – у 2 (5,9%) больных АД.

**Ближайшие результаты лечения в группах сравнения в зависимости от вида
аллергодерматоза**

Результат/ Группы	Основная, n= 130		Сравнения, n= 34	
Клиническая ремиссия	Атопический дерматит, n=50	26	Атопический дерматит, n=12	3
	Экзема, n=40	29	Экзема, n=11	4
	Крапивница, n=15	15	Крапивница, n=6	5
	Аллергический контактный дерматит, n=25	25	Аллергический контактный дерматит, n=5	5
Значительное улучшение	Атопический дерматит	22	Атопический дерматит	2
	Экзема	10	Экзема	4
	Крапивница	-	Крапивница	-
	Аллергический контактный дерматит	-	Аллергический контактный дерматит	-
Улучшение	Атопический дерматит	1	Атопический дерматит	5
	Экзема	1	Экзема	3
	Крапивница	-	Крапивница	1
	Аллергический контактный дерматит	-	Аллергический контактный дерматит	-
Отсутствие эффекта	Атопический дерматит	1	Атопический дерматит	2

При анализе продолжительности лечения в терапевтических группах в зависимости от вида дерматоза, также выявлено преимущество разработанной методики лечения (табл.6.5).

Продолжительность лечения больных АлКД в основной группе составило $6,8 \pm 0,5$ дней, в группе сравнения – $7,9 \pm 0,2$ дней ($p=0,16$). Продолжительность лечения больных АД в основной группе составила $24,3 \pm 0,2$ дней, в группе сравнения – $28,2 \pm 0,6$ дней ($p<0,05$). Продолжительность лечения больных экземой в основной группе и группе сравнения составила $16,9 \pm 0,8$ и $18,3 \pm 0,4$ дней, соответственно ($p<0,05$). Продолжительность лечения больных крапивницей составила в основной группе – $18,3 \pm 0,3$ дней, в группе сравнения – $20,6 \pm 0,1$ дней ($p=0,07$) (табл.6.5).

Таблица 6.5

Продолжительность лечения в группах сравнения, в днях

Нозологические формы / группы	Основная	Группа сравнения
Аллергический контактный дерматит	$6,8 \pm 0,5$	$7,9 \pm 0,2$
Атопический дерматит	$24,3 \pm 0,2$	$28,2 \pm 0,6$
Экзема	$16,9 \pm 0,8$	$18,3 \pm 0,4$
Крапивница	$18,3 \pm 0,3$	$20,6 \pm 0,1$

При оценке динамики индекса BSA отмечено, что в основной группе он снизился с $8,86 \pm 0,82$ до $0,07 \pm 0,02$; в группе сравнения - с $9,08 \pm 2,68$ до $0,35 \pm 0,12$ ($p=0,003$). При анализе динамики по индексу SCORAD отмечена аналогичная тенденция: в основной группе он снизился с $26,3 \pm 0,98$ до $0,13 \pm 0,98$; в группе сравнения – с $27,1 \pm 1,80$ до $0,93 \pm 0,17$, $p<0,05$.

Таблица 6.6

Динамика дерматологических индексов у больных аллергодерматозами в группах сравнения послелечения ($M \pm m$; Me; Min – Max)

Индекс/группа	Основная, n=130	Сравнения, n=34
BSA	0,07±0,02 Me=0,0 (0,0-2,0)	0,35±0,12 Me=3,5 (1,0-3,7)
SCORAD	0,13±0,98* Me=0,0 (0,0-1,3)	0,93±0,17* Me=0,75 (0,0-3,1)
DLQI	0,08±0,03* Me=0,0 (0,0-2,0)	1,0±0,16* Me=1,0 (2,0-3,0)

Примечание: * – уровень статистической значимости различий между группами на уровне $p < 0,05$

Анализ динамики показателей ВСП в терапевтических группах сравнения также подтвердил преимущество разработанного метода лечения (табл. 6.7).

Особый интерес представлял анализ динамики показателя SDNN, отражающего адаптационный потенциал организма и косвенно – прогноз течения заболевания [29, 30, 39]. Анализ временных показателей показал, что показатель SDNN в основной группе повысился на 18,5% – с $50,61 \pm 2,24$ мс до $62,13 \pm 4,30$ мс, в группе сравнения – на 4,7% (с $50,61 \pm 2,24$ мс до $53,17 \pm 7,59$ мс), $p < 0,05$. В основной группе этот показатель сравнился с показателями здоровых лиц ($62,13 \pm 4,30$ мс и $62,19 \pm 21,32$ мс, соответственно), а в группе сравнения был на 16,11% ниже показателей здоровых лиц ($52,17 \pm 7,59$ мс и $62,19 \pm 21,32$ мс, соответственно).

Показатель RMSSD в основной группе повысился на 33,1% (с $43,64 \pm 25,16$ мс до $65,16 \pm 2,39$ мс), а в группе сравнения – лишь на 7,4% (с $43,64 \pm 25,16$ мс до $47,12 \pm 3,42$ мс), $p < 0,05$.

При анализе частотных показателей ВСП также были выявлены значительные различия в терапевтических группах сравнения. Так, показатель общей мощности спектра (TP) в основной группе повысился на 26,9% (с

2672,94±235,17 мс² до 3656,17±265,46 мс²), а в группе сравнения – на 1,4% (с 2672,94±235,17 мс² до 2710,30±485,93 мс²), $p<0,05$.

Уровень VLF-волн в основной группе снизился на 39,1% (с 759,20±61,20 мс² до 462,46±155,98 мс²), а в группе сравнения – лишь на 8,6% (с 759,20±61,20 мс² до 693,80±127,46 мс²), $p<0,001$.

Показатель HF повысился на 33,3% в основной группе (с 597,50±119,38 мс до 895,23±147,51 мс), в группе сравнения повысился на 5,6% (с 597,50±119,38 мс до 633,22±242,85 мс), $p<0,05$.

Показатель LF в основной группе снизился на 33,7% (с 1712,03±72,07 мс² до 1133,41±341,8 мс²), в группе сравнения снизился на 0,8% (с 1712,03±72,07 мс² до 1698,31±747,03 мс²), $p<0,05$.

Показатель LF/HF в основной группе снизился на 37,2% - с 2,39±0,16% до 1,5±0,19%, в группе сравнения снизился на 7,9% - с 2,39±0,16% до 2,20±0,45% ($p<0,001$).

Показатель TP в основной группе повысился на 26,8% - с 2672,94±235,17 мс² до 3656,17±265,46 мс², в группе сравнения повысился на 1,4% - с 2672,94±235,17 мс² до 2710,30±485,93 мс² ($p<0,05$).

Таблица 6.7

Динамика показателей variability сердечного ритма в группах сравнения

Показатель	До лечения	После		Контрольная, n=30
	Больные АлД, n=70	Основная, n=40	Сравнения, n=30	
SDNN, мс	50,61±2,24	62,13±4,30	53,17±7,59	62,19±21,32
RMSSD, мс	43,64±25,16	65,16±2,39	47,12±3,42	68,47±13,02
HF, мс ²	597,50±119,38	895,23±147,51	633,22±242,85	908,41±112,40
LF, мс ²	1712,03±72,07	1133,41±341,8	1698,31±747,03	1150,06±160
VLF, мс ²	759,20±61,20	462,46±155,98	693,80±127,46	474,50±53,1
LF/HF, %	2,39±0,16	1,5±0,19	2,20±0,45	1,61±0,33
TP, мс ²	2672,94±235,17	3656,17±265,46	2710,30±485,93	3939±387,5

При анализе вегетативного тонуса по индексу Кердо установлено, что в основной группе у 95 (73,1%) больных ВТ стал нормотоническим, в группе сравнения – у 5 (14,7%). Ваготонический ВТ был у 19 (14,6%) больных основной группы и у 11 (32,3%) – в группе сравнения. Симпатикотонический ВТ в основной группе был у 16 (12,3%) больных и у 18 (52,9%) – в группе сравнения (табл. 6.8).

Таблица 6.8

Вегетативный тонус после лечения в группах сравнения, по вегетативному индексу Кердо (количество больных абс.%)

Индекс Кердо/ Группы	Нормотония (-10 до +10)	Ваготония (+10 и более)	Симпатикотония (-10 и менее)	Всего
Основная	95/73,1	19/14,6	16/12,3	130
Сравнения	5/14,7	11/32,3	18/52,9	34

При оценке ВТ с помощью ВСР показателя LF/HF после лечения отмечено, что у 59 (84,3%) больных в основной группе он стал нормотоническим, в группе сравнения – у 8 (26,7%). Симпатикотонический тип ВТ в основной группе был у 6 (8,6%) больных, в группе сравнения – у 19 (63,3%) больных.

Ваготонический тип ВТ в основной группе был у 5 (7,1%), в группе сравнения – 3 (10,0%) больных (табл. 6.9).

Таблица 6.9

Вегетативный тонус в группах сравнения по показателю ВСР (отношение LF/HF)

Показатель/группы	Ваготоники (LF/HF до 0,5)	Нормотоники (LF/HF от 0,51 до 2,0)	Симпатикотоники (LF/HF более 2,01)
Основная, n=70	5/7,1	59/84,3	6/8,6
Сравнения, n=30	3/10,0	8/26,7	19/63,3

Динамика показателей психопатологической симптоматики также подтвердила эффективность лечения по разработанной методике (табл. 6.10-6.19).

Показатель по шкале тревожности (ANX) в основной группе снизился на 34,2% - с $0,73 \pm 0,12$ балла до $0,48 \pm 0,01$ балла, а в группе сравнения снизился на 8,2% - с $0,73 \pm 0,12$ балла до $0,67 \pm 0,07$ балла, что меньше исходного значения ($p < 0,001$).

Показатель соматизации (SOM) после лечения у больных основной группы снизился на 21,1% - с $0,71 \pm 0,04$ балла до $0,56 \pm 0,02$ балла, а в группе сравнения снизился лишь на 4,2% - с $0,71 \pm 0,04$ балла до $0,68 \pm 0,09$ балла, ($p < 0,001$).

Показатель межличностной сенситивности (INT) в основной группе снизился на 18,3% - с $0,82 \pm 0,04$ балла до $0,67 \pm 0,03$ балла, а в группе сравнения снизился на 6,1% - с $0,82 \pm 0,04$ до $0,77 \pm 0,08$ балла ($p < 0,01$).

Показатель депрессии (DEP) в основной группе снизился на 19,7% - с $0,76 \pm 0,09$ балла до $0,61 \pm 0,03$ балла, а в группе сравнения снизился на 3,9% - с $0,76 \pm 0,09$ балла до $0,73 \pm 0,12$ балла, ($p < 0,05$).

Показатель фобической тревожности (PHOB) в основной группе снизился на 45,6% - с $0,46 \pm 0,09$ балла до $0,25 \pm 0,02$ балла, а в группе сравнения снизился на 10,8% - с $0,46 \pm 0,09$ балла до $0,41 \pm 0,09$ балла, $p < 0,05$.

Показатель психотизма (PSY) в основной группе снизился на 14,3% - с $0,35 \pm 0,07$ балла до $0,30 \pm 0,01$ балла, $p < 0,05$, а в группе сравнения – на 2,8% (с $0,35 \pm 0,07$ балла до $0,34 \pm 0,05$ балла, $p = 0,03$).

Общий индекс тяжести симптомов (GSI) в основной группе уменьшился на 36,1% - с $0,83 \pm 0,17$ балла до $0,53 \pm 0,02$ балла, в группе сравнения уменьшился на 8,4% - с $0,83 \pm 0,17$ балла до $0,76 \pm 0,07$ балла, $p = 0,02$.

Индекс PST в основной группе уменьшился на 17,4% - с $41,4 \pm 3,23$ до $34,2 \pm 1,02$, в группе сравнения на 1,9% (с $41,4 \pm 3,23$ балла до $40,6 \pm 2,13$ балла, $p < 0,05$).

Индекс симптоматического дистресса (PSDI) в основной группе снизился на 10,6% - с $1,32 \pm 0,08$ балла до $1,18 \pm 0,02$ балла, в группе сравнения на 2,3% - с $1,32 \pm 0,08$ балла до $1,29 \pm 0,11$ балла ($p < 0,001$).

Менее выраженными, но присутствующими во всех терапевтических группах, были изменения и по другим показателям. Так, показатель враждебности (HOS) в основной группе снизился на 4,8% - с $0,63 \pm 0,08$ балла до $0,60 \pm 0,03$ балла, в группе сравнения на 1,5% (с $0,63 \pm 0,08$ балла до $0,62 \pm 0,07$ балла, $p=0,95$).

Показатель обсессивности-компульсивности (OC) после лечения в основной группе снизился на 2,6% (с $0,77 \pm 0,09$ балла до $0,75 \pm 0,02$ балла), в группе сравнения – на 1,3% (с $0,77 \pm 0,09$ балла до $0,76 \pm 0,10$ балла, $p=0,85$). Показатель паранойяльной тенденции (PAR) в основной группе снизился на 5,3% - с $0,57 \pm 0,12$ балла до $0,54 \pm 0,02$ балла, а в группе сравнения – на 1,7% (с $0,57 \pm 0,12$ балла до $0,56 \pm 0,08$ балла, $p=0,51$).

Таблица 6.10

**Динамика показателей психопатологической симптоматики
в группах сравнения после лечения ($M \pm m$; Me; Min – Max)**

Показатель/группы	До лечения n=134	После лечения		Нормативные показатели
		Основная, n=130	Сравнения, n=34	
Соматизация (SOM)	$0,71 \pm 0,04$ Me=0,69 (0,16-2,3)	$0,56 \pm 0,02$ Me= 0,45 (0,08-0,94)	$0,68 \pm 0,09$ Me=0,63 (0,00-1,25)	$0,44 \pm 0,03$
Обсессивность - компульсивность (OC)	$0,77 \pm 0,09$ Me=0,75 (0,10-2,00)	$0,75 \pm 0,02$ Me=0,75 (0,00-1,03)	$0,76 \pm 0,10$ Me=0,76 (0,00-2,40)	$0,75 \pm 0,04$
Межличностная сенситивность (INT)	$0,82 \pm 0,04$ Me=0,77 (0,11-2,33)	$0,67 \pm 0,03$ Me=0,60 (0,20-0,86)	$0,77 \pm 0,08$ Me=0,75 (0,11-2,33)	$0,66 \pm 0,03$
Депрессия (DEP)	$0,76 \pm 0,09$ Me=0,69 (0,00-5,70)	$0,61 \pm 0,03$ Me=0,61 (0,10-1,03)	$0,73 \pm 0,12$ Me=0,71 (0,00-3,23)	$0,62 \pm 0,04$
Тревожность (ANX)	$0,73 \pm 0,12$ Me=0,50 (0,10-2,9)	$0,48 \pm 0,01$ Me=0,46 (0,00-1,00)	$0,67 \pm 0,07$ Me=0,59 (0,00-1,70)	$0,47 \pm 0,03$
Враждебность (HOS)	$0,63 \pm 0,08$ Me=0,58 (0,00-2,80)	$0,60 \pm 0,03$ Me=0,59 (0,00-1,20)	$0,62 \pm 0,07$ Me=0,60 (0,00-1,33)	$0,60 \pm 0,04$
Фобическая тревожность (PHOV)	$0,46 \pm 0,09$ Me=0,35 (0,00-2,14)	$0,25 \pm 0,02$ Me=0,23 (0,00-1,16)	$0,41 \pm 0,09$ Me=0,36 (0,00-2,28)	$0,18 \pm 0,02$

Продолжение таблицы 6.10

Паранойяльные тенденции (PAR)	0,57±0,12 Me=0,52 (0,00-1,50)	0,54±0,02 Me=0,53 (0,00-0,66)	0,56±0,08 Me=0,55 (0,00-1,66)	0,54±0,04
Психотизм (PSY)	0,35±0,07 Me=0,30 (0,00-1,40)	0,30±0,01 Me=0,30 (0,00-1,20)	0,34 ±0,05 Me=0,33 (0,00-1,80)	0,30±0,03
Общий индекс тяжести симптомов (GSI)	0,83±0,17 Me=0,61 (0,07-20,00)	0,53±0,02 Me=0,52 (0,15-2,10)	0,76 ±0,07 Me=0,69 (0,04-2,16)	0,51±0,02
Индекс общего числа утвердительных ответов (PST)	41,4±3,23 Me=42,5 (7,0-81,0)	34,2±1,02 Me=0,30 (10,0-61,0)	40,6 ±2,13 Me=0,36 (8,0-64,0)	21,39±2,02
Индекс симптоматического дистресса (PSDI)	1,32±0,08 Me=1,3 (0,03-2,24)	1,18±0,02 Me=1,16 (0,05-2,20)	1,29±0,11 Me=1,26 (0,01-3,46)	1,17±0,05

При анализе показателей опросника САН выявлены следующие изменения (табл. 6.11): показатель самочувствие в основной группе повысился на 21,8% - с 4,3±0,05 балла до 5,5±0,05 балла, в группе сравнения – лишь на 6,5% (с 4,3±0,05 балла до 4,6±0,09 балла, $p<0,001$); показатель активность в основной группе повысился на 16,7% - с 4,5±0,04 балла до 5,4±0,06 балла, в группе сравнения - на 2,2% (с 4,5±0,04 балла до 4,6±0,08, $p<0,001$); показатель настроения в основной группе повысился на 20% - с 4,4±0,06 балла до 5,5±0,06 балла, в группе сравнения - на 6,4% (с 4,4±0,06 балла до 4,7±0,11, $p<0,001$).

Таблица 6.11

Динамика показателей опросника САН в группах сравнения, до и после лечения ($M \pm m$; Me; Min – Max)

Показатель/Группы	До лечения, n=127	После лечения	
		Основная группа, n=97	Группа сравнения, n=30
Самочувствие	4,3±0,05 Me=4,3 (2,5-5,7)	5,5±0,05 Me=5,1 (4,0-6,5)	4,6±0,09 Me=4,6 (3,5-5,9)
Активность	4,5±0,04 Me=4,5 (3,3-5,5)	5,4±0,06 Me=5,1 (4,1-6,0)	4,6±0,08 Me=4,6 (4,0-5,6)
Настроение	4,4±0,06 Me=4,4 (2,6-5,8)	5,5±0,06 Me=5,4 (4,0-6,7)	4,7±0,11 Me=4,6 (3,8-5,8)

Также проведен анализ количества больных АД в зависимости от результатов ответов по опроснику САН. Выявлено, что в основной группе по показателю самочувствие (до 4 баллов) свое состояние оценивали 8 (8,3%) больных - как неблагоприятное, в группе сравнения – 14 (46,7%) больных; 28 (28,9%) больных в основной группе – как минимально допустимый уровень (4-5 баллов) и 9 (30%) больных в группе сравнения; 61 (62,9%) больных в основной группе - как благоприятное (более 5 баллов) и лишь 7 (23,3%) больных - в группе сравнения (табл. 6.12).

Таблица 6.12

**Количество больных АД в зависимости от ответов по опроснику САН
в терапевтических группах (абс/%)**

Показатели/ группы	Основ- ная, n=97	Сравнени я, n=30	Основ- ная, n=97	Сравне- ния, n=30	Основ- ная, n=97	Сравне- ния, n=30
Баллы	До 4 баллов		4-5 баллов		Более 5	
Самочувствие	8/8,3	14/46,7	28/28,9	9/30,0	61/62,9	7/23,3
Активность	3/3,1	10/33,3	27/27,8	14/46,7	67/69,1	6/20,0
Настроение	2/2,1	7/23,3	25/27,8	15/50,0	70/72,2	8/26,7

По показателю активность отмечено, что 3 (3,1%) больных в основной группе оценивали свое состояние как неблагоприятное, в группе сравнения таких больных было 10 (33,3%); 27 (27,8%) больных в основной группе и 14 (46,7%) больных в группе сравнения оценивали свое состояние как минимально допустимый уровень. 67 (69,1%) больных основной группы оценивали свое состояние как благоприятное (4-5 баллов), в группе сравнения – лишь 6 (20,0%) больных.

При анализе ответов по показателю настроение отмечено, что 2 (2,1%) больных в основной группе расценили свое состояние как неблагоприятное, в группе сравнения – 7 (23,3%). 25 (27,8%) больных в основной группе оценивали свое состояние как минимально допустимый уровень (4-5 баллов) и 15 (50,0%)

больных – в группе сравнения. 70 (72,2%) больных основной группы и 8 (26,7%) больных в группе сравнения расценивали свое состояние как благоприятное.

При анализе динамики показателя опросника ШУДЖ после лечения отмечено, что в основной группе он повысился на 24,9% (с $21,4 \pm 0,5$ балла до $28,5 \pm 0,4$ балла), в группе сравнения на 7,7% (с $21,4 \pm 0,5$ балла до $23,2 \pm 0,7$ балла) ($p < 0,001$) (табл. 6.13).

Таблица 6.13

Динамика показателей опросника ШУДЖ в группах сравнениях до и после лечения ($M \pm m$; Me; Min – Max)

Показатель/ Группы	До лечения n= 114	После лечения	
		Основная группа, n= 83	Группа сравнения, n= 31
Шкала	$21,4 \pm 0,5$	$28,5 \pm 0,4$	$23,2 \pm 0,7$
удовлетворенности	Me=22,0	Me=29,0	Me=26,0
жизни, баллы	(11,0-28,0)	(18,0-33,0)	(14,0-29,0)

При анализе этого же показателя по количеству больных установлено, что 7 (22,5%) больных в группе сравнения оценивали свое качество жизни как неудовлетворительное (5-15 баллов), в основной группе таких больных не было. Как среднее состояние качества жизни (15-25 баллов) оценивали свое состояние в основной группе 21 (25,3%) больных, в группе сравнения - 14 (45,2%) больных. 62 (74,7%) больных основной группы оценивали свое качество жизни как высокое (25-35 баллов) и лишь 10 (32,3%) больных - в группе сравнения (табл. 6.14).

Таблица 6.14

Количество больных в группах сравнения в зависимости от ответов по показателям шкалы ШУДЖ (абс./%).

Показатель/ баллы	От 5 до 15 баллов		16-25 баллов		26-35 баллов	
группы	Основна я, n= 83	Сравни я, n= 31	Основна я, n= 83	Сравни я, n= 31	Основна я, n= 83	Сравни я, n= 31
Шкала удовлетворенно сти жизнью	-	7/22,5	21/25,3	14/45,2	62/74,7	10/32,3

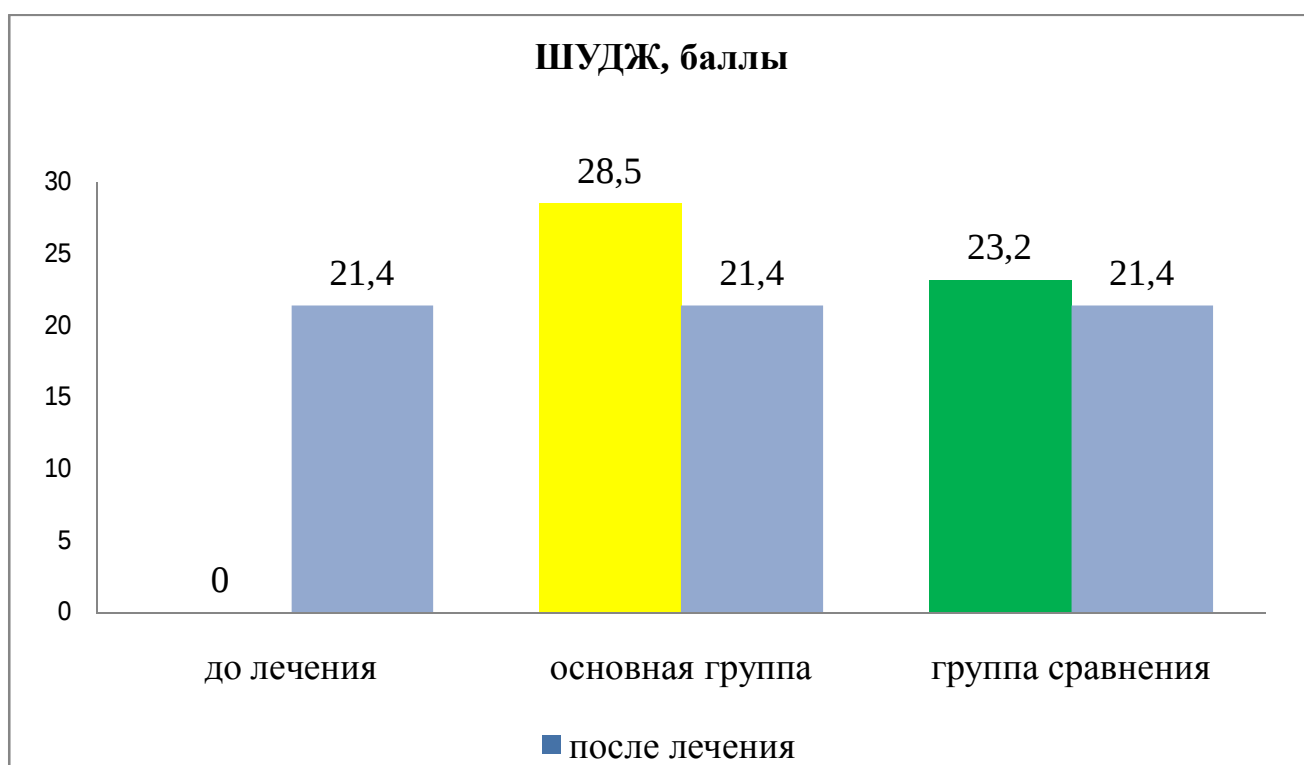


Рисунок 6.1. Показатели опросника ШУДЖ до и после лечения

При анализе результатов лечения по опроснику HADS в группах сравнения выявлено, что в основной группе показатель по шкале тревоги снизился на 61,2% (с $8,5 \pm 0,3$ балла до $3,3 \pm 0,2$ балла), в группе сравнения - на 10,6% (с $8,5 \pm 0,3$ балла до $7,6 \pm 0,4$ балла), $p < 0,01$ (табл. 6.15).

Показатель по шкале депрессии в основной группе снизился на 65,4% (с $8,7 \pm 0,3$ балла до $3,01 \pm 0,1$ балла), в группе сравнения - на 16% (с $8,7 \pm 0,3$ балла до $7,3 \pm 0,4$ балла), $p < 0,05$.

Таблица 6.15

Показатели по опроснику HADS в группах сравнения, до и после лечения
($M \pm m$; Me; Min – Max)

Показатель/ группы	До лечения n= 114	После лечения	
		Основная, n= 83	Сравнения, n= 31
Шкала тревоги, баллы	$8,5 \pm 0,3$ Me=8,3 (2-19)	$3,3 \pm 0,2$ Me=3,0 (0-9)	$7,6 \pm 0,4$ Me=7,3 (2-16)
Шкала депрессии, баллы	$8,7 \pm 0,3$ Me=8,2 (1-14)	$3,01 \pm 0,1$ Me=3,1 (0-8)	$7,3 \pm 0,4$ Me=7,2 (0-13)

Примечание: * – уровень статистической значимости различий между группами $p < 0,05$.

При анализе количества больных по опроснику HADS выявлено, что в группе сравнения у 12 (38,7%) больных сохранялась клинически выраженная тревога (11 и более баллов), в основной группе таких больных не было. Субклинически выраженная тревога (8-10 баллов) 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 было отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги (0-7 баллов), в группе сравнения – у 6 (19,4%) больных (табл. 6.16).

При анализе количества больных по шкале депрессии у 15 (32,3%) больных в группе сравнения обнаружена клинически выраженная депрессия (11 и более баллов), в основной группе таких больных не было. У 11 (13,3%) больных в

основной группе была выявлена субклинически выраженная депрессия (8-10 баллов), в группе сравнения – у 14 (45,2%). Отсутствие достоверно выраженных симптомов депрессии (0-7 баллов) в основной группе было у 72 (86,7%) больных, в группе сравнения – у 7 (22,6%) больных (табл. 6.16).

Таблица 6.16

**Количество больных АлД в зависимости от ответов по показателям
опросника HADS (абс./%)**

Баллы	0-7 баллов		8-10 баллов		11 и более баллов	
Группы	Основная n= 83	Сравнения n= 31	Основная n= 83	Сравнения n= 31	Основная n= 83	Сравнения n= 31
Шкала тревоги	71/85,5	6/19,4	12/14,5	13/41,9	-	12/38,7
Шкала депрессии	72/86,7	7/22,6	11/13,3	14/45,2	-	15/32,3

Анализ результатов опросника Спилбергера - Ханина после лечения выявил значительное снижение уровня ситуативной тревоги, что расценивается как показатель уменьшения психоэмоционального напряжения у больных АлД. Также отмечено, что после лечения достоверно снизился уровень личностной тревожности, что свидетельствует об уменьшении тревожно-фобических, тревожно-депрессивных расстройств у больных (табл. 6.17).

Средний уровень ситуативной тревожности в основной группе снизился на 24,7% (с $46,6 \pm 0,64$ балла до $35,1 \pm 0,7$ балла, $p < 0,05$), в то время как в группе сравнения - на 2,6% (с $46,6 \pm 0,64$ балла до $45,4 \pm 1,6$ балла, $p = 0,52$).

Уровень личностной тревожности в основной группе снизился на 21,4% (с $46,8 \pm 0,65$ балла до $36,8 \pm 0,8$ балла, $p < 0,05$), в группе сравнения - на 4,3% (с $46,8 \pm 0,65$ балла до $44,8 \pm 1,4$ балла, $p = 0,26$).

Таблица 6.17

**Показатели по тесту Спилбергера-Ханина в группах сравнения, до и после
лечения ($M \pm m$; Me; Min – Max)**

Показатель/ группы сравнения	До лечения n= 114	После лечения	
		Основная группа, n= 83	Группа сравнения, n= 31
Шкала ситуативной тревожности, баллы	46,6 $\pm$ 0,64 Me=46,3 (12-69)	35,1 $\pm$ 0,7 Me=36 (12-38)	45,4 $\pm$ 1,6 Me=44,8 (21-51)
Шкала личностной тревожности, баллы	46,8 $\pm$ 0,65 Me=45,9 (14-68)	36,8 $\pm$ 0,8 Me=38 (14-42)	44,8 $\pm$ 1,4 Me=42,3 (21-57)

При сопоставлении этих показателей с количеством обследуемых больных выявлено, что высокий уровень ситуативной тревожности (45 и более баллов) в группе сравнения был у 20 (64,5%) больных, в основной группе – лишь у 5 (6,0%) больных; высокий уровень личностной тревожности в группе сравнения был у 23 (74,2%) больных, в основной группе – лишь у 4 (4,8%) больных (табл. 6.18).

Умеренная ситуативная тревожность (31-44 балла) в группе сравнения была у 10 (32,3%) больных, в основной группе – у 52 (62,7%) больных. Умеренная личностная тревожность основной группе была у 49 (59,0%) больных, в группе сравнения – у 6 (19,3%) больных.

Низкий уровень ситуативной тревожности (до 30 баллов) был у 26 (31,3%) больных в основной группе и у 1 (3,2%) больного – в группе сравнения. Низкий уровень личностной тревожности был у 30 (36,1%) больных в основной группе и у 2 (6,5%) больных – в группе сравнения.

Таблица 6.18

Количество больных в группах сравнения в зависимости от ответов по показателям теста Спилбергера-Ханина (абс./%)

баллы	До 30 баллов		31-44 балла		45 и более баллов	
Показатели/ группы	Основная	Сравнения	Основная	Сравнения	Основная	Сравнения
ШСТ	26/31,3	1/3,2	52/62,7	10/32,3	5/6,0	20/64,5
ШЛТ	30/36,1	2/6,5	49/59,0	6/19,3	4/4,8	23/74,2

После лечения в основной группе значительно уменьшился уровень вегетативной дисфункции, оцененной по опроснику А.М. Вейна. Средние значение в основной группе снизились на 49,5% – с $28,9 \pm 0,91$ балла до $14,6 \pm 1,18$ балла, в то время как в группе сравнения на 11,1% – с $28,9 \pm 0,91$ балла до $25,7 \pm 0,62$ балла ($p < 0,05$) (табл. 6.19).

Таблица 6.19

**Оценка вегетативного статуса больных АлД по опроснику А.М.Вейна
($M \pm m$; Me; Min – Max)**

Показатель/ группы сравнения	До лечения n=114	После лечения	
		Основная группа, n= 83	Группа сравнения, n= 31
Баллы	$28,9 \pm 0,91$ Me=19 (3-48)	$14,6 \pm 1,18$ Me=13 (3-18)	$25,7 \pm 0,62$ Me=23 (16-32)

При сравнении анализа выраженности психопатологической симптоматики в группах сравнения, в зависимости от вида АлД отмечена неодинаковая степень изменений изучаемых параметров (табл.6.20).

Так, показатель соматизации (SOM) в основной группе у больных АД снизился на 30,5% (с $0,82 \pm 0,07$ балла до $0,57 \pm 0,04$ балла), в группе сравнения – на 2,4% (с $0,82 \pm 0,07$ балла до $0,80 \pm 0,31$), $p < 0,05$. У больных АлКД этот показатель снизился в основной группе на 31,8% (с $0,66 \pm 0,08$ балла до $0,45 \pm 0,06$ балла), в группе сравнения – на 7,6% (с $0,66 \pm 0,08$ балла до $0,61 \pm 0,25$ балла), $p < 0,05$; у больных экземой снизился на 25,6% (с $0,78 \pm 0,07$ балла до $0,58 \pm 0,34$ балла), в группе сравнения – на 1,3 % (с $0,78 \pm 0,07$ балла до $0,77 \pm 0,06$), $p < 0,05$; у больных крапивницей снизился на 40,8% (с $0,76 \pm 0,09$ балла до $0,45 \pm 0,12$ балла), в группе сравнения – на 5,3 % (с $0,76 \pm 0,09$ балла до $0,72 \pm 0,24$ балла), $p < 0,05$.

Показатель обсессивности-компульсивности (ОС) в основной группе у больных АД снизился на 11% (с $0,82 \pm 0,06$ балла до $0,73 \pm 0,06$ балла), в группе сравнения – на 3,7% (с $0,82 \pm 0,06$ балла до $0,79 \pm 0,28$ балла), $p < 0,05$; у больных экземой в основной группе снизился на 22,2% (с $0,81 \pm 0,07$ балла до $0,63 \pm 0,07$ балла), в группе сравнения – на 1,2% (с $0,81 \pm 0,07$ балла до $0,80 \pm 0,15$ балла), $p < 0,05$; у больных крапивницей в основной группе снизился на 3,4% (с $0,59 \pm 0,09$ балла до $0,57 \pm 1,91$ балла), в группе сравнения – на 1,7% (с $0,59 \pm 0,09$ балла до $0,58 \pm 0,25$ балла), $p < 0,05$; у больных АлКД в обеих группах до и после лечения не изменился: в основной группе $0,74 \pm 0,09$ балла и $0,74 \pm 0,04$ балла, соответственно; в группе сравнения $-0,74 \pm 0,09$ балла и $0,74 \pm 0,14$ балла, соответственно, $p = 0,65$.

Показатель межличностной сенситивности (INT) в основной группе у больных АД снизился на 17,3% (с $0,81 \pm 0,06$ балла до $0,67 \pm 0,04$ балла), в группе сравнения – на 3,7% (с $0,81 \pm 0,06$ балла до $0,78 \pm 0,15$ балла), $p < 0,05$; у больных экземой в основной группе снизился на 25,6% (с $0,78 \pm 0,07$ балла до $0,58 \pm 0,04$ балла), в группе сравнения – на 11,5% (с $0,78 \pm 0,07$ балла до $0,69 \pm 0,17$ балла), $p < 0,05$; у больных крапивницей в основной группе снизился на 6,8% (с $0,59 \pm 0,07$ балла до $0,55 \pm 0,06$ балла), в группе сравнения – на 1,7% (с $0,59 \pm 0,07$ балла до $0,58 \pm 0,23$ балла), $p < 0,05$; у больных АлКД в основной группе снизился на 5,8% (с $0,69 \pm 0,07$ балла до $0,65 \pm 0,09$ балла), в группе сравнения – на 1,4% (с $0,69 \pm 0,07$ балла до $0,68 \pm 0,15$ балла), $p < 0,05$.

Показатель депрессии (DEP) изменился в разной степени выраженности, по сравнению с нормативным значением ($0,62 \pm 0,04$ балла). Так в основной группе у больных АД снизился на 19,5% (с $0,77 \pm 0,11$ балла до $0,62 \pm 0,04$ балла), в группе сравнения – на 2,6% (с $0,77 \pm 0,11$ балла до $0,75 \pm 0,43$ балла), $p < 0,05$; у больных экземой в основной группе снизился на 5,6% (с $0,72 \pm 0,08$ балла до $0,68 \pm 0,05$ балла), в группе сравнения – на 1,4% (с $0,72 \pm 0,08$ балла до $0,71 \pm 0,25$ балла), $p < 0,05$; у больных крапивницей в основной группе снизился на 3,3% (с $0,60 \pm 0,11$ балла до $0,58 \pm 0,07$ балла), в группе сравнения повысился на 7,7 % (с $0,60 \pm 0,11$ балла до $0,65 \pm 0,24$ балла), $p < 0,05$; у больных АлКД в основной группе снизился на 3,4% (с $0,59 \pm 0,07$ балла до $0,57 \pm 0,13$ балла), в группе сравнения – на 1,7% (с $0,59 \pm 0,07$ балла до $0,58 \pm 0,21$ балла), $p < 0,05$.

Показатель тревожности (ANX) в основной группе у больных АД снизился на 24,7% (с $0,77 \pm 0,08$ балла до $0,58 \pm 0,03$ балла), в группе сравнения – на 2,6% (с $0,77 \pm 0,08$ балла до $0,75 \pm 0,19$ балла), $p < 0,05$; у больных экземой в основной группе снизился на 35,2% (с $0,74 \pm 0,08$ балла до $0,48 \pm 0,04$ балла), в группе сравнения – на 2,7% (с $0,74 \pm 0,08$ балла до $0,72 \pm 0,15$ балла), $p < 0,05$; у больных крапивницей в основной группе снизился на 14% (с $0,57 \pm 0,13$ балла до $0,49 \pm 0,06$ балла), в группе сравнения – на 1,8% (с $0,57 \pm 0,13$ балла до $0,56 \pm 0,19$ балла), $p < 0,05$; у больных АлКД в основной группе снизился на 11,8% (с $0,51 \pm 0,06$ балла до $0,45 \pm 0,04$ балла), в группе сравнения – на 5,6% (с $0,51 \pm 0,06$ балла до $0,48 \pm 0,24$ балла), $p < 0,05$.

Особый интерес представлял анализ показателя фобической тревожности (РНОВ), который менялся в разной степени выраженности, по сравнению с нормативным значением ($0,18 \pm 0,02$ балла). Так, в основной группе у больных АД он снизился на 51,1% (с $0,45 \pm 0,06$ балла до $0,22 \pm 0,03$ балла), в группе сравнения – на 4,4% (с $0,45 \pm 0,06$ балла до $0,43 \pm 0,37$ балла), $p < 0,05$; у больных экземой в основной группе снизился на 34,1% (с $0,41 \pm 0,06$ балла до $0,27 \pm 0,03$ балла), в группе сравнения – на 2,3% (с $0,41 \pm 0,06$ балла до $0,40 \pm 0,19$ балла), $p < 0,05$; у больных крапивницей в основной группе снизился на 36,1% (с $0,36 \pm 0,15$ балла до $0,23 \pm 0,05$ балла), в группе сравнения – на 5,5% (с $0,36 \pm 0,15$ балла до $0,34 \pm 0,09$

балла), $p < 0,05$; у больных АлКД в основной группе снизился на 40,6% (с $0,32 \pm 0,05$ балла до $0,19 \pm 0,09$ балла), в группе сравнения – на 6,3% (с $0,32 \pm 0,05$ балла до $0,30 \pm 0,10$ балла), $p < 0,05$.

Показатель враждебности (HOS) в основной группе у больных АД повысился на 10% (с $0,54 \pm 0,05$ балла до $0,60 \pm 0,06$ балла), в группе сравнения – на 1,8% (с $0,54 \pm 0,05$ балла до $0,55 \pm 0,20$ балла), $p < 0,05$; у больных экземой в основной группе повысился на 6,7% (с $0,56 \pm 0,05$ балла до $0,60 \pm 0,04$ балла), в группе сравнения – на 1,8% (с $0,56 \pm 0,05$ балла до $0,57 \pm 0,13$ балла), $p < 0,05$; у больных крапивницей в основной группе повысился на 4,9% (с $0,58 \pm 0,08$ балла до $0,61 \pm 0,16$ балла), в группе сравнения – на 3,4% (с $0,58 \pm 0,08$ балла до $0,56 \pm 0,28$ балла), $p < 0,05$; у больных АлКД в основной группе повысился на 18,6% (с $0,48 \pm 0,06$ балла до $0,59 \pm 0,05$ балла), в группе сравнения – на 4% (с $0,48 \pm 0,06$ балла до $0,50 \pm 0,19$ балла), $p < 0,05$.

Показатель паранойяльные тенденции (PAR) в основной группе у больных АД снизился на 12,7% (с $0,55 \pm 0,06$ балла до $0,48 \pm 0,04$ балла), в группе сравнения повысился – на 20,3% (с $0,55 \pm 0,06$ балла до $0,69 \pm 0,25$ балла), $p < 0,05$; у больных экземой в основной группе снизился на 18,9% (с $0,58 \pm 0,07$ балла до $0,47 \pm 0,05$ балла), в группе сравнения – на 1,7% (с $0,58 \pm 0,07$ балла до $0,57 \pm 0,16$ балла), $p < 0,05$; у больных крапивницей в основной группе повысился на 4% (с $0,48 \pm 0,08$ балла до $0,50 \pm 0,06$ балла), в группе сравнения – на 12,7% (с $0,48 \pm 0,08$ балла до $0,55 \pm 0,24$ балла), $p < 0,05$; у больных АлКД в основной группе снизился на 1,8% (с $0,55 \pm 0,44$ балла до $0,54 \pm 0,07$ балла), в группе сравнения повысился на 3,5% (с $0,55 \pm 0,44$ балла до $0,57 \pm 0,10$ балла), $p < 0,05$.

Показатель PSY в наших наблюдениях варьировал, в сравнении с нормативными значениями ($0,30 \pm 0,03$ балла), в основной группе у больных АД повысился на 3,1% (с $0,31 \pm 0,04$ балла до $0,32 \pm 0,02$ балла), в группе сравнения – на 13,9% (с $0,31 \pm 0,04$ балла до $0,36 \pm 0,24$ балла), $p < 0,05$. У больных экземой в основной группе снизился на 8,3% (с $0,36 \pm 0,05$ балла до $0,33 \pm 0,02$ балла), в группе сравнения остался без изменений ($0,36 \pm 0,05$ балла и $0,36 \pm 0,14$ балла), $p < 0,05$. У больных крапивницей в основной группе повысился на 17,2% (с

0,24±0,05 балла до 0,29±0,03 балла), в группе сравнения – на 35,1% (с 0,24±0,05 балла до 0,37±0,16 балла), $p<0,05$. У больных АлКД в основной группе повысился на 19,3% (с 0,25±0,04 балла до 0,31±0,07 балла), в группе сравнения – на 26,4% (с 0,25±0,04 балла до 0,34±0,08 балла), $p<0,05$.

Общий индекс тяжести симптомов (GSI) изменился в разной степени выраженности, по сравнению с нормативным значением (0,51±0,02 балла). Так, в основной группе у больных АД снизился на 40,8% (с 0,93±0,31 балла до 0,55±0,03 балла), в группе сравнения – на 10,7% (с 0,93±0,31 балла до 0,83±0,27 балла), $p<0,05$; у больных экземой в основной группе снизился на 18,7% (с 0,64±0,06 балла до 0,52±0,03 балла), в группе сравнения – на 3,1% (с 0,64±0,06 балла до 0,62±0,13 балла), $p<0,05$; у больных крапивницей в основной группе снизился на 62,1% (с 1,48±0,92 балла до 0,56±0,04 балла), в группе сравнения – на 40,5% (с 1,48±0,92 балла до 0,88±0,24 балла), $p<0,05$; у больных АлКД в основной группе снизился на 1,9% (с 0,52±0,04 балла до 0,51±0,08 балла), в группе сравнения до и после лечения не изменился: 0,52±0,04 балла и 0,52±0,02 балла, соответственно, $p<0,05$.

Показатель позитивного симптоматического индекса (PSI) в основной группе у больных АД снизился на 26,1% (с 38,7±2,01 балла до 28,6±1,47 балла), в группе сравнения – на 1,5% (с 38,7±2,01 балла до 38,1±5,48 балла), $p<0,05$; у больных экземой в основной группе снизился на 31,7% (с 41,3±2,4 балла до 28,2±2,20 балла), в группе сравнения – на 1,4% (с 41,3±2,4 балла до 40,7±2,14 балла), $p<0,05$; у больных крапивницей в основной группе снизился на 23,1% (с 36,3±3,9 балла до 27,9±2,42 балла), в группе сравнения – на 5,5% (с 36,3±3,9 балла до 34,3±10,7 балла), $p<0,05$; у больных АлКД в основной группе снизился на 28,1% (с 37,4±2,7 балла до 26,9±1,64 балла), в группе сравнения – на 2,8% (с 37,4±2,7 балла до 36,4±9,17 балла), $p<0,05$.

Показатель симптоматического дистресса (PSDI) в основной группе у больных АД снизился на 10,5% (с 1,33±0,06 балла до 1,19±0,04 балла), в группе сравнения – на 3,7% (с 1,33±0,06 балла до 1,28±0,35 балла), $p<0,05$; у больных экземой в основной группе снизился на 12,2% (с 1,31±0,07 балла до 1,15±0,04

балла), в группе сравнения –на 1,5% (с $1,31 \pm 0,07$ балла до $1,29 \pm 0,20$ балла), $p < 0,05$; у больных крапивницей в основной группе снизился на 4,1% (с $1,23 \pm 0,09$ балла до $1,18 \pm 0,04$ балла), в группе сравнения –на 1,6% (с $1,23 \pm 0,09$ балла до $1,21 \pm 0,40$ балла), $p < 0,05$; у больных АлКД в основной группе снизился на 1,7% (с $1,19 \pm 0,06$ балла до $1,17 \pm 0,11$ балла), в группе сравнения повысился на 3,2% (с $1,19 \pm 0,06$ балла до $1,23 \pm 0,11$ балла), $p < 0,05$ (табл.6.20)

Таблица 6.20

Показатели выраженности психопатологической симптоматики в группах сравнениях после лечения (опросник SCL-90- R) (M± m; Me; Min – Max)

Нозологии	Экзема, n=51		Крапивница, n=21		Атопический дерматит, n=62		Аллергический контактный дерматит, n=30	
Шкалы/ группы	Основная	Сравнения	Основная	Сравнения	Основная	Сравнения	Основная	Сравнения
Соматизация (SOM)	0,58±0,34 (0,16- 0,91) Me=0,58 0,41-0,76	0,77±0,06 (0,18-2,25) Me=0,75 0,66-1,30	0,45±0,12 (0,16- 1,03) Me=0,45 0,33-0,53	0,72±0,24 (0,25-1,08) Me=0,73 0,25-1,08	0,57±0,04 (0,08- 1,33) Me=0,56 0,41-0,75	0,80±0,31 (0,00-2,25) Me=0,78 0,66-1,40	0,45±0,06 (0,23-1,50) Me=0,47 0,41-0,75	0,58±0,25 (0,16-1,50) Me=0,56 0,54-1,33
Обсессивность- компульсивность (OC)	0,63±0,07 (0,1-2,00) Me=0,51 0,32-0,80	0,80±0,15 (0,50-2,30) Me=0,70 0,60-1,02	0,57±1,91 (0,00- 3,00) Me=0,65 0,30-0,70	0,58±0,33 (0,10-1,20) Me=0,58 0,10-1,20	0,73±0,06 (0,00- 2,00) Me=0,70 0,30-0,73	0,79±0,28 (0,50-2,30) Me=0,78 0,60-1,20	0,74±0,04 (0,20-1,00) Me=0,74 0,40-0,60	0,74±0,14 (0,20-1,00) Me=0,73 0,50-0,90
Межличностная сенситивность (INT)	0,58±0,04 (0,20- 1,20) Me=0,55 0,33-0,68	0,69±0,17 (0,33-2,33) Me=0,65 0,55-1,40	0,55±0,06 (0,33- 1,40) Me=0,55 0,33-0,62	0,58±0,23 (0,11-0,87) Me=0,57 0,11-0,87	0,67±0,04 (0,20- 1,40) Me=0,57 0,33-0,72	0,78±0,15 (0,22-0,88) Me=0,73 0,22-0,88	0,65±0,09 (0,20-2,33) Me=0,64 0,33-0,66	0,68±0,15 (0,22-0,88) Me=0,67 0,22-0,88

Продолжение таблицы 6.20

Депрессия (DEP)	0,68±0,05 (0,10-1,30) Me=0,67 0,23-0,65	0,71±0,25 (0,00-3,23) Me=0,69 0,53-1,10	0,58±0,07 (0,00-1,23) Me=0,58 0,30-0,46	0,65±0,24 (0,00-0,76) Me=0,65 0,00-0,76	0,62±0,04 (0,15-1,30) Me=0,56 0,30-0,65	0,75±0,43 (0,38-3,23) Me=0,74 0,61-1,16	0,57±0,13 (0,15-1,23) Me=0,60 0,30-0,60	0,58±0,21 (0,07-2,30) Me=0,60 0,23-0,76
Тревожность (ANX)	0,48±0,04 (0,00-1,00) Me=0,40 0,21-0,60	0,72±0,15 (0,00-1,70) Me=0,80 0,60-1,10	0,49±0,06 (0,10-1,00) Me=0,30 0,20-0,46	0,56±0,19 (0,30-0,93) Me=0,80 0,30-0,90	0,58±0,03 (0,00-0,90) Me=0,35 0,30-0,49	0,75±0,19 (0,00-1,10) Me=0,81 0,10-0,93	0,45±0,04 (0,10-0,92) Me=0,43 0,20-0,50	0,48±0,24 (0,00-1,10) Me=0,46 0,00-1,00
Враждебность (HOS)	0,60±0,04 (0,00-1,33) Me=0,60 0,33-0,66	0,57±0,13 (0,00-1,20) Me=0,57 0,33-1,13	0,61±0,16 (0,16-3,00) Me=0,48 0,20-0,50	0,56±0,28 (0,00-0,83) Me=0,55 0,00-0,83	0,60±0,06 (0,00-3,00) Me=0,59 0,32-0,66	0,55±0,20 (0,00-1,16) Me=0,52 0,16-1,16	0,59±0,05 (0,16-1,16) Me=0,58 0,33-0,54	0,50±0,19 (0,00-1,00) Me=0,46 0,00-0,50

Продолжение таблицы 6.20

Фобическая тревожность (PHOV)	0,27±0,03 (0,00- 0,71) Me=0,28 0,14-0,42	0,40±0,19 (0,00- 2,28) Me=0,44 0,10-0,71	0,23±0,05 (0,00- 0,63) Me=0,23 0,14-0,37	0,34±0,09 (0,28- 0,57) Me=0,37 0,28-0,57	0,22±0,03 (0,00- 0,85) Me=0,21 0,14-0,42	0,43±0,37 (0,00- 2,28) Me=0,42 0,00-0,35	0,19±0,09 (0,00- 0,28) Me=0,20 0,14-0,40	0,30±0,10 (0,00- 0,42) Me=0,28 0,00-0,42
Паранойяльные тенденции (PAR)	0,47±0,05 (0,00- 1,16) Me=0,33 0,23-0,76	0,57±0,16 (0,00- 1,66) Me=0,60 0,33-1,30	0,50±0,06 (0,00- 1,16) Me=0,50 0,33-0,50	0,55±0,24 (0,00- 0,83) Me=0,52 0,00-0,83	0,48±0,04 (0,16- 1,16) Me=0,33 0,33-0,60	0,69±0,25 (0,16- 1,66) Me=0,98 0,52-1,66	0,54±0,07 (0,00- 1,66) Me=0,53 0,33-0,56	0,57±0,10 (0,00- 0,50) Me=0,55 0,33-0,65
Психотизм (PSY)	0,33±0,02 (0,00- 0,50) Me=0,24 0,10-0,35	0,36±0,14 (0,00- 1,80) Me=0,35 0,30-0,60	0,29±0,03 (0,00- 0,34) Me=0,20 0,10-0,30	0,37±0,16 (0,00- 0,50) Me=0,00 0,00-0,50	0,32±0,02 (0,00- 0,60) Me=0,30 0,10-0,38	0,36±0,24 (0,20- 1,80) Me=0,38 0,30-0,63	0,31±0,07 (0,00- 1,80) Me=0,30 0,10-0,40	0,34±0,08 (0,10- 0,52) Me=0,32 0,20-0,50

Продолжение таблицы 6.20

Общий индекс тяжести симптомов (GSI)	0,52±0,03 (0,15- 0,90) Me=0,45 0,35-0,79	0,62±0,13 (0,44- 2,10) Me=0,67 0,60-1,00	0,56±0,04 (0,22- 0,78) Me=0,37 0,33-0,50	0,88±0,24 (0,01- 0,79) Me=0,73 0,01-0,79	0,55±0,03 (0,15- 0,90) Me=0,45 0,33-0,66	0,83±0,27 (0,28- 2,10) Me=0,59 0,43-0,97	0,51±0,08 (0,27- 2,10) Me=0,51 0,33-0,77	0,52±0,02 (0,08- 0,71) Me=0,68 0,51-0,70
Индекс общего числа утвердительных ответов (PST)	28,2±2,20 (10-61) Me=29 28-50	40,7±2,14 (33-55) Me=49 40-52	27,9±2,42 (20-56) Me=29 27-37	34,3±10,7 (13-46) Me=44 13-46	28,6±1,47 (14-56) Me=29 27-47,5	42,1±5,48 (17-52) Me=41 30-49	26,9±1,64 (15-51) Me=35 32-43	36,4±9,17 (8-64) Me=36 30-49
Симптоматический дистресс (PSDI)	1,15±0,04 (0,54- 1,78) Me=1,03 0,96-1,17	1,29±0,20 (1,02- 3,46) Me=1,34 1,05-1,65	1,18±0,04 (0,54- 1,40) Me=1,07 1,04-1,20	1,21±0,40 (0,08- 1,32) Me=1,20 0,08-1,32	1,19±0,04 (0,01- 1,65) Me=1,16 1,96-1,12	1,28±0,35 (1,22- 3,46) Me=1,25 1,25-1,52	1,17±0,11 (0,78- 3,46) Me=1,16 1,96-1,25	1,23±0,11 (1,00- 1,62) Me=1,20 1,06-1,26

При динамике дифференцированной самооценки функционального состояния по нозологическим формам при помощи опросника САН установлено, что показатель самочувствия у больных АД повысился на 6,7% (с $4,2 \pm 0,09$ балла до $4,5 \pm 0,15$ балла) в группе сравнения, в основной группе – на 22,2% (с $4,2 \pm 0,09$ балла до $5,4 \pm 0,08$ балла), $p < 0,05$; у больных экземой показатель самочувствие в основной группе повысился на 17,3% (с $4,3 \pm 0,08$ балла до $5,2 \pm 0,09$ балла), в группе сравнения – на 6,5% (с $4,3 \pm 0,08$ балла до $4,6 \pm 0,07$ балла), $p < 0,05$; у больных крапивницей этот показатель в основной группе повысился на 13,7% (с $4,4 \pm 0,21$ балла до $5,1 \pm 0,16$ балла, $p < 0,05$), в группе сравнения остался без изменений ($4,4 \pm 0,21$ балла и $4,4 \pm 0,08$ балла, соответственно); у больных с АлКД в основной группе повысился на 13,4% (с $4,5 \pm 0,11$ балла до $5,2 \pm 0,1$ балла), в группе сравнения – на 2,2% (с $4,5 \pm 0,11$ балла до $4,6 \pm 0,3$ балла), $p < 0,05$ (табл. 6.21).

При динамике показателя активность у больных АД в группе сравнения он повысился на 8,5% (с $4,3 \pm 0,09$ балла до $4,7 \pm 0,14$ балла), в основной группе – на 18,9% (с $4,3 \pm 0,09$ балла до $5,3 \pm 0,10$ балла), $p < 0,05$; у больных экземой этот показатель в основной группе повысился на 17% (с $4,4 \pm 0,07$ балла до $5,3 \pm 0,11$ балла), в группе сравнения – на 6,4% (с $4,4 \pm 0,07$ до $4,7 \pm 0,16$ балла), $p < 0,05$; у больных крапивницей этот показатель в основной группе повысился на 15,1% (с $4,5 \pm 0,16$ балла до $5,3 \pm 0,16$ балла), в группе сравнения – на 2,2% (с $4,5 \pm 0,16$ балла до $4,6 \pm 0,18$ балла), $p < 0,05$; у больных АлКД в основной группе повысился на 13,5% (с $4,5 \pm 0,08$ балла до $5,2 \pm 0,1$ балла), в группе сравнения – на 4,3% (с $4,5 \pm 0,08$ балла до $4,7 \pm 0,3$ балла), $p < 0,05$.

Показатель настроение у больных АД в группе сравнения повысился на 4,5% (с $4,2 \pm 0,11$ балла до $4,4 \pm 0,2$ балла), в основной группе – на 23,6% (с $4,2 \pm 0,11$ балла до $5,5 \pm 0,1$ балла), $p < 0,05$; у больных экземой этот показатель в основной группе повысился на 18,9% (с $4,3 \pm 0,09$ балла до $5,3 \pm 0,1$ балла), в группе сравнения – на 6,5% (с $4,3 \pm 0,09$ до $4,6 \pm 0,14$ балла), $p < 0,05$; у больных крапивницей этот показатель в основной группе повысился на 15,1% (с $4,5 \pm 0,22$ балла до $5,3 \pm 0,13$ балла), в группе сравнения – на 4,3% (с $4,5 \pm 0,22$ балла до $4,7 \pm 0,06$ балла), $p < 0,05$; у больных АлКД в основной группе повысился на 14,8% (с

4,6±0,11 балла до 5,4±0,12 балла), в группе сравнения – на 4,2% (с 4,6±0,11 балла до 4,8± 0,3 балла), $p<0,05$.

Таблица 6.21

**Динамика показателей опросника САН в группах сравнения после лечения
($M \pm m$; Me; Min – Max)**

Показатель/ Нозологии	Самочувствие		Активность		Настроение	
	Основна я	Сравнени я	Основна я	Сравнени я	Основна я	Сравнени я
Экзема	5,2±0,09 Me=5,2 (4,0-6,5)	4,6±0,07 Me=4,6 (3,5-5,5)	5,3±0,11 Me=5,0 (4,2-5,9)	4,7±0,16 Me=4,6 (3,7-5,3)	5,3± 0,1 Me=5,4 (4,0-6,7)	4,6± 0,14 Me=4,6 (4,0-5,6)
Крапивница	5,1±0,16 Me=5,0 (4,6-6,0)	4,4±0,08 Me=4,4 (4,3-4,6)	5,3±0,16 Me=5,1 (4,5-5,8)	4,6±0,18 Me=4,5 (4,0-4,6)	5,3±0,13 Me=5,2 (4,7-5,8)	4,7± 0,06 Me=4,2 (4,0-4,3)
Атопический дерматит	5,4±0,08 Me=5,0 (4,8-6,5)	4,5±0,15 Me=4,3 (4,2-5,9)	5,3±0,10 Me=5,3 (5,3-6,0)	4,7±0,14 Me=4,8 (4,5-5,4)	5,5± 0,1 Me=5,5 (4,6-5,8)	4,5 ±0,2 Me=4,7 (3,5-5,2)
Аллергически й контактный дерматит	5,2±0,1 Me=5,1 (4,3-6,5)	4,6±0,3 Me=4,6 (3,7-5,2)	5,2±0,12 Me=5,3 (5,5-6,0)	4,7±0,3 Me=4,7 (4,0-5,1)	5,4±0,12 Me=5,3 (4,5-6,7)	4,8± 0,3 Me=4,6 (4,0-5,8)

Примечание: * – уровень статистической значимости различий между терапевтическими группами на уровне $p < 0,05$.

При анализе количества больных в зависимости от ответов по показателю самочувствие отмечено, что в основной группе 78 (80,4%) больных оценивали свое состояние как удовлетворительное (более 5 баллов), в группе сравнения – лишь 6 (20%), в т.ч. 22 (68,7%) больных экземой основной группы и 2 (20%) больных экземой группы сравнения; 30 (85,7%) больных АД основной группы и 2 (20%) больных АД группы сравнения; 22 (88%) больных АлКД в основной группе

и 1 (20%) больных АлКД в группе сравнения; 4 (80%) больных крапивницей в основной группе и 1 (20%) больной крапивницей в группе сравнения (табл. 6.22).

По показателю активность в основной группе 84 (86,6%) больных оценивали свое состояние как удовлетворительное (более 5 баллов), в группе сравнения – лишь у 12 (40%), в т.ч. 27 (84,4%) больных экземой основной группы и 5 (50,0%) больных экземой группы сравнения; 30 (85,7%) больных АД основной группы и 3 (30%) больных АД группы сравнения; 23 (92,0%) больных АлКД в основной группе и 2 (40,0%) больных АлКД в группе сравнения; 4 (80,0%) больных крапивницей в основной группе и 2 (40,0%) больной крапивницей в группе сравнения.

По показателю настроение в основной группе 91 (93,8%) больной оценивали свое состояние как удовлетворительное (более 5 баллов), в группе сравнения – лишь 12 (40,0%), в т.ч. 30 (93,7%) больных экземой основной группы и 6 (60,0%) больных экземой группы сравнения; 32 (91,4%) больных АД основной группы и 2 (20,0%) больных АД группы сравнения; 24 (96,0%) больных АлКД в основной группе и 2 (40,0%) больных АлКД в группе сравнения; 5 (100%) больных крапивницей в основной группе и 2 (40,0%) больных крапивницей в группе сравнения.

Количество больных в терапевтических группах в зависимости от вида дерматоза и ответов по опроснику

САН (абс./%)

Показатель/ группы	Баллы	Основная, n= 97	Сравнения, n=30	Основная, n=97	Сравнения, n=30	Основная, n=97	Сравнения, n=30	Основная, n=97	Сравнения, n=30
		Экзема, n=32	Экзема, n=10	Крапивница, n=5	Крапивница, n=5	Атопический дерматит, n=35	Атопический дерматит, n=10	Аллергический контактный дерматит, n=25	Аллергический контактный дерматит, n=5
Самочувствие	До 4	-	2	-	2	1	6	-	-
	4-5	10	6	1	2	4	2	3	4
	Больше 5	22	2	4	1	30	2	22	1
Активность	До 4	-	2	-	-	-	4	-	-
	4-5	5	3	1	3	5	3	2	3
	Больше 5	27	5	4	2	30	3	23	2
Настроение	До 4	-	-	-	2	-	5	-	1
	4-5	2	4	-	1	3	3	1	2
	Больше 5	30	6	5	2	32	2	24	2

6.2.2. Отдаленные результаты лечения

Сопоставление результатов 2-х летнего наблюдения за больными АлД, проживающих в ЗЛК, подтвердили эффективность лечения по разработанной методике (табл. 6.23; 6.24).

При анализе продолжительности ремиссии в терапевтических группах отмечено, что ремиссия более 2-х лет была у 67 (40,9%) больных, при этом у каждого 2-го в основной группе – 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%) больных 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, получавшие традиционную терапию и у 11 (8,4%) больных, 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 у 12 (35,2%) больных – в группе сравнения.

Таблица 6.23

Продолжительность ремиссии в терапевтических группах

Продолжительность ремиссии / Группы сравнения	Всего, n=164, абс./%	Основная группа, n=130, абс./%	Группа сравнения n= 34, абс./%
До 6 месяцев	25/15,3	12/9,2	13/38,2
От 6 до 1 года	27/16,5	18/13,8	9/26,5
От 1 года до 2х лет	45/27,4	41/31,5	4/11,7
Более 2х лет	67/40,9	59/45,4	8/23,5

Число рецидивов в группах сравнения

Число рецидивов/ сравнения	Группы	Всего, n=164, абс./%	Основная группа, n= 130, абс./%	Группа сравнения n= 34, абс./%
Ежегодные		16/9,8	11/8,4	5/14,7
2 и более рецидивов в год		36/21,9	24/18,5	12/35,2
Редкие - 1 раз в 2-3 года		112/68,3	95/73,1	17/50

Таким образом, анализ ближайших и отдаленных результатов подтвердил, что применение разработанного метода лечения больных АлД, проживающих в ЗЛК, с дневным транквилизатором (адаптол), СРФ и комплексом психорелаксации, наряду с хорошей переносимостью, обладает высокой эффективностью.

Выводы

1. Обоснован и разработан комплексный метод лечения больных АлД, проживающих в ЗЛК, включающий, наряду с традиционной терапией, применение дневного транквилизатора (адаптол), СРФ и комплекса психорелаксации.

2. Ближайшие результаты лечения показали: клиническая ремиссия была достигнута у 112 (68,3%) больных, в т.ч. у 95 (73,1%) больных основной группы 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, получавшие традиционную терапию и у 11 (8,4%) больных, 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 у 12 (35,2%) больных – в группе сравнения.

3. Показано, что разработанный метод лечения приводил к нормализации временных и спектральных показателей ВСР, более выраженной у больных основной группы, леченных по разработанной методике.

4. Установлено, что лечение по разработанной методике приводило к более выраженной нормализации показателей психопсихологических опросников, в т.ч. SCL-90-R, особенно по показателям ANX, DEP, PHOB, SOM, GSI, по сравнению с больными, получавшими традиционную терапию.

5. Показано, что разработанный метод лечения приводил к более выраженной нормализации показателей опросников САН, ШУДЖ, опросника HADS, Спилбергера-Ханина, в сравнении с группой больных, получавшие традиционную терапию

6. Показано, что разработанный метод лечения приводил к нормализации нарушенных показателей ВНС, определяемых по опроснику А.М. Вейна, индексу Кердо и показателей ВСР (LF/HF), более выраженному у больных основной группы.

7. Установлена неодинаковая степень изменения изучаемых параметров в зависимости от вида АлД, но при этом у больных основной группы они достоверно приближались к нормативным показателям и были ниже, в отличие от больных, получавших традиционную терапию (группа сравнения).

8. Анализ отдаленных результатов подтвердил эффективность, разработанного метода лечения больных АлД, проживающих в ЗЛК, с применением в комплексной терапии дневного транквилизатора (адаптол), СРФ и комплекса психорелаксации. Стойкая клиническая ремиссия (более 2х лет) в основной группе была у 59 (45,4%) больных и лишь у 8 (23,5) – в группе сравнения.

Результаты данного раздела опубликованы в следующих печатных работах:

1. Горбенко, Ал. С. Эффективность лечения больных аллергодерматозами на фоне тревожных состояний [Текст] / Ал. С. Горбенко //

Торсуевские чтения: научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии. – 2018. – № 4 (22). – С. 6–12.

2. Проценко, Т. В. Новые возможности повышения эффективности лечения больных атопическим дерматитом [Текст] / Т. В. Проценко, А. С. Черновол, О. А. Проценко, А. С. Горбенко // Сучасні препарати та технології. Мистецтво лікування. Искусство врачевания. – 2016. – № № 1-2. – С. 127-128.

РАЗДЕЛ 7

АНАЛИЗ И ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Известно, что стресс является одним из важных факторов дебюта и рецидивирования хронических дерматозов, среди которых особое место занимают АлД [14, 15]. Доказано, что связанные со стрессом психовегетативные нарушения сопровождаются снижением устойчивости организма к разнообразным экзо- и эндогенным факторам, что приводит к развитию иммунозависимого воспаления в коже [27, 48].

В тоже время до настоящего времени лишь единичные работы были посвящены изучению клиники и течения АлД у лиц, длительное время пребывающих в условиях хронического стресса - проживания в ЗЛК. Не отработаны терапевтические подходы к лечебно-реабилитационным мероприятиям для больных с высоким уровнем тревожности и вегетативными нарушениями. В связи, с чем и была выполнена эта работа.

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 удовлетворённости 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 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.

На 1-м этапе выполнения работы психопатологические и нейровегетативные исследования проведены у 194 человек, проживающих в ЗЛК,

разделенных на 2 группы: 1 группа – 164 больных с АД; 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)[131, 132].

Выраженность психопатологических и нейровегетативных нарушений определяли с помощью 6 специальных опросников, в т.ч. SCL-90-R (для определения выраженности психопатологической симптоматики), опросника САН (для определения текущего уровня самочувствия, активности и настроения); Шкалы удовлетворённости жизни (ШУДЖ); Шкалы госпитальной тревоги и депрессии – HADS (TheHospitalAnxietyandDepressionScale); опросника Спилбергера-Ханина (с целью определения уровня тревожности); опросника А.М. Вейна (для определения уровня вегетативной дисфункции) [23, 131].

При определении уровня текущего психологического состояния и выраженности психопатологических симптомов с помощью опросника SCL-90-R, установлено, что наиболее выраженные изменения из 9 изучаемых параметров выявлены по 6 показателям: фобической тревожности (PHOB), соматизации (SOM), общего индекса тяжести симптомов (GSI), индекса симптоматического дистресса (PSDI), общего числа утвердительных ответов (PST), тревожности (ANX).

Установлено, что показатель фобической тревожности (PHOB) у больных 1 группы в 2,5 раза превышал нормативные показатели ($0,46 \pm 0,09$ и $0,18 \pm 0,02$ балла, соответственно, $p < 0,01$) и был в 1,5 раза выше показателей лиц 2 группы ($0,36 \pm 0,04$ балла, $p < 0,05$). Показатель PHOB у лиц 2 группы в 2 раза превышал нормативные показатели ($p < 0,05$). 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 этот показатель в 1,3 раза превышал

нормативные значения ($0,60 \pm 0,04$ балла и $0,44 \pm 0,03$ балла, соответственно, $p < 0,05$).

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 показатель GSI также 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 был 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 также был в 1,8 раза выше нормативных значений ($p < 0,05$). Показатель 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 и неполноценность, 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 этот показатель также 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 показатель DEP 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 ($p = 0,64$).

Таким образом, по всем показателям опросника SCL-90-R у больных АД выявлены выраженные проявления общего и симптоматического дистресса, что обосновывает целесообразность применения медикаментозных и немедикаментозных методов их коррекции.

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 был ниже средних нормативных значений – $4,5 \pm 0,04$ балла и $5,0 \pm 0,01$ балла, соответственно, $p < 0,05$; показатель настроения – в 1,2 раза ниже средних нормативных значений – $4,4 \pm 0,06$ балла и $5,1 \pm 0,02$ балла, соответственно, $p < 0,05$.

Учитывая высокий разрыв $\min - \max$ при оценке психофункционального состояния больных (от 2,5 до 5,8 баллов), проведен анализ количества больных АД в зависимости от результатов ответов по опроснику САН. Выявлено, что по показателю самочувствия 86 (67,7%) больных АД свое состояние оценивали как неблагоприятное (до 4 баллов), 15 (11,8%) больных – как минимально допустимый уровень (4-5 баллов) и лишь 26 (20,5%) больных – как удовлетворительное (более 5 баллов).

По показателю активности отмечено, что 82 (64,6%) больных АД оценивали свое состояние как неблагоприятное, 29 (22,8%) больных – как благоприятное и лишь 16 (12,6%) больных – как минимально допустимый уровень (4-5 баллов).

При анализе ответов по показателю настроения отмечено, что 92 (72,4%) больных расценили свое состояние как неблагоприятное, 18 (14,2%) больных –

как удовлетворительное и лишь 17 (13,4%) больных – как минимально допустимый уровень (4-5 баллов).

При анализе данных 3-го опросника – ШУДЖ установлено, что показатель удовлетворенности жизнью у больных АлД составил $21,4 \pm 0,5$ баллов, что отражало среднюю степень удовлетворенности качеством жизни, но при этом также обнаружены высокое значение стандартного отклонения и высокий разрыв $\min - \max$ от 7,0 до 26,0 баллов.

При анализе этого же показателя по количеству больных установлено, что 58 (50,9%) больных АлД оценивали свое качество жизни как неудовлетворительное (от 5 до 15 баллов). Как среднее состояние качества жизни (от 16 до 25 баллов) оценивали свое состояние 50 (43,8%) больных и лишь 6 (5,3%) больных – как высокое (от 26 до 35 баллов).

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 $\min - \max$ от 1 до 14 баллов.

При анализе опросника HADS по количеству больных выявлено, что у 58 (50,9%) больных установлена клинически выраженная тревога (11 и более баллов), субклинически выраженная тревога (8-10 баллов) была у 31 (27,2%) больных и лишь у 25 (21,9%) больных было отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги (0-7 баллов).

При анализе количества больных по шкале депрессии обнаружено, что у 56 (49,1%) больных АлД была клинически выраженная депрессия (11 и более баллов), у 35 (30,7%) больных - субклинически выраженная депрессия (8-10 баллов) и лишь у 23 (20,2%) больных было отсутствие достоверно выраженных симптомов депрессии (0-7 баллов).

Полученные данные, с одной стороны, могут быть результатом влияния хронического течения дерматоза на психо-функциональное состояние больного [131, 132], с другой стороны, служить провоцирующим фактором рецидивирования АлД, что необходимо учитывать при лечебно-

реабилитационных мероприятиях. Выявленные изменения можно расценить как формирование «патологического замкнутого круга», когда наличие хронического дерматоза приводит к повышению тревожности, невротизации и депрессии больного, а это, в свою очередь, является фактором рецидивирования АлД.

При анализе показателей по 5-му опроснику Спилбергера-Ханина установлено, что у всех больных АлД был высокий уровень тревожности по шкалам ШСТ и ШЛТ – $46,6 \pm 0,64$ балла и $46,8 \pm 0,65$ балла, соответственно. При этом 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 АлД был высокий уровень (45 и более баллов) ситуативной тревожности и у 55 (48,3%) больных – высокий уровень личностной тревожности (45 и более баллов). Умеренная тревожность (31-44 балла) по ШСТ наблюдали у 33 (28,9%) больных, по ШЛТ – у 31 (27,2%) больных. Низкая тревожность (до 30 баллов) по ШСТ была у 31 (27,2%) больных, по ШЛТ – у 28 (24,5%) больных.

Повышенная личностная и ситуативная тревожность, возможно, является фоном, на котором развивается АлД [122] и фоном, который в последующем поддерживает рецидивирующее течение у больных АлД, проживающих в ЗЛК. В тоже время стрессовые ситуации, в которые попадают больные АлД, в свою очередь, приводят к психофизическому напряжению, дестабилизации работы ВНС и ЦНС [122], что, в свою очередь, может приводить к рецидивированию АлД, тем самым поддерживая «порочный круг», который должен быть разорван при лечении больных.

По результатам опросника А.М. Вейна у всех больных АлД были выявлены различной степени выраженности признаки вегетативной дисфункции, при этом диапазон разрыва $\min - \max$ был от 3 до 48 баллов и в среднем составил $28,9 \pm 0,91$ балла.

При определении количества больных АлД в зависимости от балльной оценки по опроснику А.М. Вейна, 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).

Таким образом, проведенные комплексные исследования патопсихологических особенностей больных АлД выявили различной степени выраженности посттравматические стрессовые расстройства, которые должны быть учтены при планировании и проведении лечебно-реабилитационных мероприятий.

В последующем углубленное обследование проведено у 164 больных АлД, наблюдавшихся в течение 2014-2019 гг. в РКДВД. В нашем исследовании мужчин было больше, чем женщин – 92 (56,1%) и 72 (43,9%) больных, соответственно.

При анализе нозологических форм отмечено, что 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 выявлялась чаще у мужчин, чем у женщин – 43 (47%) и 8 (11,1%) больных соответственно. Крапивницу наблюдали 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 одинаково – по 1 (3,3%) больному.

АД в возрастных группах от 20 до 40 лет встречался чаще у мужчин, чем у женщин – 21 (33,9%) и 17 (27,4%) больных соответственно; в возрасте до 20 лет – одинаково часто как у мужчин, так и у женщин – 7 (11,3%) и 7 (11,3%) больных соответственно. В возрастной группе 40 и более лет в несколько раз чаще встречался у женщин, чем у мужчин – у 9 (14,5%) и 1 (1,6%) больных, соответственно.

Экзема встречалась наиболее чаще в возрастной группе от 30 и более лет – у 47 (92,2%), значительно чаще у мужчин, чем у женщин – 39 (76,5%) и 8 (15,7%) больных, соответственно.

Крапивница встречалась чаще в возрастной группе 31-40 лет – 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, факультативные раздражители – 30 (18,3%), сочетанные факторы – 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; факультативные раздражители - чаще у женщин, чем у мужчин – 15 (20,8%) и 15 (16,3%) больных, соответственно. Сочетанные факторы также чаще наблюдали у женщин, чем у мужчин – 9 (12,5%) и 8 (8,7%) больных, соответственно.

Длительность заболевания до 1 месяца была у 30 (18,3%) больных, только при АлКД; до 1 года – у 15 (9,1%) больных, в основном при крапивнице; 1-2 года – у 35 (21,3%) больных, преимущественно при экземе и крапивнице; 3 и более лет – у 84 (51,2%), при этом у всех 62 больных АД и у 18 (35,3%) больных экземой.

При анализе характера течения АлКД обращало внимание, что 2 и более рецидивов в год было у 37 (22,6%) больных, ежегодные рецидивы у 84 (51,2%) больных, 1 раз в 2-3 года – у 21 (12,8%), 1 раз в 4-5 лет – 9 (5,5%) больных. Впервые выявленные дерматозы были лишь у 13 (7,9%) больных.

Отмечено, что у большинства больных АД были частые рецидивы (1 – 2 и более в год) – у 58 (93,5%) больных. Ежегодные рецидивы встречались при АлКД у 16 (53,3%) больных, при экземе – у 32 (62,8%) больных, при крапивнице – у 10 (47,6%) больных.

Проведен анализ клинических особенностей АлД по индексу BSA. При АД процесс был распространенный и занимал более 10% у 52 (83,9%) больных.

От 3 до 10% площади тела процесс был у 60 (36,5%), преимущественно у больных с экземой и крапивницей. До 3% площади тела АлД был у 51 (31,1%) больных, при этом у всех больных АлКД.

При оценке степени тяжести по шкале SCORAD установлено, что более 40 баллов, что отражало тяжелое течение, АлД был при АД у 28 (17,1%) больных, чаще у женщин, чем у мужчин – 15 (20,8%) и 13 (14,1%) больных, соответственно. Средне-тяжелое течение (20-40 баллов) выявлено 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 АлД на момент поступления был резко снижен уровень качества жизни. Так, индекс качества жизни (DLQI) 21 балл и более был у 8 (4,9%) пациентов, от 6 до 20 баллов – у 100 (60,9%) пациентов, до 6 баллов – у 56 (34,1%).

При сравнительном анализе выраженности психопатологической симптоматики в зависимости от вида АлД 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 АлД – $0,82 \pm 0,07$ балла и $0,71 \pm 0,04$ балла, соответственно и в 1,9 раз был выше нормативных показателей здоровых лиц, не проживающих в ЗЛК – $0,82 \pm 0,07$ балла и $0,44 \pm 0,03$ балла, соответственно, ($p < 0,05$). 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 ($0,66 \pm 0,08$ балла и $0,44 \pm 0,03$ балла соответственно), $p < 0,05$. При анализе размаха min-max, максимальными изменения 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 – $0,77 \pm 0,09$ баллов и в 1,2 раза выше нормативных показателей ($0,75 \pm 0,04$ балла), $p < 0,05$. При анализе размаха min-max, максимальными изменения 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), а у больных экземой ($0,78 \pm 0,07$ балла) он в 1,1 раза превышал нормативные значения, $p < 0,05$. 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 DER, 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 выше нормативных показателей ($0,62 \pm 0,04$ балла), $p < 0,05$. При анализе размаха min-max, максимальными изменения 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 изменения 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, но наиболее выраженными эти изменения были у больных АД и экземой. При этом 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, $0,18 \pm 0,02$ балла, соответственно, $p < 0,05$), у больных крапивницей – в 2 раза, у больных АлКД – в 1,8 раза выше нормативного показателя ($0,36 \pm 0,15$ балла, $0,32 \pm 0,05$ балла, $0,18 \pm 0,02$ балла, соответственно, $p < 0,05$). При анализе размаха min-max, максимальными изменения были у больных АД ($0,00-2,28$ балла), экземой ($0,00-2,25$ балла), крапивницей ($0,00-2,23$ балла).

Обращало внимание, что по шкале НОС показатели больных при всех видах АлД были ниже, чем в контрольной группе.

Показатель PAR был ниже нормативных показателей ($0,54 \pm 0,04$ балла) у больных крапивницей ($0,48 \pm 0,08$ балла), несколько выше у больных экземой ($0,58 \pm 0,06$ балла) и практически не отличался у больных АД и АлКД ($0,55 \pm 0,06$ балла, $0,55 \pm 0,44$ балла, соответственно), $p=0,90$.

Показатели PSY в наших наблюдениях варьировали от повышенных, в сравнении с нормативными значениями ($0,30 \pm 0,03$ балла), при экземе ($0,36 \pm 0,05$ балла) и АД ($0,31 \pm 0,04$ балла) и были сниженными при крапивнице ($0,24 \pm 0,05$ балла) и АлКД ($0,25 \pm 0,04$ балла), $p=0,47$.

Показатель GSI был наиболее повышен у больных крапивницей – 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 раз был выше средних показателей по группе АлД ($0,83 \pm 0,17$ балла, $p<0,05$). У больных АД он в 1,8 раз превышал нормативные показатели ($0,93 \pm 0,31$ балла, $0,51 \pm 0,02$ балла, соответственно) и был в 1,1 раза выше средних показателей по группе АлД ($0,83 \pm 0,17$ балла, $p<0,05$). У больных экземой он в 1,3 раза был выше нормативных показателей – $0,64 \pm 0,06$ балла и $0,51 \pm 0,02$ балла, соответственно, $p<0,05$. Наименее выраженные изменения показателя GSI были у больных АлКД – $0,52 \pm 0,04$ балла, $p=0,16$.

Показатель PSI наиболее повышен был у больных экземой – 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 он в 1,8 раз превышал нормативные показатели ($38,7 \pm 2,01$ балла, $p<0,05$). У больных АлКД и крапивницей этот показатель в 1,7 раз превышал нормативные показатели: $37,4 \pm 2,7$ балла и $36,3 \pm 3,9$ балла, соответственно, $p<0,05$. При анализе размаха min-max, максимальными изменения были у больных АД (8-71 балла) и экземой (3-71 балла).

Показатель PSDI наиболее повышенным был при АД и экземе – $1,33 \pm 0,06$ балла и $1,31 \pm 0,07$ балла, соответственно 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 изменения были у больных АД (0,01-3,257 балла) и экземой (0,03-3,57 балла).

Таким образом, в наших наблюдениях наиболее выраженные психологические нарушения наблюдали у больных АД и экземе, при этом у них был выявлен максимальных размах min-max значений.

Высокий показатель SOM у больных АД, возможно, отражал наличие дистресса, возникающего из-за многомесячных ощущений телесной дисфункции вследствие видимых и субъективных ощущений дерматоза (зуд). Показатель INT подтверждал наличие у этих пациентов обостренного осознания негативных аспектов межличностного взаимодействия и коммуникаций с другими людьми [131, 132]. Повышенный показатель тревожности свидетельствовал о наличии чувства опасности, страха, что подтверждалось повышенными показателями фобической тревожности [157, 159]. Фобическая тревожность, возможно, у больных АД в значительной степени связана с наружными проявлениями дерматоза и интенсивностью зуда [131, 132]. Соматические эквиваленты фобической и ситуативной тревожности у этих пациентов обосновывают целесообразность применения в комплексном лечении медикаментозных и немедикаментозных методов их коррекции.

При анализе опросника САН установлено, что наименьшие значения по показателю самочувствия были у больных АД. Так, показатель самочувствия у больных был в 1,3 раза ниже средних нормативных значений – $4,2 \pm 0,09$ балла и $5,4 \pm 0,03$ балла, соответственно, а также несколько ниже средних значений по всей группе больных АД ($4,3 \pm 0,05$ балла, соответственно, $p=0,47$). 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 – $4,3 \pm 0,09$ балла и $5,0 \pm 0,01$ балла, соответственно, а также был несколько ниже средних показателей по группе больных АД ($4,5 \pm 0,04$ 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 ($5,0 \pm 0,01$ балла), $p=0,34$.

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 ($p < 0,05$), несколько 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 раз 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.

Таким образом, комплексными клинико-психологическими исследованиями установлены различной степени выраженности реакции посттравматического стресса в виде ситуативной и фобической тревожности, депрессии, соматизации, симптоматического дистресса, наиболее выраженные у больных АД и экземой.

Был проведен сравнительный анализ параметров ВСР в 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.

Анализировали временные и частотные показатели ВСР: SDNN, свидетельствующий о напряженности иммунитета и адаптационных возможностей организма, отражающий степень тяжести заболевания; RMSSD, косвенный показатель активности парасимпатического звена вегетативной регуляции; частотные показатели: HF – косвенный показатель парасимпатической

регуляции ВНС; LF– косвенный показатель симпатической регуляции ВНС; VLF – косвенный показатель нейрогуморальной регуляции; LF/HF показатель симпато-вагального баланса; TP – показатель общей мощности спектра нейрогуморальной регуляции ВНС.

Выявлены существенные различия в группах сравнения, которые могут быть значимыми в дебюте АД и их последующих рецидивах.

Так, при анализе временных и частотных параметров ВСР у больных АД выявлен дисбаланс симпатического и парасимпатического тонуса, более выраженный при тяжелом и средне-тяжелом течении дерматоза.

Показатель SDNN у больных АД был в 1,3 раза ниже показателей здоровых лиц (2 группа)– $50,61 \pm 2,24$ мс и $62,19 \pm 21,32$ мс, соответственно ($p < 0,05$), что отражало снижение адаптационных возможностей у данных пациентов и косвенно – снижение напряженности иммунитета [93].

Показатель RMSSD у больных АД был в 1,6 раза ниже значений здоровых лиц – $43,64 \pm 25,16$ мс и $68,47 \pm 13,02$ мс, соответственно ($p < 0,05$), что отражало сниженную активность парасимпатического звена вегетативной регуляции [93].

При анализе спектральных показателей ВСР также были выявлены значительные различия в группах сравнений. Так, показатель TP у больных АД был в 1,5 раз ниже, чем у здоровых лиц 2 группы – $2672,94 \pm 235,17$ мс² и $3939 \pm 387,5$ мс², соответственно ($p < 0,05$), что может свидетельствовать о выраженном снижении компенсаторных возможностей организма и нарушении нейро-гуморальной регуляции [93], что в свою очередь может поддерживать хроническое течение дерматоза.

Уровень VLF-волн был в 1,6 раз выше у больных АД, по сравнению с лицами 2 группы – $759,20 \pm 61,20$ мс² и $474,50 \pm 53,1$ мс², соответственно ($p < 0,01$), что могло отражать влияние стресса на развитие дерматоза и свидетельствовало о нарушении нейро-гуморальной регуляции. Известно, что волны данного диапазона СР связаны с активностью надсегментарных центров вегетативной регуляции, которые генерируют медленные ритмы, передающиеся к сердцу через симпатическую нервную систему. Ранее было отмечено, что увеличение волн

VLF связано с умственным утомлением [13]. Считают, что высокий уровень мощности очень медленных колебаний СР возникает при избыточном ответе адаптационной системы на стресс, а низкий их уровень указывает на энергодефицитное состояние [14].

HF компонент ВСР в базальном положении у больных АлД был в 1,5 раза меньше, чем у здоровых лиц – $597,50 \pm 119,38$ мс² и $908,41 \pm 112,40$ мс², соответственно ($p < 0,01$), что могло отражать недостаточность парасимпатической регуляции ВНС.

У больных АлД показатель LF был в 1,5 раза выше значений здоровых лиц 2 группы – $1712,03 \pm 72,07$ мс² и 1150 ± 260 мс², 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. При сопоставлении изученных показателей ВСР с особенностями клиники и течения АлД выявлено, что они коррелировали со степенью тяжести АлД.

Таким образом, полученные данные свидетельствовали о выраженных нарушениях нейрогуморальной регуляции и адаптационных возможностей у больных АлД, проживающих в ЗЛК.

Известно, что ВНС, кора головного мозга и система гипофиз-кора надпочечников составляет единую нейрогуморальную систему, регулирующую функции и обеспечивающую оперативное и стратегическое управление адаптивным процессом в целостном организме [16, 30], в т.ч. в коже. Возможности организма адаптироваться к тем или иным условиям в значительной степени определяются реактивностью ВНС, ее способностью воспринимать, передавать, перерабатывать поступающую информацию, принимать и посылать управляющие сигналы к исполнительным органам, в т.ч. в кожу [30].

Для оценки способности ВНС обеспечивать функционирование, в том числе автоматизированную деятельность всех органов и систем, определяли ВТпо вегетативному индексу Кердо (ВИК) по формуле [154, 165]:

$$\text{ВИК} = (1 - \text{ДАД} / \text{ЧСС}) \times 100\% \quad (1)$$

где ДАД – диастолическое артериальное давление,

ЧСС – частота сердечных сокращений.

ВИК = от -10 до +10 расценивали как вегетативное равновесие (эйтония или нормотония), положительное значение ВИК – преобладание симпатического влияния (симпатикотония), отрицательное – сниженный симпатический тонус, преобладание влияния парасимпатической нервной системы (ваготония).

При анализе ВТ у больных АлД, проживающими в ЗЛК, отмечено, что у 35 (21,3%) больных был нормотонический ВТ, у 51 (31,1%) – ваготонический ВТ и у 78 (47,6%) больных – симпатикотонический ВТ.

При оценке ВТ с помощью ВСР по отношению LF/HF, которое отражало баланс симпатического и парасимпатического отделов ВНС, были выделены три группы больных: ваготоники (LF/HF до 0,5), нормотоники (LF/HF от 0,51 до 2,0), симпатикотоники (LF/HF более 2,01).

У 41 (58,6%) больных АлД, проживающих в ЗЛК был симпатикотонический тип ВТ, у 20 (28,6%) – ваготонический и у 9 (12,8%) – нормотонический тип. В контрольной группе здоровых лиц без кожной патологии, проживающих в ЗЛК, преобладали нормотоники – 16 (53,3%), а в группе больных АлД таких лиц было значительно меньше как по анализу индекса Кердо – 35 (21,3%), так и по показателю ВСР (LF/HF) – 9 (12,8) больных. Среди больных АлД преобладали симпатикотоники, как и по анализу индекса Кердо – 78 (47,6%) больных, так и по показателю ВСР (LF/HF) – 41 (58,6%) больных. В то время как среди здоровых таких лиц было 8 (26,7%). Ваготоников среди больных АлД по всем изучаемым показателям было значительно меньше: по индексу Кердо – 51 (31,1%) больных,

по ВСР (LF/HF) – 20 (28,6%) больных, в то время среди здоровых лиц контрольной группы, проживающих в ЗЛК – лишь 6 (20,0%).

Выявленные в результате комплексного обследования данные послужили обоснованием разработки комплексного метода терапии, включающего, наряду с традиционной, применение адаптола, СРФ и комплекса психорелаксации.

Традиционная терапия включала антигистаминные и гипосенсибилизирующие препараты (лоратадин 10 мг перорально 1 раз в сутки в течение 10 дней, кальция глюконат 10% раствор по 5 мл 1 раз в день внутримышечно, на курс №10), витамин В12 по 500 мкг внутримышечно через день, №10, гепатопротекторы (глутаргин 4% раствор 10 мл на 200 мл физиологического раствора внутривенно капельно, №10, затем карсил по 1 таблетки 3 раза в день до 30 дней). По показаниям проводили дезинтоксикационную терапию (тиосульфат натрия 30% раствор 5 мл внутривенно струйно, ежедневно, на курс №10). Наружная терапия, в зависимости от стадии дерматоза, включала топические кортикостероиды: комбинированные (бетаметазон + гентамицин, бетаметазон + клотримазол + гентамицин, гидрокортизон + неомицин + натамицин) или монокомпонентные (мометазона фуроат, бетаметазон, гидрокортизона 17-бутират), топические ингибиторы кальциневрина (такролимус, пимекролимус), эмоленты [38, 127].

В качестве дневного транквилизатора использовали адаптол, который назначали по 500 мг 2 раза в день в течение 3 месяцев.

Обоснованием применения адаптола являлись его доказанные не только антистрессорный и седативный эффекты, но и анксиолитическое, ноотропное, вегетостабилизирующее, антигипоксическое и антиоксидантное действия [35].

С целью СРФ применяли электрофорез на шейно-воротниковую зону («гальванический воротник» по Щербаку) с лекарственными препаратами, выбор которых проводили с учетом исходного вегетативного статуса и характера дермографизма. При ваготонии и красном дермографизме использовали 2% раствор кальция хлорида, при симпатикотонии и белом дермографизме – 3% раствор магния сульфата [161]

Обоснованием применения СРФ были ее доказанные действия: вегетостабилизирующее, седативное, противозудное, противовоспалительное [32]. СРФ стимулирует выработку биологически активных веществ, тем самым ускоряет процесс регенерации кожи, восстанавливает защитно – барьерные свойства кожи, уменьшает уровень тревожности и эмоционального напряжения, повышает устойчивость к стрессовым воздействиям [166]. Сам электрический ток тоже оказывает благоприятное влияние на организм, активируя иммунный ответ и способствуя улучшению неспецифической резистентности организма [7]. Выбор методики СРФ – «гальванического воротника» по Щербаку, обосновывался опосредованным воздействием через шейные симпатические ганглии и вегетативные центры головного мозга на микроциркуляторные, трофические и рефлекторные процессы в коже [7, 166], которые у больных АД были нарушены в различной степени выраженности.

Комплекс психорелаксации включал использование сенсорной комнаты в сочетании с аэро-, аудио- и светокорректирующими стимулами. Воздействие аудиокорректирующего стимула заключалось в прослушивание записанного на компьютере музыкального сопровождение (шум дождя, звуки природы, моря, пение птиц в лесу), продолжительностью 20 минут [98].

Воздействие света и аэрокорректирующих стимулов заключалось в сочетанном использовании солевой лампы (светильник "Соляное сияние", производства ГП «Артемсоль») и ароматерапии с хвойным запахом (эфирные масла кедра). В чашу аромалампы наливали 2 мл фильтрованной воды и 2 капли эфирного хвойного масла. Обоснованием выбора хвойного аромата кедрового эфирного масла были его доказанные эффекты по снижению уровня тревожности и рекомендации к использованию людям, подвергающимся стрессовым воздействиям и высоким нагрузкам. [84]. Доказано, что наряду с уменьшением уровня тревожности и депрессии, он повышает устойчивость к психическим нагрузкам, обладает успокоительным и адаптогенным действием [101]. Преимуществом применения аэростимула является его доступность и простота

применения, хорошая переносимость при соблюдении дозировки, отсутствие побочных влияний и привыкания [101, 161].

Обоснованием применения соляного светильника "Соляное сияние" («Артемсоль») были особенности его действия, приводящие к насыщению воздуха корпускулярными и субмолекулярными частицами хлористого натрия, а специальная конструкция светильника позволяла обеспечить поток аэроионов в окружающую среду без дополнительных устройств. Насыщение воздуха микрокристаллами хлорида натрия усиливалось за счет электрического подогрева [162]. Светильник "Соляное сияние" («Артемсоль») сделан из экологически чистой природной соли, возраст которой превышает 250 млн. лет. Содержание хлорида натрия в ней колеблется в пределах 97,5-98,7%. Насыщая воздух сенсорной комнаты мельчайшими частицами соли, создавали микроклимат, благоприятный для больных аллергическими болезнями [117]. Ранее проведенными исследованиями показано, что мягкое свечение светильника вызывает приток отрицательных ионов в оптимальных дозах, что улучшает самочувствие, уменьшает уровни ситуативной и фобической тревожности, восстанавливает нарушения нейро-гуморальной регуляции и адаптационные возможности организма, а мельчайшие частицы поваренной соли, проникая в дыхательные пути, обеспечивают противоаллергическое действие [166]. Таким образом, при назначении комплекса психорелаксации больным АлД, проживающим в ЗЛК, учитывали доказанные синергические эффекты сочетания разных психокорректирующих стимулов (свето-, аэро- и аудио-), обеспечивающих седативное и вегетостабилизирующие терапевтические эффекты [58, 98, 147]. Применение комплекса психорелаксации в клинической практике показало возможности немедикаментозного повышения адаптационных возможностей и общей резистентности организма, уменьшения выраженности психовегетативных расстройств [98], что является не только элементом лечения, но и профилактикой заболеваний, и может быть основой профилактики рецидивов АлД у больных, проживающих в ЗЛК.

Режим проведение процедур комплекса психорелаксации: ежедневно в течение 20 минут, на курс 10 процедур.

В зависимости от метода лечения больные были разделены на 2 терапевтические группы. Основная группа (130 больных) – получали лечение по разработанной методике. Группа сравнения (34 больных) – получали только традиционную терапию.

Основная группа и группа сравнения были статистически однородными по возрасту ($p=0,56$). Возраст у больных в основной группе составил $37,02 \pm 1,20$ ($Me=34,0$, $min - 16,0$, $max - 79,0$) лет, а в группе сравнения – $38,9 \pm 2,68$ ($Me=35,5$, $min - 16,0$, $max - 77,0$) лет.

Группы сравнения перед началом лечения были статистически равноценными по степени тяжести дерматоза, которую оценивали по различным дерматологическим индексам (BSA, SCORAD, DLQI). Статистических различий между группами не было (BSA $p=0,30$; SCORAD $p=0,86$; DLQI $p=0,13$).

Эффективность терапии оценивали по скорости регресса морфологических элементов сыпи и наступления клинической ремиссии, динамике дерматологических индексов (BSA, SCORAD, DLQI), динамике результатов патопсихологических тестов и ВСП, продолжительности ремиссии и количеству рецидивов в течение 2-х лет.

Переносимость лечения у всех больных была удовлетворительной. Анализ общеклинических и биохимических показателей крови в процессе лечения не выявил побочных эффектов или осложнений ни в одной из групп.

Анализ ближайших результатов показал преимущество использования разработанного комплексного метода лечения больных АД с применением адаптола, СРФ и комплекса психорелаксации. 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, в том числе 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 15 (100%) больных крапивницей, в группе сравнения – у 5 (83,3%) больных; у всех больных АлКД как в основной группе – у 25 (100%) больных, так и в группе сравнения – у 5 (100%) больных; у 26 (52,0%) больных АД в основной группе, в группе сравнения – у 3 (25,0%) 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%) больных основной группы и у 4 (36,4%) больных группы сравнения.

Улучшение в основной группе наблюдали у 1 (2%) больного АД и у 1 (2,5%) больного экземой, в группе сравнения – у 5 (41,7%) больных АД, у 3 (27,3%) больных экземой и у 1 (16,6%) больного крапивницей.

Отсутствие эффекта было у 1 (0,8%) больного АД основной группы, в группе сравнения – у 2 (5,9%) больных АД.

При анализе продолжительности лечения в терапевтических группах в зависимости от вида дерматоза, также выявлено преимущество разработанной методики лечения.

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 ($p=0,07$).

При оценке динамики индекса BSA отмечено, что в основной группе он снизился с $8,86 \pm 0,82$ до $0,07 \pm 0,02$; в группе сравнения – с $9,08 \pm 2,68$ до $0,35 \pm 0,12$ ($p=0,003$). При анализе динамики по индексу SCORAD отмечена аналогичная тенденция: в основной группе он снизился с $26,3 \pm 0,98$ до $0,13 \pm 0,98$; в группе сравнения – с $27,1 \pm 1,80$ до $0,93 \pm 0,17$, $p<0,05$.

Анализ динамики показателей ВСР в терапевтических группах сравнения также подтвердил преимущество разработанного метода лечения. Анализ временных показателей показал, что показатель SDNN в основной группе повысился на 18,5% – с $50,61 \pm 2,24$ мс до $62,13 \pm 4,30$ мс, в группе сравнения – на 4,7% (с $50,61 \pm 2,24$ мс до $53,17 \pm 7,59$ мс), $p < 0,05$. В основной группе этот показатель сравнился с показателями здоровых лиц ($62,13 \pm 4,30$ мс и $62,19 \pm 21,32$ мс, соответственно), а в группе сравнения был на 16,11% ниже показателей здоровых лиц ($52,17 \pm 7,59$ мс и $62,19 \pm 21,32$ мс, соответственно).

Особый интерес представлял анализ динамики показателя SDNN, отражающего адаптационный потенциал организма и косвенно – прогноз течения заболевания [30]. В наших наблюдениях этот показатель у здоровых лиц составил $62,19 \pm 21,32$ мс, у больных АлД до лечения – $50,61 \pm 2,24$ мс, после лечения: в основной группе – $62,13 \pm 4,30$ мс, в группе сравнения – лишь $52,17 \pm 7,59$ мс ($p < 0,05$).

Показатель RMSSD в основной группе повысился на 33,1% (с $43,64 \pm 25,16$ мс до $65,16 \pm 2,39$ мс), а в группе сравнения – лишь на 7,4% (с $43,64 \pm 25,16$ мс до $47,12 \pm 3,42$ мс), $p < 0,05$.

При анализе частотных показателей ВСР также были выявлены значительные различия в терапевтических группах сравнения. Так, показатель TP в основной группе повысился на 26,9% (с $2672,94 \pm 235,17$ мс² до $3656,17 \pm 265,46$ мс²), а в группе сравнения – на 1,4% (с $2672,94 \pm 235,17$ мс² до $2710,30 \pm 485,93$ мс²), $p < 0,05$.

Уровень VLF-волн в основной группе снизился на 39,1% (с $759,20 \pm 61,20$ мс² до $462,46 \pm 155,98$ мс²), а в группе сравнения – лишь на 8,6% (с $759,20 \pm 61,20$ мс² до $693,80 \pm 127,46$ мс²), $p < 0,001$.

Показатель HF повысился на 33,3% в основной группе (с $597,50 \pm 119,38$ мс до $895,23 \pm 147,51$ мс), в группе сравнения – на 5,6% (с $597,50 \pm 119,38$ мс до $633,22 \pm 242,85$ мс), $p < 0,05$.

Показатель LF в основной группе снизился на 33,7% (с $1712,03 \pm 72,07$ мс² до $1133,41 \pm 341,8$ мс²), в группе сравнения – на 0,8% (с $1712,03 \pm 72,07$ мс² до $1698,31 \pm 747,03$ мс²), $p < 0,05$.

Показатель LF/HF в основной группе снизился на 37,2% (с $2,39 \pm 0,16\%$ до $1,5 \pm 0,19\%$), в группе сравнения – на 7,9% (с $2,39 \pm 0,16\%$ до $2,20 \pm 0,45\%$), $p < 0,001$.

Показатель TP в основной группе повысился на 26,8% (с $2672,94 \pm 235,17$ мс² до $3656,17 \pm 265,46$ мс²), в группе сравнения – на 1,4% (с $2672,94 \pm 235,17$ мс² до $2710,30 \pm 485,93$ мс²), $p < 0,05$.

Динамика показателей психопатологической симптоматики также подтвердила эффективность лечения по разработанной методике. Показатель ANX в основной группе снизился на 34,2% (с $0,73 \pm 0,12$ балла до $0,48 \pm 0,01$ балла), а в группе сравнения – на 8,2% (с $0,73 \pm 0,12$ балла до $0,67 \pm 0,07$ балла), что было меньше исходного значения ($p < 0,001$).

Показатель SOM после лечения у больных основной группы снизился на 21,1% (с $0,71 \pm 0,04$ балла до $0,56 \pm 0,02$ балла), а в группе сравнения – лишь на 4,2% (с $0,71 \pm 0,04$ балла до $0,68 \pm 0,09$ балла), $p < 0,001$.

Показатель INT в основной группе снизился на 18,3% (с $0,82 \pm 0,04$ балла до $0,67 \pm 0,03$ балла), а в группе сравнения – на 6,1% (с $0,82 \pm 0,04$ до $0,77 \pm 0,08$ балла), $p < 0,01$.

Показатель депрессии (DEP) в основной группе снизился на 19,7% (с $0,76 \pm 0,09$ балла до $0,61 \pm 0,03$ балла), а в группе сравнения – на 3,9% (с $0,76 \pm 0,09$ балла до $0,73 \pm 0,12$ балла), $p < 0,05$.

Показатель PNOB в основной группе снизился на 45,6% (с $0,46 \pm 0,09$ балла до $0,25 \pm 0,02$ балла), а в группе сравнения – на 10,8% (с $0,46 \pm 0,09$ балла до $0,41 \pm 0,09$ балла), $p < 0,05$.

Показатель PSY в основной группе снизился на 14,3% (с $0,35 \pm 0,07$ балла до $0,30 \pm 0,01$ балла, $p < 0,05$), а в группе сравнения – на 2,8% (с $0,35 \pm 0,07$ балла до $0,34 \pm 0,05$ балла, $p = 0,03$).

Общий индекс тяжести симптомов (GSI) в основной группе уменьшился на 36,1% (с $0,83 \pm 0,17$ балла до $0,53 \pm 0,02$ балла), в группе сравнения – на 8,4% (с $0,83 \pm 0,17$ балла до $0,76 \pm 0,07$ балла, $p=0,02$).

Индекс PST в основной группе уменьшился на 17,4% (с $41,4 \pm 3,23$ балла до $34,2 \pm 1,02$ балла), в группе сравнения – на 1,9% (с $41,4 \pm 3,23$ балла до $40,6 \pm 2,13$ балла), $p<0,05$.

Индекс PSDI в основной группе снизился на 10,6% (с $1,32 \pm 0,08$ балла до $1,18 \pm 0,02$ балла), в группе сравнения – на 2,3% (с $1,32 \pm 0,08$ балла до $1,29 \pm 0,11$ балла), $p<0,001$.

Менее выраженными, но присутствующими в обеих терапевтических группах, были изменения и по другим показателям. Так, показатель NOS в основной группе снизился на 4,8% (с $0,63 \pm 0,08$ балла до $0,60 \pm 0,03$ балла), в группе сравнения – на 1,5% (с $0,63 \pm 0,08$ балла до $0,62 \pm 0,07$ балла), $p=0,95$. Показатель ОС после лечения в основной группе снизился на 2,6% (с $0,77 \pm 0,09$ балла до $0,75 \pm 0,02$ балла), в группе сравнения – на 1,3% (с $0,77 \pm 0,09$ балла до $0,76 \pm 0,10$ балла), $p=0,85$. Показатель PAR в основной группе снизился на 5,3% (с $0,57 \pm 0,12$ балла до $0,54 \pm 0,02$ балла), а в группе сравнения – на 1,7% (с $0,57 \pm 0,12$ балла до $0,56 \pm 0,08$ балла), $p=0,51$.

При анализе показателей опросника САН выявлено, что показатель самочувствие в основной группе повысился на 21,8% (с $4,3 \pm 0,05$ балла до $5,5 \pm 0,05$ балла), в группе сравнения – лишь на 6,5% (с $4,3 \pm 0,05$ балла до $4,6 \pm 0,09$ балла), $p<0,001$; показатель активность в основной группе повысился на 16,7% (с $4,5 \pm 0,04$ балла до $5,4 \pm 0,06$ балла), в группе сравнения – на 2,2% (с $4,5 \pm 0,04$ балла до $4,6 \pm 0,08$), $p<0,001$; показатель настроения в основной группе повысился на 20% (с $4,4 \pm 0,06$ балла до $5,5 \pm 0,06$ балла), в группе сравнения – на 6,4% (с $4,4 \pm 0,06$ балла до $4,7 \pm 0,11$), $p<0,001$.

При анализе количества больных АлД в зависимости от результатов ответов по опроснику САН выявлено, что в основной группе свое состояние оценивали как неблагоприятное 8 (8,3%) больных, в группе сравнения – 14 (46,7%) больных; 28 (28,9%) больных в основной группе оценивали свое состояние как минимально

допустимый уровень и 9 (30%) больных – в группе сравнения; 61 (62,9%) больных в основной группе расценивали свое состояние как благоприятное и лишь 7 (23,3%) больных – в группе сравнения.

По показателю активность отмечено, что у 3 (3,1%) больных в основной группе оценивали свое состояние как неблагоприятное, в группе сравнения таких больных было 10 (33,3%); 27 (27,8%) больных в основной группе и 14 (46,7%%) больных в группе сравнения оценивали свое состояние как минимально допустимый уровень. 67 (69,1%) больных основной группы оценивали свое состояние как благоприятное, в группе сравнения – лишь 6 (20,0%) больных.

При анализе ответов по показателю настроение отмечено, что 2 (2,1%) больных в основной группе расценили свое состояние как неблагоприятное, в группе сравнения – 7 (23,3%). 25 (27,8%) больных в основной группе оценивали свое состояние как минимально допустимый уровень и 15 (50,0%) больных – в группе сравнения. 70 (72,2%) больных основной группы и лишь 8 (26,7%) больных в группе сравнения расценивали свое состояние как благоприятное.

При анализе динамики показателя опросника ШУДЖ после лечения отмечено, что в основной группе он повысился на 24,9% (с $21,4 \pm 0,5$ балла до $28,5 \pm 0,4$ балла), в группе сравнения – на 7,7% (с $21,4 \pm 0,5$ балла до $23,2 \pm 0,7$ балла) ($p < 0,001$).

При анализе этого же показателя по количеству больных установлено, что 7 (22,5%) больных в группе сравнения оценивали свое качество жизни как неудовлетворительное, в основной группе таких больных не было. Как среднее состояние качества жизни оценивали свое состояние в основной группе 21 (25,3%) больных, в группе сравнения – 14 (45,2%%) больных. 62 (74,7%) больных основной группы оценивали свое качество жизни как высокое (25-35 баллов) и лишь 10 (32,3%) больных – в группе сравнения.

При анализе результатов лечения по опроснику HADS в группах сравнения выявлено, что в основной группе показатель по шкале тревоги снизился на 61,2% (с $8,5 \pm 0,3$ балла до $3,3 \pm 0,2$ балла), в группе сравнения – на 10,6% (с $8,5 \pm 0,3$ балла до $7,6 \pm 0,4$ балла), $p < 0,01$. Показатель по шкале депрессии в основной группе

снизился на 65,4% (с $8,7 \pm 0,3$ балла до $3,01 \pm 0,1$ балла), в группе сравнения – на 16% (с $8,7 \pm 0,3$ балла до $7,3 \pm 0,4$ балла), $p < 0,05$.

При анализе количества больных по опроснику HADS 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 было отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги (0-7 баллов), в группе сравнения – 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.

Анализ результатов теста Спилбергера – Ханина после лечения выявил значительное снижение уровня ситуативной тревоги, что расценивалось как уменьшение психоэмоционального напряжения у больных АлД. Также отмечено, что после лечения достоверно снизился уровень личностной тревожности, что свидетельствовало об уменьшении тревожно-фобических, тревожно-депрессивных расстройств у больных. Средний уровень ситуативной тревожности в основной группе снизился на 24,7% (с $46,6 \pm 0,64$ балла до $35,1 \pm 0,7$ балла), $p < 0,05$, в то время как в группе сравнения – на 2,6% (с $46,6 \pm 0,64$ балла до $45,4 \pm 1,6$ балла), $p = 0,52$. Уровень личностной тревожности в основной группе снизился на 21,4% (с $46,8 \pm 0,65$ балла до $36,8 \pm 0,8$ балла, $p < 0,05$), в группе сравнения – на 4,3% (с $46,8 \pm 0,65$ балла до $44,8 \pm 1,4$ балла, $p = 0,26$).

При сопоставлении этих показателей с количеством обследуемых больных выявлено, что высокий уровень ситуативной тревожности в группе сравнения был у 20 (64,5%) больных, в основной группе – лишь у 5 (6,0%) больных; высокий уровень личностной тревожности в группе сравнения был у 23 (74,2%) больных, в

основной группе – лишь у 4 (4,8%) больных. Умеренная ситуативная тревожность в группе сравнения была у 10 (32,3%) больных, в основной группе – у 52 (62,7%) больных. Умеренная личностная тревожность в основной группе была у 49 (59,0%) больных, в группе сравнения – у 6 (19,3%) больных. Низкий уровень ситуативной тревожности был у 26 (31,3%) больных в основной группе и у 1 (3,2%) больного – в группе сравнения. Низкий уровень личностной тревожности был у 30 (36,1%) больных в основной группе и у 2 (6,5%) больных – в группе сравнения.

После лечения в основной группе значительно уменьшился уровень вегетативной дисфункции, оцененной по опроснику А.М. Вейна. Средние значения в основной группе снизились на 49,5% (с $28,9 \pm 0,91$ балла до $14,6 \pm 1,18$ балла), в то время как в группе сравнения – лишь на 11,1% (с $28,9 \pm 0,91$ балла 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% (с $0,82 \pm 0,07$ балла до $0,57 \pm 0,04$ балла), в группе сравнения – на 2,4% (с $0,82 \pm 0,07$ балла до $0,80 \pm 0,31$), $p < 0,05$. У больных АлКД этот показатель снизился в основной группе на 31,8% (с $0,66 \pm 0,08$ балла до $0,45 \pm 0,06$ балла), в группе сравнения – на 7,6% (с $0,66 \pm 0,08$ балла до $0,61 \pm 0,25$ балла), $p < 0,05$. У больных экземой снизился на 25,6% (с $0,78 \pm 0,07$ балла до $0,58 \pm 0,34$ балла), в группе сравнения – на 1,3% (с $0,78 \pm 0,07$ балла до $0,77 \pm 0,06$), $p < 0,05$. У больных крапивницей снизился на 40,8% (с $0,76 \pm 0,09$ балла до $0,45 \pm 0,12$ балла), в группе сравнения – на 5,3 % (с $0,76 \pm 0,09$ балла до $0,72 \pm 0,24$ балла), $p < 0,05$.

Показатель ОС в основной группе у больных АД снизился на 11% (с $0,82 \pm 0,06$ балла до $0,73 \pm 0,06$ балла), в группе сравнения – на 3,7% (с $0,82 \pm 0,06$ балла до $0,79 \pm 0,28$ балла), $p < 0,05$. У больных экземой в основной группе снизился на 22,2% (с $0,81 \pm 0,07$ балла до $0,63 \pm 0,07$ балла), в группе сравнения – на 1,2% (с $0,81 \pm 0,07$ балла до $0,80 \pm 0,15$ балла), $p < 0,05$. У больных крапивницей в основной группе снизился на 3,4% (с $0,59 \pm 0,09$ балла до $0,57 \pm 1,91$ балла), в группе

сравнения – на 1,7% (с $0,59 \pm 0,09$ балла до $0,58 \pm 0,25$ балла), $p < 0,05$. У больных АлКД в обеих группах до- и после лечения он не изменился: в основной группе $0,74 \pm 0,09$ балла и $0,74 \pm 0,04$ балла, соответственно, в группе сравнения $0,74 \pm 0,09$ балла и $0,74 \pm 0,14$ балла, соответственно, $p = 0,65$.

Показатель INT в основной группе у больных АД снизился на 17,3% (с $0,81 \pm 0,06$ балла до $0,67 \pm 0,04$ балла), в группе сравнения – на 3,7% (с $0,81 \pm 0,06$ балла до $0,78 \pm 0,15$ балла), $p < 0,05$. У больных экземой в основной группе снизился на 25,6% (с $0,78 \pm 0,07$ балла до $0,58 \pm 0,04$ балла), в группе сравнения – на 11,5% (с $0,78 \pm 0,07$ балла до $0,69 \pm 0,17$ балла), $p < 0,05$. У больных крапивницей в основной группе снизился на 6,8% (с $0,59 \pm 0,07$ балла до $0,55 \pm 0,06$ балла), в группе сравнения – на 1,7% (с $0,59 \pm 0,07$ балла до $0,58 \pm 0,23$ балла), $p < 0,05$. У больных АлКД в основной группе снизился на 5,8% (с $0,69 \pm 0,07$ балла до $0,65 \pm 0,09$ балла), в группе сравнения – на 1,4% (с $0,69 \pm 0,07$ балла до $0,68 \pm 0,15$ балла), $p < 0,05$.

Показатель DER в основной группе у больных АД снизился на 19,5% (с $0,77 \pm 0,11$ балла до $0,62 \pm 0,04$ балла), в группе сравнения – на 2,6% (с $0,77 \pm 0,11$ балла до $0,75 \pm 0,43$ балла), $p < 0,05$. У больных экземой в основной группе снизился на 5,6% (с $0,72 \pm 0,08$ балла до $0,68 \pm 0,05$ балла), в группе сравнения – на 1,4% (с $0,72 \pm 0,08$ балла до $0,71 \pm 0,25$ балла), $p < 0,05$. У больных крапивницей в основной группе снизился на 3,3% (с $0,60 \pm 0,11$ балла до $0,58 \pm 0,07$ балла), в группе сравнения повысился на 7,7% (с $0,60 \pm 0,11$ балла до $0,65 \pm 0,24$ балла), $p < 0,05$. У больных АлКД в основной группе снизился на 3,4% (с $0,59 \pm 0,07$ балла до $0,57 \pm 0,13$ балла), в группе сравнения – на 1,7% (с $0,59 \pm 0,07$ балла до $0,58 \pm 0,21$ балла), $p < 0,05$.

Показатель ANX в основной группе у больных АД снизился на 24,7% (с $0,77 \pm 0,08$ балла до $0,58 \pm 0,03$ балла), в группе сравнения – на 2,6% (с $0,77 \pm 0,08$ балла до $0,75 \pm 0,19$ балла), $p < 0,05$. У больных экземой в основной группе снизился на 35,2% (с $0,74 \pm 0,08$ балла до $0,48 \pm 0,04$ балла), в группе сравнения – на 2,7% (с $0,74 \pm 0,08$ балла до $0,72 \pm 0,15$ балла), $p < 0,05$. У больных крапивницей в основной группе снизился на 14% (с $0,57 \pm 0,13$ балла до $0,49 \pm 0,06$ балла), в группе сравнения повысился на 1,8% (с $0,57 \pm 0,13$ балла до $0,56 \pm 0,19$ балла), $p < 0,05$. У

больных АлКД в основной группе снизился на 11,8% (с $0,51 \pm 0,06$ балла до $0,45 \pm 0,04$ балла), в группе сравнения – на 5,6% (с $0,51 \pm 0,06$ балла до $0,48 \pm 0,24$ балла), $p < 0,05$.

Особый интерес представлял анализ показателя фобической тревожности (РНОВ). В основной группе у больных АД он снизился на 51,1% (с $0,45 \pm 0,06$ балла до $0,22 \pm 0,03$ балла), в группе сравнения – на 4,4% (с $0,45 \pm 0,06$ балла до $0,43 \pm 0,37$ балла), $p < 0,05$. У больных экземой в основной группе снизился на 34,1% (с $0,41 \pm 0,06$ балла до $0,27 \pm 0,03$ балла), в группе сравнения – на 2,3% (с $0,41 \pm 0,06$ балла до $0,40 \pm 0,19$ балла), $p < 0,05$. У больных крапивницей в основной группе снизился на 36,1% (с $0,36 \pm 0,15$ балла до $0,23 \pm 0,05$ балла), в группе сравнения – на 5,5% (с $0,36 \pm 0,15$ балла до $0,34 \pm 0,09$ балла), $p < 0,05$. У больных АлКД в основной группе снизился на 40,6% (с $0,32 \pm 0,05$ балла до $0,19 \pm 0,09$ балла), в группе сравнения – на 6,3% (с $0,32 \pm 0,05$ балла до $0,30 \pm 0,10$ балла), $p < 0,05$.

Показатель НОС в основной группе у больных АД повысился на 10% (с $0,54 \pm 0,05$ балла до $0,60 \pm 0,06$ балла), в группе сравнения – на 1,8% (с $0,54 \pm 0,05$ балла до $0,55 \pm 0,20$ балла), $p < 0,05$. У больных экземой в основной группе повысился на 6,7% (с $0,56 \pm 0,05$ балла до $0,60 \pm 0,04$ балла), в группе сравнения – на 1,8% (с $0,56 \pm 0,05$ балла до $0,57 \pm 0,13$ балла), $p < 0,05$. У больных крапивницей в основной группе повысился на 4,9% (с $0,58 \pm 0,08$ балла до $0,61 \pm 0,16$ балла), в группе сравнения – на 3,4% (с $0,58 \pm 0,08$ балла до $0,56 \pm 0,28$ балла), $p < 0,05$. У больных АлКД в основной группе повысился на 18,6% (с $0,48 \pm 0,06$ балла до $0,59 \pm 0,05$ балла), в группе сравнения – на 4% (с $0,48 \pm 0,06$ балла до $0,50 \pm 0,19$ балла), $p < 0,05$.

Показатель PAR в основной группе у больных АД снизился на 12,7% (с $0,55 \pm 0,06$ балла до $0,48 \pm 0,04$ балла), в группе сравнения повысился на 20,3% (с $0,55 \pm 0,06$ балла до $0,69 \pm 0,25$ балла), $p < 0,05$. У больных экземой в основной группе снизился на 18,9% (с $0,58 \pm 0,07$ балла до $0,47 \pm 0,05$ балла), в группе сравнения – на 1,7% (с $0,58 \pm 0,07$ балла до $0,57 \pm 0,16$ балла), $p < 0,05$. У больных крапивницей в основной группе повысился на 4% (с $0,48 \pm 0,08$ балла до $0,50 \pm 0,06$

балла), в группе сравнения – на 12,7% (с $0,48 \pm 0,08$ балла до $0,55 \pm 0,24$ балла), $p < 0,05$. У больных АлКД в основной группе снизился на 1,8% (с $0,55 \pm 0,44$ балла до $0,54 \pm 0,07$ балла), в группе сравнения повысился на 3,5% (с $0,55 \pm 0,44$ балла до $0,57 \pm 0,10$ балла), $p < 0,05$.

Показатель PSY в наших наблюдениях варьировал, в сравнении с нормативными значениями ($0,30 \pm 0,03$ балла), в основной группе у больных АД повысился на 3,1% (с $0,31 \pm 0,04$ балла до $0,32 \pm 0,02$ балла), в группе сравнения – на 13,9% (с $0,31 \pm 0,04$ балла до $0,36 \pm 0,24$ балла), $p < 0,05$. У больных экземой в основной группе снизился на 8,3% (с $0,36 \pm 0,05$ балла до $0,33 \pm 0,02$ балла), в группе сравнения остался без изменений: $0,36 \pm 0,05$ балла и $0,36 \pm 0,14$ балла, $p < 0,05$. У больных крапивницей в основной группе повысился на 17,2% (с $0,24 \pm 0,05$ балла до $0,29 \pm 0,03$ балла), в группе сравнения - на 35,1% (с $0,24 \pm 0,05$ балла до $0,37 \pm 0,16$ балла), $p < 0,05$. У больных АлКД в основной группе повысился на 19,3% (с $0,25 \pm 0,04$ балла до $0,31 \pm 0,07$ балла), в группе сравнения на 26,4% (с $0,25 \pm 0,04$ балла до $0,34 \pm 0,08$ балла), $p < 0,05$.

Показатель GSI был разной степени выраженности, по сравнению с нормативным значением ($0,51 \pm 0,02$ балла). Так в основной группе у больных АД снизился на 40,8% (с $0,93 \pm 0,31$ балла до $0,55 \pm 0,03$ балла), в группе сравнения – на 10,7% (с $0,93 \pm 0,31$ балла до $0,83 \pm 0,27$ балла), $p < 0,05$. У больных экземой в основной группе снизился на 18,7% (с $0,64 \pm 0,06$ балла до $0,52 \pm 0,03$ балла), в группе сравнения – на 3,1% (с $0,64 \pm 0,06$ балла до $0,62 \pm 0,13$ балла), $p < 0,05$. У больных крапивницей в основной группе снизился на 62,1% (с $1,48 \pm 0,92$ балла до $0,56 \pm 0,04$ балла), в группе сравнения – на 40,5% (с $1,48 \pm 0,92$ балла до $0,88 \pm 0,24$ балла), $p < 0,05$. У больных АлКД в основной группе снизился на 1,9 % (с $0,52 \pm 0,04$ балла до $0,51 \pm 0,08$ балла), в группе сравнения – до и после лечения не изменился: $0,52 \pm 0,04$ балла и $0,52 \pm 0,02$ балла, соответственно, $p < 0,05$.

Показатель PSI в основной группе у больных АД снизился на 26,1% (с $38,7 \pm 2,01$ балла до $28,6 \pm 1,47$ балла), в группе сравнения – на 1,5% (с $38,7 \pm 2,01$ балла до $38,1 \pm 5,48$ балла), $p < 0,05$. У больных экземой в основной группе снизился на 31,7% (с $41,3 \pm 2,4$ балла до $28,2 \pm 2,20$ балла), в группе сравнения – на 1,4% (с

41,3±2,4 балла до 40,7±2,14 балла), $p<0,05$. У больных крапивницей в основной группе снизился на 23,1% (с 36,3±3,9 балла до 27,9±2,42 балла), в группе сравнения – на 5,5% (с 36,3±3,9 балла до 34,3±10,7 балла), $p<0,05$. У больных АлКД в основной группе снизился на 28,1% (с 37,4±2,7 балла до 26,9±1,64 балла), в группе сравнения – на 2,8% (с 37,4±2,7 балла до 36,4±9,17 балла), $p<0,05$.

Индекс симптоматического дистресса в основной группе у больных АД снизился на 10,5% (с 1,33±0,06 балла до 1,19±0,04 балла), в группе сравнения – на 3,7% (с 1,33±0,06 балла до 1,28±0,35 балла), $p<0,05$. У больных экземой в основной группе снизился на 12,2% (с 1,31±0,07 балла до 1,15±0,04 балла), в группе сравнения – на 1,5% (с 1,31±0,07 балла до 1,29±0,20 балла), $p<0,05$. У больных крапивницей в основной группе снизился на 4,1% (с 1,23±0,09 балла до 1,18±0,04 балла), в группе сравнения – на 1,6% (с 1,23±0,09 балла до 1,21±0,40 балла), $p<0,05$. У больных АлКД в основной группе снизился на 1,7% (с 1,19±0,06 балла до 1,17±0,11 балла), в группе сравнения повысился на 3,2% (с 1,19±0,06 балла до 1,23±0,11 балла), $p<0,05$.

При анализе опросника САН установлено, что показатель самочувствия у больных АД повысился на 6,7% (с 4,2±0,09 балла до 4,5±0,15 балла) в группе сравнения, в основной группе – на 22,2% (с 4,2±0,09 балла до 5,4±0,08 балла), $p<0,05$. У больных экземой показатель самочувствие в основной группе повысился на 17,3% (с 4,3±0,08 балла до 5,2±0,09 балла), в группе сравнения – на 6,5% (с 4,3±0,08 балла до 4,6±0,07 балла), $p<0,05$. У больных крапивницей этот показатель в основной группе повысился на 13,7% (с 4,4±0,21 балла до 5,1±0,16 балла, $p<0,05$) в группе сравнения остался без изменений (4,4±0,21 балла и 4,4±0,08 балла, соответственно). У больных с АлКД в основной группе повысился на 13,4% (с 4,5±0,11 балла до 5,2±0,1 балла), в группе сравнения – на 2,2% (с 4,5±0,11 балла до 4,6±0,3 балла), $p<0,05$.

Показатель активности у больных АД в основной группе повысился на 18,9% (с 4,3±0,09 балла до 5,3±0,10 балла), в группе сравнения – на 8,5% (с 4,3±0,09 балла до 4,7±0,14 балла), $p<0,05$. У больных экземой этот показатель в основной группе повысился на 17% (с 4,4±0,07 балла до 5,3±0,11 балла), в группе

сравнения – на 6,4% (с $4,4 \pm 0,07$ до $4,7 \pm 0,16$ балла), $p < 0,05$. У больных крапивницей этот показатель в основной группе повысился на 15,1% (с $4,5 \pm 0,16$ балла до $5,3 \pm 0,16$ балла), в группе сравнения – на 2,2% (с $4,5 \pm 0,16$ балла до $4,6 \pm 0,18$ балла), $p < 0,05$. У больных АлКД в основной группе повысился на 13,5% (с $4,5 \pm 0,08$ балла до $5,2 \pm 0,1$ балла), в группе сравнения – на 4,3% (с $4,5 \pm 0,08$ балла до $4,7 \pm 0,3$ балла), $p < 0,05$.

Показатель настроение у больных АД в группе сравнения повысился на 4,5% (с $4,2 \pm 0,11$ балла до $4,4 \pm 0,2$ балла), в основной группе – на 23,6% (с $4,2 \pm 0,11$ балла до $5,5 \pm 0,1$ балла), $p < 0,05$. У больных экземой этот показатель в основной группе повысился на 18,9% (с $4,3 \pm 0,09$ балла до $5,3 \pm 0,1$ балла), в группе сравнения – на 6,5% (с $4,3 \pm 0,09$ до $4,6 \pm 0,14$ балла), $p < 0,05$. У больных крапивницей этот показатель в основной группе повысился на 15,1% (с $4,5 \pm 0,22$ балла до $5,3 \pm 0,13$ балла), в группе сравнения – на 4,3% (с $4,5 \pm 0,22$ балла до $4,7 \pm 0,06$ балла), $p < 0,05$. У больных АлКД в основной группе повысился на 14,8% (с $4,6 \pm 0,11$ балла до $5,4 \pm 0,12$ балла), в группе сравнения – на 4,2% (с $4,6 \pm 0,11$ балла до $4,8 \pm 0,3$ балла), $p < 0,05$.

При анализе количества больных в зависимости от ответов по показателю самочувствие отмечено, что в основной группе 78 (80,4%) больных оценивали свое состояние как удовлетворительное, в группе сравнения – лишь 6 (20%), в т.ч. 22 (68,7%) больных экземой основной группы и 2 (20%) больных экземой группы сравнения; 30 (85,7%) больных АД основной группы и 2 (20%) больных АД группы сравнения; 22 (88%) больных АлКД в основной группе и 1 (20%) больной АлКД в группе сравнения; 4 (80%) больных крапивницей в основной группе и 1 (20%) больной крапивницей в группе сравнения.

По показателю активности в основной группе 84 (86,6%) больных оценивали свое состояние как удовлетворительное, в группе сравнения – лишь 12 (40%), в т.ч. 27 (84,4%) больных экземой основной группы и 5 (50,0%) больных экземой группы сравнения; 30 (85,7%) больных АД основной группы и 3 (30%) больных АД группы сравнения; 23 (92,0%) больных АлКД в основной группе и 2

(40,0%) больных АлКД в группе сравнения; 4 (80,0%) больных крапивницей в основной группе и 2 (40,0%) больных – в группе сравнения.

По показателю настроение в основной группе 91 (93,8%) больных оценивали свое состояние как удовлетворительное, в группе сравнения – лишь 12 (40,0%), в т.ч. 30 (93,7%) больных экземой основной группы и 6 (60,0%) больных экземой группы сравнения; 32 (91,4%) больных АД основной группы и 2 (20,0%) больных АД группы сравнения; 24 (96,0%) больных АлКД в основной группе и 2 (40,0%) больных АлКД в группе сравнения; 5 (100%) больных крапивницей в основной группе и 2 (40,0%) больных крапивницей в группе сравнения.

Сопоставление результатов 2х летнего наблюдения за больными АлД, проживающих в ЗЛК, подтвердили эффективность лечения по разработанной методике. При анализе продолжительности ремиссии в терапевтических группах отмечено, что 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 лишь 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 у 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 дневного транквилизатора (адаптол), СРФ и комплекса психорелаксации, наряду с хорошей переносимостью, обладает высокой эффективностью.

ВЫВОДЫ

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

1. Выявлены клинико-эпидемиологические особенности АД у больных, проживающих в ЗЛК: связь дебюта и рецидивов АД со стрессом – у 119 (74,4%), 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 - у 53 (32,3%), 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 АД, 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 ($p<0,05$) – $0,46\pm0,09$, $0,18\pm0,02$ и $0,36\pm0,04$ баллов, соответственно; показателя соматизации: в 1,6 раза ($p<0,01$) и в 1,2 раза ($p<0,05$) – $0,71\pm0,04$, $0,44\pm0,03$ и $0,60\pm0,04$ баллов, соответственно; общего индекса тяжести симптомов: в 1,6 раза ($p<0,01$) и в 1,3 раза ($p<0,05$) – $0,83\pm0,17$, $0,51\pm0,02$ и $0,62\pm0,48$ баллов, соответственно; тревожности: в 1,5 раза ($p<0,01$) и в 1,2 раза ($p<0,05$) – $0,73\pm0,12$, $0,47\pm0,03$ и $0,61\pm0,04$ баллов, соответственно; повышении индекса симптоматического дистресса – $1,32\pm0,08$ балла, $1,17\pm0,05$ и $1,26\pm0,04$ 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 АлД, 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 АлД, проживающих в ЗЛК, установлены выраженные изменения временных и частотных показателей ВСП, 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 АлД, что необходимо учитывать при лечении и реабилитации больных.

5. У 86 (75,4%) больных АлД, 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 АлД, 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 ($p<0,05$) тенденцию к нормализации вегетативных расстройств по основным показателям ВСП (SDNN, RMSSD, TP, HF-, VLF-, и LF- волн, LF/HF), тенденцию к нормализации психопатологических показателей и нейровегетативных расстройств ($p<0,05$), стойкую клиническую ремиссию на протяжении 2-х лет наблюдения у 59 (45,4%) больных, в сравнении с традиционным лечением - у 8 (23,5%) больных.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

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

2. Больным АлД, 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, применения 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 УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АД	– атопический дерматит
АлД	– аллергодерматозы
АлКД	– аллергический контактный дерматит
АЛТ	– аланинаминотрансфераза
АСТ	– аспартатаминотрансфераза
ВД	– вегетативная дисфункция
ВИК	– вегетативный индекс Кердо
ВНС	– вегетативная нервная система
ВСД	– вегетососудистая дистония
ВСР	– вариабельность сердечного ритма
ВТ	– вегетативный тонус
ДИКЖ	– дерматологический индекс качества жизни
ЗЛК	– зона локального конфликта
МКБ	– международная классификация болезней
РКДВД	– Республиканский клинический дерматовенерологический диспансер
САН	– Самочувствие, Активность, Настроение
СмР	– Соматоформные расстройства
СР	– Сердечный ритм
СРБ	– Среактивный белок
СРФ	– сегментарно-рефлекторная физиотерапия
ТР	– показатель общей мощности спектра
ЦНС	– центральная нервная система
ШЛТ	– Шкала личностной тревожности
ШСТ	– Шкала ситуативной тревожности
ШУДЖ	– Шкала удовлетворённости жизнью
ANX	– Anxiety – показатель тревожности
BSA	– BodySurfaceArea – площадь поверхности тела
DEP	– Depression – показатель депрессии

DLQI	– DermatologyLifeQuality Index – дерматологический индекс качества жизни	
GSI	– GeneralSymptomaticIndex – общийиндекстяжестисимптомов	
HADS	– Hospital Anxiety and Depression Scale – госпитальнаяшкалатревогиидепрессии	
HF	– высокочастотныйспектр	
HOS	– показатель враждебности	
IgE	– иммуноглобулинклассаЕобщий	
INT	– показатель межличностной сенситивности	
LF	–низкочастотныйспектр	
LF/HF	– отношение мощностей низких частот к мощности высоких	
OC	– показатель обсессивности–компульсивности	
PAR	– показательпаранойяльныхтенденций	
PDSI	– PositiveDistressSymptomaticIndex – индекссимптоматическогодистресса	
PHOB	– показатель фобическойтревожности	
PSI	– PositiveSymptomaticIndex – индекс общего числа утвердительных ответов	
PSY	– показательпсихотизма	
RMSSD	– квадратныйкореньизсуммыквадратовразностейпоследовательныхпар	
	RR	
SCL-90-R	– Symptomchecklist-90-revised	
SCORAD	–Severity Scoring of Atopic Dermatitis – оценкатяжестиатопическогодерматита	
SDNN	– стандартное отклонение длительности сердечного цикла	
SOM	– показатель соматизации	
VLF	– очень низкочастотный показатель	

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Абдрахманова, Г.Ж. Современные методы лечения атопического дерматита бактериофагами [Текст] / Г.Ж. Абдрахманова, Ф.Ф. Ягофаров, Д.Б. Козубаева, Н.К. Кудайбергенова // Наука о жизни и здоровье. – 2019. - №4. – С. 45-49.
2. Авагян, С. А. Особенности клинической картины профессиональной экземы от специфики производственных факторов[Текст] / С. А. Авагян, Н. А. Богачева, И. Я. Чистова // Медицина труда и промышленная экология. – 2019. – Т. 59, № 9. – С. 535.
3. Агасаров, Л. Г. Инновационные технологии реабилитационной медицины[Текст] / Л. Г. Агасаров, М. Ю. Яковлев, Т. В. Апханова // Арбатские чтения: сборник научных трудов научно-практической конференции. – М., 2020. – С. 6–11.
4. Адаскевич, В. П. Диагностические индексы в дерматологии [Текст] / В. П. Адаскевич. – М.: Издательство Панфилова, 2014. – 352 с.
5. Адаскевич, В. П. Кожный зуд. Дерматологический и междисциплинарный феномен [Текст] / В. П. Адаскевич. – М.: Издательство Панфилова, 2014. – 272 с.
6. Адаскевич, В. П. Психологическое сопровождение пациента в дерматологии [Текст] / В. П. Адаскевич, В. П. Дуброва // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2003. – № 1. – С. 51–56.
7. Аксенова, О. И. Состояние вегетативной нервной регуляции у больных атопическим дерматитом [Текст] / О. И. Аксенова, В. Н. Марченко, К. Н. Монахов // Вестник современной клинической медицины. – 2014. – Вып. 4, Т. 7. – С. 15–17.
8. Анохин, П. К. Принципы системной организации функций [Текст] / П. К. Анохин. – Москва : Наука, 1973. – С. 5–61.

9. Арсеньева, А. А. Оптимизация лечения больных атопическим дерматитом с нарушением психо-эмоционального статуса [Текст] : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.10 : защищена 22 декабря 2014 г. / Арсеньева Антонина Александровна. – Самара, 2014. – 135 с.
10. Асхаков, М. С. Современный взгляд на клинико-морфологические и осложненные формы атопического дерматита [Текст] / М. С. Асхаков // Вестник молодого ученого. – 2017. – № 2. – С. 15–21.
11. Атопический дерматит [Текст]: руководство для врачей / под ред. Т.В. Проценко. – Донецк, 2003. – 126с.
12. Атопический дерматит у детей: обновление 2019 (на правах руководства) : согласительный документ Ассоциации детских аллергологов и иммунологов России [Текст]. – Москва; Самара: АДАИР; ООО «Полиграфическое объединение «Стандарт», 2019. – 222 с.
13. Баевский Р. М. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний [Текст] / Р. М. Баевский, А. П. Берсенева. – Москва : Медицина, 1997. – 265 с.
14. Баевский, Р. М. Оценка адаптационных возможностей организма и задачи повышения эффективности здравоохранения [Текст] / Р. М. Баевский, В.М. Баранов, А.П. Берсенева // Экология человека - 2004. – № 6. – С. 25 - 29.
15. Баевский, Р. М. Кибернетический анализ процессов управления сердечным ритмом [Текст] / Р. М. Баевский // Актуальные проблемы физиологии и патологии кровообращения. – М.: Медицина, 1976. – С. 161–175.
16. Баевский, Р. М. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессах [Текст] / Р. М. Баевский, О. И. Кириллов, С. З. Клецкин. – Москва: Наука, 1984. – 220 с.
17. Баевский, Р. М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии [Текст] / Р. М. Баевский. – М.: Медицина, 1979. – 205 с.
18. Баевский, Р. М. Вариабельность сердечного ритма: теоретические аспекты и возможности клинического применения[Текст] / Р. М.Баевский, Г. Г. Иванов. – М., 2000. – 55 с.

19. Батаршев, А. В. Базовые психологические свойства и самоопределение личности [Текст] / А. В. Батаршев // Практическое руководство по психологической диагностике. – Санкт-Петербург : Речь, 2005. – С. 44–49.

20. Бешуля, О. А. Особенности соматовегетативных проявлений у студенческой молодежи с расстройством адаптации, склонных к увлечению компьютерами и сетью интернет [Текст] / О. А. Бешуля // Университетская Клиника . – 2020 . – № 1 (34). – С. 24–29

21. Благина, И. И. Особенности вегетативной регуляции у больных псориазическим артритом с нарушениями психоэмоционального статуса [Электронный ресурс] / И. И. Благина // Медицина и фармакология: электронный научный журнал. – 2015. – № 7-8 (19). – URL: <https://7universum.com/ru/med/archive/item/2544>, свободный [дата обращения : 15.07.2020].

22. Божко, С. А. Нелекарственная коррекция кожных заболеваний стрессорного генеза [Электронный ресурс] / С. А. Божко, Т. Ф. Шерина, И. Ю. Гуртовенко // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2014. – № 1. – С. 9–5. – URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/498>[дата обращения: 11.04.2020].

23. Бокова, И. А. Типология и коррекция постстрессовых расстройств различного генеза[Текст] / И. А. Бокова, Л. Г. Агасаров // Вестник новых медицинских технологий. – 2020. – № 1. – С. 145–150.

24. Бреславец М. В. Клініко-патогенетичне обґрунтування застосування індукованих автоколивань у комплексному лікуванні хворих на обмежену склеродермію [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед.наук : 14.01.20 : захищена 18 лютого 2004 р. / Бреславец Максим Валерійович; Інститут дерматології та венерології АМН України. – Харків, 2004 – 23 с.

25. Бурчинский, С. Г. Гипертензия стресс и артериальная. Применение Адаптола в комплексном лечении пациентов с артериальной гипертензией [Текст] / С. Г. Бурчинский // Семейная медицина. – 2015. – Т. 2, № 8. – С. 100–105.

26. Бурчинский, С. Г. Роль и место бензодиазепинов в фармакотерапии посттравматического стрессового расстройства [Текст] / С. Г. Бурчинский // Международный неврологический журнал. – 2018. – № 4 (98). – С. 68–73.
27. Бурчинский, С. Г. Седативные средства в фармакотерапии вегетативной дисфункции [Текст] / С. Г. Бурчинский // Здоров'я України. – 2012. – № 7(284). – С. 38–39.
28. Бурчинский, С. Г. Синдром тревоги в неврологической практике: возможности и стратегии фармакотерапии [Текст] / С. Г. Бурчинский // Семейная медицина. – 2016. – № 4. – С. 107–111.
29. Василенко, А. В. Комплексная дифференцированная терапия больных рецидивами розацеа с учетом изменений показателей вариабельности сердечного ритма и изменений психологического статуса [Текст] / А. В. Василенко // Запорожский медицинский журнал. – 2015. – №4 (91). – С. 79–83.
30. Вейн, А. М. Вегетативные расстройства [Текст] / А. М. Вейн. – Москва, 2003. – 400 с.
31. Веретельник, К. А. Состояние вегетативной нервной системы у больных псориазом, осложненным малассезиозом кожи [Текст] / К. А. Веретельник, В. П. Федотов // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2016. – №1-4. – С. 243–245.
32. Виды реабилитации: физиотерапия, лечебная физкультура, массаж [Текст] / Т. Ю. Быковская [и др.]. – Ростов на Дону : Феникс, 2010. – 558 с.
33. Возможности реабилитации больных атопическим дерматитом и профилактики обострений нелекарственными методами [Текст] / И. В. Кошелева [и др.] // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2017. – № 4. – С. 35–42.
34. Волошин, В. М. Посттравматическое стрессовое расстройство (клиника, динамика, течение и современные подходы к психофармакотерапии) [Текст] : автореф. дис. ... доктора мед. наук : 14.00.18 : защищена 21 апреля 2004 г. / Волошин Владимир Маркович. – Москва, 2004. – 49 с.

35. Воробьева, О. В. Открытое сравнительное наблюдательное исследование эффективности и безопасности препарата Адаптол в терапии тревожно-астенических расстройств у больных с хронической ишемией головного мозга [Текст] / О. В. Воробьева, В. В. Репина // Журнал неврологии и психиатрии. – 2016. – Т. 116, № 3. – С. 20–24.

36. Воскресенский, А. Д. Статистический анализ сердечного ритма и показателей гемодинамики в физиологических исследованиях [Текст] / А. Д. Воскресенский, М. Д. Вентцель. – Москва : Наука, 1974. – 221 с.

37. Горский, В.С. Атопический дерматит: обзор современных терапевтических средств [Текст] / В.С. Горский [и др.] // Клиническая дерматология и венерология. – 2018. - №1. – С. 9-13.

38. Гончаров, С. В. К вопросу о комплексном обследовании и лечении больных кожным зудом, атопическим дерматитом и нейродермитом с применением антидепрессантов [Текст] / С. В. Гончаров, Е. В. Пастернак, А. С. Чепрасова // Вісник морської медицини. – 2018. – № 1. – С. 84–93.

39. Дадашова, Г.М. Гендерные и возрастные особенности вариабельности сердечного ритма у практически здоровых лиц [Текст] / Г. М. Дадашова // Профилактическая медицина. – 2015. – № 2. – С. 54–58

40. Денисенко, О. И. Хронодетерминированный подход к назначению больным аллергодерматозами средств антиоксидантного действия [Текст] / О. И. Денисенко // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2019. – № 1-2. – С. 11–16.

41. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общей медицинской практики. Результаты программы КОМПАС [Текст] / Р. Г. Оганов [и др.] // Кардиология. – 2004. – № 1. – С. 48–54.

42. Дерматовенерология [Текст]: клинические рекомендации/ под ред. А. Кубановой. – М.: ДЭКС-Пресс. – 2010. – 435 с.

43. Дерматология Фицпатрика в клинической практике [Текст] / К. Вольф [и др.]; пер. с англ. под общей редакцией Н. Н. Потекаева и А. Н. Львова – М.: Изд. Панфилова; БИНОМ, 2012. – Т. 1. – 1168 с.

44. Дзяк, Л. А. Тревожные расстройства в общей медицинской практике [Текст] / Л. А. Дзяк, Е. С. Цуракаленко // Семейная медицина. – 2016. – № 5. – С. 55–59.
45. Добрецкая, К. В. Символизм кожи и проблемы современной психодерматологии [Текст / К. В. Добрецкая // Психология. Вестник Харьковского национального университета. – 2012. – № 1009. – С. 165–168.
46. Довжанский, С. И. Качество жизни — показатель состояния больных хроническими дерматозами [Текст / С. И. Довжанский // Вестник дерматологии. – 2001. – № 3. – С. 3–12
47. Донецкая Народная Республика. Министерство здравоохранения. Унифицированные клинические протоколы медицинской помощи «Атопический дерматит», «Аллергический контактный дерматит» [Текст] : приказ № 1554 от 28. 12. 2016 г. – Донецк, 2016. – 105 с.
48. Дороженок, И. Ю. Клинико-терапевтические аспекты психических расстройств, коморбидных хроническим дерматозам [Текст] / И. Ю. Дорожнок // Доктор.Ру. – 2010. –Т. 4 (55). – С. 64–67.
49. Дороженок, И. Ю. Клинико-терапевтические аспекты расстройств тревожного спектра в дерматологической практике (опыт применения Афобазола) [Текст] / И. Ю. Дорожнок // Психиатрия и психофармакотерапия им. П. Б. Ганнушкина. – 2016. – № 01. – С. 29–33.
50. Дороженок, И. Ю. Психические расстройства, провоцируемые хроническими дерматозами: клинический спектр [Текст]/ И. Ю. Дороженок, А. Н. Львов // Вестник дерматологии и венерологии. – 2009. – № 4. – С. 35–41.
51. Дороженок, И. Ю. Психоаллергология (обзор литературы) [Текст] / И. Ю. Дороженок // Вестник новых медицинских технологий. – 2018. – Т. 25, № 4. – С. 23–29.
52. Дубицкая, Е. А. Стигматизация больных депрессией [Текст] : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 : защищена 23 сентября 2009 г. / Дубицкая Екатерина Андреевна; Российский государственный медицинский университет Росздрава. – М., 2009. – 234 с.

53. Дымова, Е. Н. Параметры психологического благополучия / неблагополучия при разном уровне психической травматизации [Текст]/ Е. Н. Дымова, Н. В. Тарабрина, Н. Е. Харламенкова // Вестник Московского университета. – 2015. – № 2. – С. 37–50
54. Дымова, Е. Н. Психологическая безопасность и травматический опыт как модуляторы поиска социальной поддержки в трудной жизненной ситуации [Текст]/ Е. Н. Дымова, Н. В. Тарабрина, Н. Г. Харламенкова // Психологический журнал. – 2015. – Т. 36, № 3. – С. 15–26.
55. Дымова, Е. Н. Уровень посттравматического стресса в трудной жизненной ситуации [Текст] / Е. Н. Дымова // Педагогика и психология. – 2019. – Т. 7, № 4. – С. 1–13.
56. Заболевания вегетативной нервной системы [Текст] / под ред. А. М. Вейна. – М., 1991. – 621 с.
57. Заболевания вегетативной нервной системы. Состояние, проблемы [Текст] / К. М. Наумов [и др.] // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2018. – № S3. – С. 91–93.
58. Завьялов, В. Ю. Музыкальная релаксационная терапия [Текст]/ В. Ю. Завьялов. – Новосибирск : РАН, 1995. – 79 с.
59. Иванов, О. Л. Диагностика и коррекция пограничных психических расстройств у больных атопическим дерматитом (часть 2) [Текст] / О. Л. Иванов, А. Н. Львов, В. В. Остришко // Вестник дерматологии и венерологии. – 1998. – № 3. – С. 40–42.
60. Клиническая лабораторная диагностика [Текст]: национальное руководство: в 2 т. / под ред. В. В. Долгова, В. В. Меньшикова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – Т. 1. – 928 с.
61. К лечению Адаптолом больных атопическим дерматитом в регионе северного Причерноморья [Текст] / Л. Н. Ковалёва [и др.] // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2012. – № 1-4. – С. 83–91
62. Караваева, Т. А. Психологические механизмы и психосоматические соотношения при различных дерматозах [Текст] / Т. А. Караваева, Т. Н.

Королькова // Клиническая дерматология и венерология. – 2018. – Т. 17. № 5. – С. 7–17.

63. Карвасарский, Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия [Текст] / Б. Д. Карвасарский. – Санкт-Петербург : Питер, 2002. – 752 с.

64. Киосева, Е. В. Психопатологическая характеристика эмоциональной сферы у студентов младших курсов [Текст]/ Е. В. Киосева // Український вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24, № 1 (86). – С. 60–63.

65. Киричинський, А. Р. Рефлекторная физиотерапия [Текст] / А. Р. Киричинський. – Киев, 1959. – 272 с.

66. Клубничкина, Н. П. Взаимосвязь личностных особенностей на психологическое и соматическое здоровье личности [Текст] / Н. П. Клубничкина // Студенческий вестник. – 2020. – № 28–1 (126). – С. 34–38.

67. Кокоева, Р.Т. Методы психотерапии в их современном практическом использовании [Текст] / Р. Т. Кокоева, Т. В. Козлова, Д. Ю.Тогоева // Мир науки. Педагогика и психология. – 2019. – Т. 7. – № 6. – С. 103.

68. КОМПЕНДИУМ 2016 — лекарственные препараты» [Текст]: справочник / под ред. В. Н. Коваленко. – М., 2016. – 2416 с.

69. Коннов, П. Е. Оценка качества жизни и эффективности комбинированной фармакотерапии с применением анксиолитика у больных хроническим актиническим дерматитом[Текст] / П. Е. Коннов, Е. В. Орлов, А. А. Арсеньева // Клиническая дерматология и венерология. – 2017. – Т. 16, № 1. – С. 64–67.

70. Коррекция психовегетативных расстройств в процессе комплексного лечения больных хроническими дерматозами [Текст]/ Е. С. Савченко [и др.] // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2012. – № 3 (39). – С. 107–111.

71. Коррекция психоэмоционального и кожного статуса больных некоторыми хроническими дерматозами [Текст]/ К. Я. Терёшин [и др.] // Дальневосточный медицинский журнал. – 2015. – № 2. – С. 56–58.

72. Кувшинова, Е. Д. Наружная терапия атопического дерматита: клинический случай [Текст] / Е. Д. Кувшинова // Фарматека. – 2020. – Т. 27, № 1. – С. 92–96.

73. Кулагин, В. И. Особенности патогенеза и лечения атопического дерматита у больных шизофренией [Текст] / В. И. Кулагин, О. В. Павлова // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2005. – № 5. – С. 34–36.

74. Кулагин, В. И. Особенности течения атопического дерматита и псориаза у больных, страдающих психологическими нарушениями [Текст] / В. И. Кулагин, О. В. Павлова // Вестник дерматологии и венерологии. – 2007. – № 1. – С. 16–19.

75. Кулаков, С. А. Основы психосоматики [Текст] / С. А. Кулаков. – Санкт-Петербург : Речь, 2003. – 203 с.

76. Кулишова, Т. В. Общая физиотерапия [Текст]: учебно-методическое пособие / Т. В. Кулишова, Н. А. Табашникова, А. Н. // М., ИНФРА, 2020. – 131 с.

77. Кутько, И. И. Стресс и психическое здоровье (психология и психосоматика психогенного дистресса) [Текст] / И. И. Кутько, Г. С. Рачкаускас, А. Н. Линев // Новости медицины и фармации. – 2013. – № 3 (444). – С. 20–25.

78. Кушкин, Д. Н. Оптимизация лечения больных красным плоским лишаем с применением квантовой гемотерапии на основании оценки вегетативного статуса [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.11 ; защищена 25 апреля 2001 г. / Кушкин Дмитрий Николаевич; Центральный научно-исследовательский кожно-венерологический институт Министерства Здравоохранения Российской Федерации. – М., 2001. – 20 с.

79. Кушкин, Д. Н. Оценка состояния вегетативной регуляции у больных красным плоским лишаем по показателям вариабельности ритма сердца [Текст] / Д. Н. Кушкин // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. – 2000. – № 2. – С. 127–130.

80. Лабораторный справочник Синэво [Текст]: справочник / под ред. Е. И. Винник. – Киев, 2019. – 732 с.

81. Ланг, Т.А. Как описывать статистику в медицине [Текст] / Т.А. Ланг и др. // Аннотированное руководство для авторов, редакторов и рецензентов – М.: Практическая медицина, 2011. – 480 с.
82. Лапач, С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel [Текст] / С.Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич; 2-е изд., перераб. и доп. – Киев : МОРИОН, 2001. – 408 с.
83. Левин, О. С. Тревожные расстройства в общеклинической практике [Текст] / О. С. Левин // Медицинский совет. – 2017. – № 10. – С. 36–40.
84. Литвинова, Т. А. Ароматерапия: профессиональное руководство в мире запахов [Текст] / Т. А. Литвинова. – Ростов –на-Дону : Феникс 200. – 416 с.
85. Львов, А. Н. Особенности психосоматического статуса у больных атопическим дерматитом и пути их комплексной коррекции [Текст] : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11 ; защищена 18 июня 2001 г. / Львов Андрей Николаевич. – М., 2001. –168 с.
86. Мавров, И. И. Этюды к диагностике и лечению в дерматологии и венерологии [Текст] / И. И. Мавров, В. А. Савоськина, Г. А. Дунаева. – Киев, 2009. – 432 с
87. Мазур, Е.Ю. Повышенная тревожность: эпидемия XXI века [Текст] / Е. Ю. Мазур, М. Д. Гусева // Россия и мир: развитие цивилизаций. Уроки прошлого, угрозы будущего: материалы X международной научно-практической конференции. – М., 2020. – С. 337– 340.
88. Маркин, С. П. Применение адаптола при лечении хронической боли в спине у пациентов с тревожными расстройствами[Текст] / С. П. Маркин // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2013. – Т. 16, № 1. – С. 92–94.
89. Мачарадзе, Д. Ш. Атопический дерматит: новые цели терапии [Текст] / Д. Ш. Мачарадзе // Вопросы современной педиатрии. – 2014. – Т. 13, № 4. –С. 70–73.

90. Медведев, В. Э. Терапия тревожно-депрессивных расстройств у больных терапевтического профиля [Текст] / В. Э. Медведев // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2015. – Т. 17, № 1. – С. 21–30.

91. Менгельбаева, З. Я. Нам нечего бояться кроме страха. Паническое расстройство. Этиология [Текст] / З. Я. Менгельбаева, И. А. Вышлова // Вестник науки. – 2019. – Т. 2. – № 4 (13). – С. 93-96.

92. Метод воздействия на нервно-рефлекторные механизмы зуда у больных atopическим дерматитом [Текст] / К. Я. Терёшин [и др.] // Дальневосточный медицинский журнал. – 2015. – № 2. – С. 133–136

93. Михайлов, В. М. Вариабельность ритма сердца. Опыт практического применения метода [Текст] / В. М. Михайлов. – Иваново, 2000. – 200 с.

94. Миченко, А. В. Атопический дерматит: аспекты психосоматических расстройств. Обзор литературы [Текст] / А. В. Миченко, А. Н. Львов // Психические расстройства в общей медицине. – 2008. – № 1. – С. 47–52.

95. Морозова, О. Г. Коррекция вегетативных и тревожных нарушений в практике врача [Текст] / О. Г. Морозова // Новости медицины и фармации. – 2007. – Вып. 215. – С. 8.

96. Мостовая, Л. И. Сравнительный анализ психического статуса больных псориазом и atopическим дерматитом [Текст] / Л. И. Мостовая // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2015. – Т. 17, № 5 (3). – С. 1021–1025.

97. Мутаев, А. А. Место психотерапии в лечении больных хроническими дерматозами [Текст] / А. А. Мутаев // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2003. – № 4. – С. 92–97.

98. Нагорна, Н. В. Немедикаментозна терапія і профілактика вегетосудинної дисфункції у дітей та підлітків [Текст] : автореф. дис... д-ра мед. наук: 14.01.10 / Нагорна Наталія Володимирівна; [Место защиты Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця]. - Київ, 2001. - 37 с.

99. Нейроиммуно-эндокринная регуляция физиологических и патофизиологических процессов в коже [Текст] / О. А. Башкина [и др.] //

Медицинская иммунология. – 2019. – Т. 21, № 5. – С. 807– 820.

100. Некоторые проблемы чувствительной кожи [Текст] / В. В. Гладько [и др.] // Consilium Medicum. Дерматология. – 2014. – № 1. – С. 4–7.

101. Николаевский, В. В. Ароматерапия [Текст]: справочник / В. В. Николаевский. – Москва: Медицина, 2000. – 336 с.

102. Обросов, А. Н. Справочник практического врача по физиотерапии [Текст] / А. Н. Обросов. – Москва: Медицина, 1976. – 312 с.

103. Орлов, Е. В. Клиническая эффективность комбинированной терапии атопического дерматита с применением Адаптола [Текст] / Е. В. Орлов, П. Е. Коннов, А. А. Арсеньева // Терапевтический архив. – 2014. – Т. 86, № 5. – С. 78–82.

104. Орлов, Ф. В. Психотерапия фобического расстройства, протекающего с атопическим дерматитом (клинический случай) [Текст] / Ф. В. Орлов // Клиническая и профилактическая медицина. – 2017. – № 3. – С. 25–31.

105. Осин Е. Н. Краткая версия теста жизнестойкости: психометрические характеристики и применение в организационном контексте [Текст] / Е. Н. Осин, Е. И. Рассказова // Вестник Московского университета. Психология. – 2013. – №2. – С. 147–165.

106. Осин, Е. Н. Апробация русскоязычных версий двух шкал экспресс-оценки субъективного благополучия [Электронный ресурс] / Е. Н. Осин, Д. А. Леонтьев // Материалы III Всероссийского социологического конгресса. – М. : Институт социологии РАН, Российское общество социологов, 2008. – Corpus ID: 185607461. – URL : <https://publications.hse.ru/chapters/78753840>, свободный.

107. Осин, Е. Н. Факторная структура краткой версии теста жизнестойкости [Текст] / Е. Н. Осин // Организационная психология. – 2013. - № 3. – С. 42–60.

108. Особенности метаболических нарушений при хронических распространенных тяжело протекающих дерматозах различного генеза [Текст] / Т. В. Копытова [и др.] // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2012. – № 1. – С. 30–34

109. Павлова, О. В. Основы психодерматологии [Текст]/ О. В. Павлова. – М.: ЛКИ, 2007. – 240 с.

110. Пат. 2523634 Российская Федерация, МПК А61Н23/02. Способ комплексного воздействия на нервнорефлекторные механизмы зуда у больных атопическим дерматитом [Текст]/ К. Я. Терёшин, С. Ф. Воропаев, Г. Ф. Ракицкий, А. Л. Толоконникова; заявитель и патентообладатель Хабаровск ГБОУ ВПО ДВГМУ МЗ. - № 2013106052/14 ; заявл. 12.02.2013 ; опубл. 20.07.2014; Бюл. № 20. – 10 с.

111. Перламутров, Ю. Н. Место современных антигистаминных препаратов в терапии атопического дерматита [Текст] / Ю. Н. Перламутров, К. Б. Ольховская, А. О. Ляпон // Клиническая дерматология и венерология. – 2020. – Т. 19, № 2. – С. 187–191.

112. Перламутров, Ю. Н. Совершенствование терапии распространенных дерматозов у больных с нарушениями в психоэмоциональной сфере[Текст] / Ю. Н. Перламутров, К. Б. Ольховская, А. О. Ляпон // Клиническая дерматология и венерология. – 2013. – Т. 11, № 6. – С. 119–124.

113. Петелин, Д.С. Хроническая боль и психические расстройства (обзор литературы) [Текст] / Д. С. Петелин // Психические расстройства в общей медицине. – 2019. – № 1. – С. 32– 40.

114. Петров, В. С. Сопоставление распространенности и динамики тревоги, депрессии и качества жизни у больных с хронической ревматической болезнью сердца [Текст]/ В. С. Петров // Архив внутренней медицины. – 2019. – № 3. – С. 222–228.

115. Поддерживающая фармакотерапия атопического дерматита [Текст] / И. В. Петрова [и др.] // Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии. – 2018. – Т. 16, № 1. – С. 60–63.

116. Подкорытов, В. С. Соматоформные расстройства [Текст]/ В. С. Подкорытов, О. И. Серикова // MedicusAmicus. – 2002. – № 1. – С. 8.

117. Показания и противопоказания в спелеотерапии больных дерматозами [Текст]/ С. В. Федорович [и др.] // Актуальные вопросы медицины труда

аллергологии и иммунологии : сборник научных трудов / под ред. С. В. Федоровича. – Минск, 2002. – С. 79–80.

118. Потекаев, Н. С. Экзема: ремарки к современным представлениям [Текст] / Н. С. Потекаев // Клиническая дерматология и венерология. – 2009. – № 1. – С. 67–73.

119. Практикум по психологии состояний [Текст] : учебное пособие / под ред. О. А. Прохорова. – Санкт-Петербург: Речь, 2004. – С.121–122.

120. Прибытков, А. А. Психогенная крапивница: вопросы диагностики и оптимизации терапии [Текст] / А. А. Прибытков, Е. А. Орлова // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – № 6. – С. 21–26.

121. Провизион, Л. Н. Частота регистрации пищевых аллергических реакций на различные продукты питания у детей с атопическим дерматитом [Текст]/ Л. Н. Провизион, А. Н. Провизион // Торсуевские чтения: научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии. – 2018. – № 4 (22). – С. 12–17.

122. Радионов, В. Г. Обоснование использования адаптогенов в комплексном лечении атопического дерматита [Текст] / В. Г. Радионов, Л.Н. Провизион // Торсуевские чтения: научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии. – 2019. - №2 (24) – С. 49-55.

123. Прожерина, Ю. Жизнь без тревоги [Текст] / Ю. Прожерина // Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской техники. – 2019. – № 10. – С. 38-40.

124. Проценко, О. А. Медицинские технологии коррекции сухости кожи [Текст] / О. А. Проценко, И. Е. Милус, О. И. Проценко // Торсуевские чтения: научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии. – 2017. – № 3 (17). – С. 18-21.

125. Проценко, Т. В. Возможности контроля течения атопического дерматита [Текст]/ Т. В. Проценко, С. А. Боряк // Торсуевские чтения: научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии. – 2019. – № 2 (24). – С. 42–46.

126. 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.

127. Проценко, Т. В. Рациональная топическая терапия хронических дерматозов [Текст]/ Т. В. Проценко, И. Е. Милус, О. А. Проценко // Торсуевские чтения: научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии. – 2017. – № 2 (16). – С. 41–44.

128. Проценко, Т.В. Особенности психогенного дистресса у больных хроническими дерматозами, проживающих в зоне боевых действий / 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 [Текст] // 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.

129. Прошутинская, Д. В. Атопический дерматит у детей. Современный алгоритм лечения и контроля над заболеванием [Текст] / Д. В. Прошутинская // Вестник дерматологии и венерологии. – 2016. – №2. – С. 65–70.

130. Психическое состояние как атрибутивное свойство психики [Текст] / В. А. Абрамов [и др.] // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2017. – №4 (40). – С. 5–14.

131. Психодерматологические расстройства [Текст] / А. Б. Смулевич [и др.] // Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое. – Москва : ГЭОТАР-Медицина, 2013. – С. 406–413.

132. Психодерматология: история, проблемы, перспективы [Текст] / О. Л. Иванов [и др.] // Российский журнал кожных и венерологических болезней. – 1999. – № 1. – С. 28–38.

133. Психологические, нейробиологические и нейро-эндокринологические особенности синдрома посттравматических стрессовых расстройств [Текст] / В. Э. Цейликман [и др.] // Вестник Южно-Уральского государственного университета. – 2018. – Т. 11, № 4. – С. 73–86.

134. Психологический дистресс у онкологических больных после ларингэктомии [Текст] / Г. А. Ткаченко [и др.] // Опухоли головы и шеи. – 2019. – № 9 (1). – С. 104–110.

135. Психосоматические заболевания [Текст]: полный справочник / Е. В. Бочанова [и др.]; под ред. Ю. Ю. Елисеева. – Москва : Эксмо, 2003. – 605 с.

136. Психосоматические расстройства у больных аллергодерматозами и их коррекция [Текст] / Я. Ф. Кутасевич [и др.] // Дерматология та венерология. – 2019. – № 1 (83). – С. 28–32.

137. Психофармакотерапия тревожных расстройств у больных пожилого возраста: эффективность, переносимость и современная роль лечения анксиолитиками [Текст] / В. Ю. Иванец [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. №24, № 2. – С. 60–71.

138. Психоэмоциональные особенности пациентов с аутодеструктивным дерматозом [Текст] / А. Г. Пашинян [и др.] // Лечебное дело. – 2018. – № 3. – С. 26–28.

139. Раева, Т. В. Психические расстройства в дерматологической клинике (клинико-патогенетические и реабилитационные аспекты) [Текст] : автореф. дис. ...доктора мед.наук : 14.00.18 ; защищена 20 декабря 2006 г. / Раева Татьяна Викторовна. – Томск, 2006. – 48 с.

140. Разикова, И. С. Особенности инновационной диагностики хронических аллергодерматозов у лиц подросткового и молодого возраста в Узбекистане [Текст] / И. С. Разикова, Г. Р. Разикова // Аллергические и иммунопатологические заболевания – проблема XXI века: сборник материалов XI

Всероссийской научно-практической конференции. – Санкт-Петербург, 2019. – С. 22–23.

141. Разработка и внедрение русской версии опросника «Dermatology Specific Quality of Life (DSQL)» для исследования качества жизни больных атопическим дерматитом [Текст] / Н. Г. Астафьева [и др.] // Аллергология. – 2000. – № 3. – С. 44 – 46.

142. Ракита, Д. Р. Общая Физиотерапия[Текст]: учебное пособие / Д. Р. Ракита, О. М. Урясьев, А. К. Ушмаров. – Рязань, 2006. – 124 с.

143. Реабилитационные мероприятия при атопическом дерматите [Текст] / А. В. Почивалов [и др.] // Медицина. Теория и практика. – 2019. – Т. 4, № 1. – С. 190–194.

144. Резниченко, Н. Ю. Опыт применения аутогенных тренировок в комплексной терапии псориаза и хронических аллергодерматозов/ клиническая медицина [Текст]/ Н. Ю. Резниченко // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2014. – № 2. – С. 68–72.

145. Связь тревожно-депрессивных расстройств с когнитивными нарушениями у пациентов с сахарным диабетом [Текст] / И. В. Гацких [и др.] // Сибирское медицинское обозрение. – 2018. – №2. – С. 94–99.

146. Сединина, Н. С. Исследование зависимости уровня тревожности от психоэмоционального состояния студентов [Текст] / Н. С. Сединина, А. Р. Галимшин, С. М. Тимиршин // Молодой ученый. – 2019. – № 49 (287). – С. 572-574.

147. Сенсорная комната - волшебный мир здоровья [Текст]: учебно-методическое пособие / под ред. В. Л. Жевнерова. – Санкт-Петербург : ХОКА, 2007. – 89 с.

148. Середенин С. Б. Нейрорецепторные механизмы действия Афобазола [Текст] / С. Б. Середин, М. В. Воронин // Экспериментальная и клиническая фармакология. – 2009. – №1. – С. 3–11.

149. Сиволап, Ю. П. Систематика и лечение тревожных расстройств [Текст] / Ю.П.Сиволап // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2020. – Т. 120, № 7. – С. 121-127.

150. Скугаревская, М. М. Оценка эффективности программы физических упражнений в лечении депрессии [Текст] / М. М. Скугаревская // Медицинский журнал. – 2020. – № 1 (71). – С. 119-123.

151. Смулевич, А. Б. Депрессии в клинике дерматологии [Текст] / А. Б. Смулевич, И. Ю. Дороженков, Т. А. Белоусова // Депрессии при психических и соматических заболеваниях. – М., 2003. – С. 35 – 41.

152. Снарская, Е. С. Антигистаминные препараты: что известно о них сегодня [Текст] / Е. С. Снарская, Е. М. Анпилогова, Я. Н. Медведева // Эффективная фармакотерапия. – 2019. – Т. 15, № 11. – С. 24–29.

153. Соматоформные расстройства в практике семейного врача [Текст]/ В. Ю. Приходько [и др.] // Медичні перспективи. – 2013. – № 3 (XVIII). – С. 3–17

154. Сосин, И. Н. Физиотерапия кожных и венерических болезней [Текст]: практическое руководство / И. Н. Сосин, А. Г. Буявых. – Симферополь, 2001. – 334 с.

155. Стресс и артериальная гипертензия. Применение адаптола в комплексном лечении пациентов с артериальной гипертензией [Текст] / С. В. Черняк [и др.] // Международные обзоры: клиническая практика и здоровье – 2019. – № 2. – С. 44–59.

156. Сыволап, В. В. Особенности variability сердечного ритма у больных атопическим дерматитом в зависимости от формы заболевания [Текст] / В. В. Сыволап, А. С. Зарицкий // Запорожский медицинский журнал. – 2008. – № 3 (48). – С 13–15.

157. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса [Текст] / Н. В. Тарабрина . – Санкт-Петербург : Питер, 2001. – 272 с.

158. Тарабрина, Н. В. Психологические последствия переживания интенсивного стресса участниками контртеррористической операции и гражданским населением [Текст] / Н. В. Тарабрина, И. С. Хажуев // Психология

повседневного и травматического стресса: угрозы, последствия и совладание / отв. ред.: А. Л. Журавлев, Е. А. Сергиенко, Н. В. Тарабрина, Н. Е. Харламенкова – М.: Институт психологии РАН, 2016. – 496 с.

159. Тарабрина, Н. В. Психология посттравматического стресса [Текст] / Н. В. Тарабрина. – М.: Институт психологии РАН, 2009. – 303 с.

160. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния [Текст] / В. А. Доскин [и др.] // Вопросы психологии. – 1973. – № 6. – С. 141–145.

161. Улащик, В. С. Электрофорез лекарственных веществ: руководство для врачей [Текст] / В. С. Улащик. – Минск: Беларуская наука, 2010. – 405 с.

162. Ушаков, А. А. Практическая физиотерапия [Текст] / А. А. Ушаков. – М., 2009. – 603 с.

163. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем [Текст]. – [5-е изд., перераб. и доп.]. – М.: Деловой экспресс, 2016. – 768 с.

164. Федотов, В. П. Оптимизация дифференцированной терапии различного возраста больных атопическим дерматитом с синдромом вегетативных и тревожных расстройств [Текст] / В. П. Федотов, Ю. А. Попович, В. А. Кириенко // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2016. – № 1-4. – С. 69–73.

165. Физиотерапия: национальное руководство [Текст] / под.ред. Г. Н. Пономаренко. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009. – 864 с.

166. Физиотерапия в дерматологии [Текст] / Л. С. Круглова [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 304 с.

167. Хаитов, К. Н. Частота возникновения аллергодерматозов [Текст] / К. Н. Хаитов, Х. А. Абидов, З. А. Ким // Актуальные проблемы современной науки в 21 веке : сборник материалов XVIII Международной научно-практической конференции. – Ташкент, 2019. – С. 45–50.

168. Характеристика variability сердечного ритма у жителей Среднего Приобья с заболеваниями кожи [Текст] / А. В. Горшкова [и др.] // Экология человека. – 2019. – № 10. – С. 50–58.

169. Харитонов, С. В. Влияние на психофизиологическое состояние осознанного контроля уровня психической мобилизации у здоровых и пациентов с генерализованным тревожным расстройством [Текст] / С. В. Харитонов // Психическое здоровье. – 2019. – № 4. – С. 22–30.

170. Шандра, А. А. Атопический дерматит и взаимодействие нервной, эндокринной и иммунной систем [Текст] / А. А. Шандра, В. В. Шухтин // Дерматология та венерология. – 2015. – № 2 (68). – С. 30–41.

171. Шавловская, О. А. Терапия тревожных состояний [Текст] / О. А. Шавловская // Медицинский совет. – 2019. – № 6. – С. 42–46.

172. Шуленина, А. В. Комплексное лечение больных атопическим дерматитом с учетом нейро-вегетативных и метаболических нарушений [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.20 / А. В. Шуленина. – Харьков, 2010. – 24 с.

173. Эффективность адаптола в комплексной терапии больных псориазом [Текст] / Ф. С. Мусина [и др.] // Медицинский вестник Башкортостана. – 2013. – Т. 8, № 4. – С. 31–35.

174. Эффективность адаптола и возможность его дифференцированного применения у больных с тревожными расстройствами в постинфарктном периоде [Текст] / Н. Н. Шилина [и др.] // Терапевтический архив. – 2013. – Т. 85, № 9. – С. 29–34.

175. Эффективность терапии с включением анксиолитика больных хроническими дерматозами с отягощенным психосоматическим анамнезом [Текст] / О. Н. Позднякова [и др.] // Медицина и образование в Сибири. – 2012. – № 2. – С. 1–6.

176. Юнкеров, В.И. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований [Текст] / Юнкеров В.И., Григорьев С.Г., Резванцев М.В.//– Санкт-Петербург, 2011. –318 с.

177. Юрьева, Л. Н. Расстройства адаптации при психосоциальных стрессах: диагностика, профилактика и коррекция [Текст] / Л. Н. Юрьева // Семейная медицина. – 2015. – №4. – С. 89.

178. Якубович А. И. Психофармакотерапия тревожных состояний у больных псориазом [Текст] /А. И. Якубович, Н. Н. Новицкая // Сибирский медицинский журнал. – 2008. –№ 4. – С. 97-99.

179. A Review of Multidisciplinary Interventions in Atopic Dermatitis [Text] / S. C. Spielman [et al.] // J. Clin. Med. – 2015. – Vol. 4, N 5. – P. 1156-1170.

180. A review of studies looking at quality of life and psychological impact in people with photodermatoses – skindiseases triggered by sunlight [Text] / K. J. Rutter [et al.] // Br. J. Dermatol. – 2020. – Vol. 182, N 5. – P.161–182.

181. A. Persistent stress as a Predictor of Genital herpes Recurrence [Text] / F. Cohen [et al.] // Archiv Inter. med. – 1999. – Vol. 159, N 8. – P. 2430–2436.

182. Anxiety, Depression, and Suicidal Ideation amongst Patients with Facial Dermatoses (Acne, Rosacea, Perioral Dermatitis, and Folliculitis) in Lithuania [Text] / L. Lukaviciute [et al.] // Dermatology. – 2020. – Vol. 236, N 4. – P. 314–322.

183. Association between depression and anxiety with skin and musculoskeletal clinical phenotypes in systemic lupus erythematosus [Text] / D. Eldeiry [et al.] // Rheumatology (Oxford). – 2020. – Vol. 59, N 11. – P. 3211 – 3220.

184. Atopic dermatitis. Interdisciplinary diagnostic and therapeutic recommendations of the Polish Dermatological Society, Polish Society of Allergology, Polish Pediatric Society and Polish Society of Family Medicine. Part I. Prophylaxis, topical treatment and phototherapy [Text] / R. J. Nowicki [et al.] // Postepy Dermatol. Alergol. – 2020. – Vol. 37, N 1. – P. 1–10.

185. Atopic disorders and depression: Findings from a large, population-based study [Text] / Livia Sanna [et al.] // Journal of Affective Disorders. – 2014. – Vol. 155. – P. 261–265.

186. Atopic Eczema in Adulthood and Risk of Depression and Anxiety: A Population-Based Cohort Study [Text] / Y. Schonmann [et al.] // J. Allergy Clin. Immunol. Pract. – 2020. – Vol. 8, N 1. – P. 248–257.

187. Atopic March: Collegium Internationale Allergologicum Update 2020. [Text] / M. Aw [et al.] // Int. Arch. Allergy Immunol. – 2020. – Vol. 181, N 1. – P. 1–10.

188. Berardesca, E. Sensitive skin: an overview [Text] / E. Berardesca, M. Farage, H. Maibach // *International Journal of Cosmetic Science*. – 2013. – Vol. 35, N 1. – P. 2–8.
189. Caputo, Gina M. How stress impacts chronic skin conditions Mental Health [Text] / Gina M. Caputo // *Dermatology*. – 2019. – N 1. – P. 2
190. Carrascosa, J. M. Comorbidities in Atopic Dermatitis: An Update and Review of Controversies [Text] / J. M. Carrascosa, V. Morillas-Lahuerta // *Actas Dermosifiliogr*. – 2020. – Vol. 111, N 6. – P. 481–486.
191. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I [Text] / A. Wollenberg [et al.] // *JEADV* – 2018. – Vol. 32. – P. 657–682.
192. Clinical Response and Quality of Life in Patients with Severe Atopic Dermatitis Treated with Dupilumab: A Single-Center Real-Life Experience [Text] / S. Ferrucci [et al.] // *J. Clin. Med*. – 2020. – Vol. 9, N 3. – P. 791.
193. Comorbidity of Mental and Physical Disorders. Key Issues Ment Health [Text] / eds.: Holt RIG, Maj M. – Basel : Karger, 2015. – 179 p.
194. Connor, Cody J. Management of the psychological comorbidities of dermatological conditions: practitioners' guidelines [Text] / Cody J Connor // *Clin. Cosmet. Investig. Dermatol*. – 2017. – N 10. – P. 117–132.
195. Cross-sectional study of psychiatric comorbidities in patients with atopic dermatitis and nonatopic eczema, urticaria, and psoriasis [Text] / H. J. Ahn [et al.] // *Neuropsychiatr. Dis. Treat*. – 2019. – Vol. 15. – P. 1469–1478.
196. De Pierini, R. Psychosocial aspects of atopic dermatitis [Text] / R. De Pierini // *Pediatric Dermatology*. – 2004. – Vol. 21, N 3. – P. 298.
197. De Vere Hunt, I.J. The impact of chronic skin disease in adolescence and the need for specialist adolescent services [Text] / I. J. De Vere Hunt, E. Howard, T. McPherson // *Clin. Exp. Dermatol*. – 2020. – Vol. 45, N 1. – P. 5–9.
198. Depressed low frequency power of heart rate variability as an independent predictor of sudden death in chronic heart failure [Text] / M. Galinier [et al.] // *Eur. Heart J*. – 2000. – Vol. 21. – P. 475–482

199. Derogatis, L. The SCL-90-R.Administration, scoring and proceduresmanual: Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research [Text] / L. Derogatis. — Baltimore : Clinical Psychometric Research, 1975. — 415 p.

200. Determining the minimal clinically important difference and responsiveness of the Dermatology Life Quality Index (DLQI): further data [Text] / M. K. Basra [et al.] // Dermatology (Basel, Switzerland) – 2015. – Vol. 230, N 1. – P. 27–33.

201. Different neural modifications underpin PTSD after different traumatic events: an fMRI meta-analytic study [Text] / M. Boccia [et al.] // Brain Imaging and Behavior. – 2016. – N 10. – P. 226–237.

202. Efficacy and safety of So-Cheong-Ryong-Tang in patients with atopic dermatitisand respiratory disorders: Study protocol of a double-blind randomized placebo-controlled trial [Text] / S. J. Kang [et al.] // Medicine (Baltimore). – 2020. – Vol. 99, N 2. – P.18565.

203. Endocrinology of the skin: intradermal neuroimmune network, a new frontier [Text] / A. Caraffa [et al.] // J. Biol. Regul. Homeost. Agents. – 2016. – Vol. 30. – P. 339–343.

204. Epidemiology of atopic dermatitis in adults: Results from an international survey [Text] / S. Barbarot [et al.] // Allergy. – 2018. –Vol. 73, N 6. – P. 1284–1293.

205. European Task Force on Atopic Dermatitis. Severity scoring of atopicdermatitis: the SCORAD index [Text] // Dermatology. – 1993. – Suppl. 186. – P.23 - 31.

206. Finlay, A. Y. Dermatology Life Quality Index (DLQI) – a simple practical measure for routine clinical use [Text] / A. Y. Finlay, G. K. Khan // Clin. Exp. Dermatol. – 1994. – Vol. 19, N 3. – P. 210–216.

207. Functional illness in primary care: dysfunction versus disease [Text] / N. Williams [et al.] // BMC Fam.Pract. – 2008. – N 9. – P. 30–41.

208. Gupta, M. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis [Text] / M. Gupta, A. Gupta // BJD. – 1998. – Vol. 139. – P. 846–850.

209. Gupta, M. Psychiatric comorbidity in dermatologic disorders [Text] / M. Gupta // Walker, C. Psychodermatology / C. Walker, L. Papadopoulos. – Cambridge : University Press , 2005. – Vol. 158. – P. 29–43.
210. Heart rate variability. Standards of measurement, physiological interpretation, and clinical use [Text] // Circulation. – 1996. – Vol. 93. – P. 1043–1065.
211. Internet and socialmedia use in dermatology patients: Search behavior and impact on patient-physician relationship [Text] / L. Gantenbein [et al.] // Dermatol.Ther. – 2020. – e14098. doi:10.1111/dth.14098.
212. Kieberg, G. Atopic dermatitis is associated with lower health-related life quality [Text] / G. Kieberg, S. V. Sorensen, D. Revicki // Int. J. Dermatol. – 2002. – Vol. 41. – P. 151–158.
213. Kimberly, K. Addressing Psychosocial Aspects of Atopic Dermatitis [Text] / K. Kimberly, M. Klinnert, B. Bender // Immunol. Allergy Clin. North. Am. – 2010. – Vol. 30, N 3. – P. 385–396.
214. Koo, J. The psychosocial impact of acne: patients' perceptions [Text] / J. Koo // J. Am. Acad. Dermatol. – 1995. – Vol. 32. – P.26 - 30.
215. Lamberg, L. Psychiatrists May Help Skin Disorders Clear Faster [Text] / L. Lamberg // J. Psychiatric News. – 2001. – Vol. 36, N 15. – P.86 - 92.
216. Lehnen, T. L. Atopic Eczema [Text] / T. L. Lehnen // Medical Independent: Clinical Dermatology. – 2020. – Vol. 11, Issue 4. – P. 23-24.
217. Mental Health Comorbidity in Patients With Atopic Dermatitis [Text] / Pouya Yaghmaie [et al.] // Allergy Clin. Immunol. – 2013. – Vol. 131, N 2. – P. 428–433.
218. Misery, L. Dermatiteatopiqueetpsychisme [Text] / L. Misery // Ann. Dermatol. Venerol. – 2005. – Vol. 132. – P. 15112–15115.
219. Misery, L. Sensitive Skin[Text] / L. Misery // Expert Rev. Dermatol. – 2013. – Vol. 8, N 6. – P. 631–637.
220. Misery, L. Skin and Psyche: Biological Aspects [Text] / L. Misery // Skin and Psyche. – 2016. – N 3. – P. 24.

221. Muffadel, A. Psychiatric comorbidity in patients with psoriasis, vitiligo, acne, eczema and group of patients with miscellaneous dermatological diagnoses [Text] / A. Muffadel, A. Abdelgani // *Open J. Psychiatry*. – 2014. – N 4. – P. 168–175.

222. Murray, G. Psychosocial burden and out-of-pocket costs inpatients with atopic dermatitis in Ireland [Text] / G. Murray, M. O'Kane, A. M. Tobin // *Clin. Exp. Dermatol.* – 2020. – doi:10.1111/ced.14422.

223. Neurobiology of pruritus [Text] / A. Ikoma [et al.] // *Nature Rev. Neurosci.* – 2006. – Vol. 7. – P. 535.

224. Nicholas, M. N. Depression and anxiety in atopic dermatitis: increasing recognition and opportunities to intervene [Text] / M. N. Nicholas, A. M. Drucker // *Br. J. Dermatol.* – 2019. – Vol. 181, N 3. – P. 442–443.

225. Panconesi, E. Stress and Emotions in Skin Diseases [Text] / E. Panconesi, G. Hautmann // *Psychocutaneous Medicine* / eds. : J. Y. M. Koo, C. S. Lee. – New York : Marcel Dekker, Ink, 2012. – Vol. 477. – P. 41–65.

226. Podkorytov, V. S. Somatoform disorders [Text] / V. S. Podkorytov, O. I. Serikova // *Medicus Amicus*. – 2002. – N 1. – P. 21–23.

227. Pogosova, G. V. Psycho-emotional disorders in cardiovascular diseases: the therapeutic aspects [Text] / G. V. Pogosova // *Consiliummedicum*. – 2006. – Vol. 8, N 5. – P. 54–57.

228. Prevalence and economic burden of comorbid anxiety and depression among patients with moderate-to-severe psoriasis [Text] / Q. Cai [et al.] // *J. Med. Econ.* – 2019. – Vol. 22, N 12. – P. 1290–1297.

229. Psychiatric illness in patients referred to a dermatology-psychiatry clinic [Text] / P. W. Woodruff [et al.] // *Gen. Hosp. Psychiatry*. – 1997. – Vol. 19, N 1. – P. 29–35.

230. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized [Text] / A. Picardi [et al.] // *Br. J. Dermatol.* – 2000. – Vol. 143. – P. 983–991.

231. Psychological and pharmacological treatment for adults with posttraumatic stress disorder (PTSD) [Text] / D. E. Johan [et al.] // *Compar. Effectiv. Rev.* – 2013. – Vol. 92. – P. 1–20.

232. Psychological Consequences of the Most Common Dermatoses: Data from the Objectifs Peau Study [Text] / L. Misery [et al.] // *Acta Derm.Venereol.* – 2020. - Vol. 100, N 13. – P. 1–4.

233. Psychological Distress in Young Adult Males with Atopic Dermatitis [Text] / Kim Si-Heon [et al.] // *Medicine.* – 2015. – Vol. 94, Issue 23. – P. 949.

234. Psychological status and uric acid levels in oral lichen planus patients - A case- control study [Text] / H. Shaw [et al.] // *Indian J. Dent. Res.* – 2020. – Vol. 31, N 3. – P. 368–375.

235. Psychological Stress in Patients with Atopic Dermatitis [Text] / Jelena Meštrović-Štefekov [et al.] // *Acta Dermatovenereol. Croat.* – 2018. – Vol. 26, N 4. – P. 297–303.

236. Psychophysiological reactivity under mental stress in atopic dermatitis [Text] / K. Seiffert [et al.] // *Dermatology.* – 2005. – Vol. 210, N 4. – P. 286–293.

237. Psychosomatic analysis of atopic dermatitis using a psychological test [Text] / M. Arima [et al.] // *J. Dermatol.* – 2005. – Vol. 32, N 3. – P. 160 –168.

238. Psychosomatik in der Dermatologie [Text] / U. Gieler [u.a.] // *Psychotherapeut.* – 2007. – Bd. 52. – S. 291–309.

239. Quality Of Life And Depression Among Young Patients Suffering From Acne [Text] / M. Z. Haroon [et al.] // *J. Ayub. Med. Coll. Abbottabad.* – 2019. – Vol. 31, N 3. – P. 436– 440.

240. Recognition of depressive and anxiety disorders in dermatological outpatients [Text] / A. Picardi [et al.] // *ActaDerm. Venereol.* – 2004. – Vol. 84, N 3. – P. 213–217.

241. Reich, A. Stress and the skin [Text] / A. Reich, A. Wójcik-Maciejewicz, A. T. Slominski // *Italian Journal of Dermatology and Venereology.* – 2010. –Vol. 145, N 2. – P. 213–219.

242. Reoloux, L. Neurotransmitter basis of anxiety [Text] / L. Reoloux // Anxiety: basic and clinical research. – N.Y., 2001. – P. 36–50.
243. Rosacea associated with increased risk of generalized anxiety disorder: a case-control study of prevalence and risk of anxiety in patients with rosacea [Text] / P. Incel Uysal [et al.] // An. Bras. Dermatol. – 2019. – Vol. 94, N 6. – P. 704–709.
244. Salawu, F. K. Overview of somatization-diagnosis and management [Text] / F. K. Salawu, M. A. Wakil, A. Danburam // Niger. J. Med. – 2009. – Vol. 18, N 4. – P. 349–353.
245. Sampogna, F. Measures of clinical severity, quality of life, and psychological distress in patients with psoriasis: a cluster analysis [Text] / F. Sampogna, F. Sera, D. Abeni // J. Invest. Dermatol. – 2004. – Vol. 122, N 3. – P. 602–607.
246. Selerova, M. Quality of life in atopic dermatitis [Text] / M. Selerova, M. Kobsa // Clin. Dermatol. – 2007. – Vol. 1, suppl. – P. 40.
247. Selye, H. History and present status of the stress concept [Text] / H. Selye // Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects / eds. : L. Goldberger, S. Breznitz. – N. Y. : Free Press, 1982. – P. 7–21.
248. Standardization of the Body Surface Area (BSA). Formula to Calculate the Dose of Anticancer Agents in Japan [Text] / T. Kouno [et al.] // Japanese Journal of Clinical Oncology. – 2003. – Vol. 33. – P. 309–313.
249. Stress and Allergic [Text] / D. Ninabahen [et al.] // Diseases Immunol. Allergy Clin. North Am. – 2011. – Vol. 31, N 1. – P. 55–68.
250. Stress and seborrheic dermatitis [Text] / S. Consoli [et al.] // Ann. Dermatol. Venereol. – 2007. – Vol. 134, N 11. – P. 833–887.
251. Stress-induced immunomodulation is altered in patients with atopic dermatitis [Text] / A. Buske-Kirschbaum [et al.] // Journal of Neuroimmunology – 2002. – Vol. 129, N 1-2. – P. 161–167.
252. Study of the atopic march: development of atopic comorbidities [Text] / L. Schneider [et al.] // Pediatr. Dermatol. – 2016. – Vol. 33, N 4. – P. 388–398.

253. Successful treatment of psoriasis improves psoriasis specific but not more general aspects of patients' well-being [Text] / D. G. Fortune [et al.] // Br. J. Dermatol. – 2004. – Vol. 151, N 6. – P. 1219–1226.
254. Summey, B. T. Jr. Pharmacologic advances in the systemic treatment of itch [Text] / B.T. Jr. Summey, G. Yosipovitch // Dermatol. Ther. – 2005. – N 18. – P. 328.
255. Temperament and character dimensions in patients with atopic dermatitis [Text] / T.-S. Kim [et al.] // J. Dermatol. – 2006. – Vol. 33, N 1. – P. 10–15.
256. Teresiak, E. An influence of disease severity on family quality of life in atopic dermatitis patients [Text] / E. Teresiak, M. Czarneka-Operacz // Clin. Dermatol. – 2007. – Vol. 1. – P. 41–42.
257. The expression of serotonin transporter protein in the skin of patients with chronic spontaneous urticaria and its relation with depression and anxiety [Text] / N. Zabolinejad [et al.] // Arch. Dermatol. Res. – 2019. – Vol. 311, N 10. – P. 825–831.
258. The Impact of Stress on Body Function: A Review [Text] / Habib Yaribeygi [et al.] // EXCLI J. – 2017. – Vol. 16. – P. 1057–1072.
259. The Link between Depression and Chronic Pain: Neural Mechanisms in the Brain [Text] / J. Sheng [et al.] // Neural. Plasticity. – 2017. – N 9724371.
260. The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries [Text] / F. J. Dalgard [et al.] // J. Invest. Dermatol. – 2015. – Vol. 135, N 4. – P. 984–991.
261. The psychosocial impact of acne, vitiligo, and psoriasis: a review [Text] / C. M. Nguyen [et al.] // Clin. Cosmet. Investig. Dermatol. – 2016. – N 9. – P. 383–392.
262. Treatment outcome and incidence of psychiatric disorders in dermatological out-patients [Text] / A. Picardi [et al.] // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. – 2003. – Vol. 17, N 2. – P. 155–159.
263. Upre, M. Stress and psychoneuroimmunologic factors in dermatology [Text] / M. Upre, G. Buggiani, T. Lotti // Dermatol. Clin. – 2005. – Vol. 23. – P. 609–617.

264. Walker, C. Psychodermatology [Text] / C. Walker, L. Papadopoulos. – Cambridge : University Press, 2005. – 158 p.
265. Whitlock, F. A. Psychophysiological aspects of skin disease [Text] / F. A. Whitlock. – London : Saunders, 1980. – 248 p.
266. Wollenberg, A. Consensus-based Europeanguidelines for treatment of atopic eczema(atopic dermatitis) in adults and children: partI [Text] / A.Wollenberg [et al.] // JEADV. –2018. –Vol.32. – P. 657-682.
267. Zigmond, A. C. The Hospital Anxiety and Depression scale [Text] / A. C. Zigmond, R. P. Snaith // ActaPsychiatr. Scand. – 1983. – Vol. 67. – P. 361– 370.