

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

На правах рукописи

Горбенко Алина Сергеевна

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

14.01.10 – кожные и венерические болезни

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Донецк – 2020

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

Научный руководитель: доктор медицинских наук, доцент
Проценко Олег Анатольевич

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

Милус Ирина Евгеньевна
кандидат медицинских наук,
Республиканский клинический
дерматовенерологический центр (РКДВЦ) МЗ ДНР
директор

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

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

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

Автореферат разослан «___» _____ 20__ г.

Ученый секретарь
Диссертационного совета Д 01.011.03

С.Э. Золотухин

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

Известно, что более, чем у 80% больных аллергодерматозами (АлД) заболевание развивается после стрессорных воздействий (Аксенова О.И., 2014; Дороженок И. Ю., 2018). Доказана роль нарушений функций вегетативной нервной системы (ВНС) в патогенезе АлД, влияние психовегетативных расстройств на их течение и эффективность терапии (Бокова И. А., 2020). Показана взаимосвязь сенсibilизации кожи и последующего развития иммунозависимого воспаления в ней с функциональными нарушениями в центральной нервной системе (ЦНС) и ВНС при атопическом дерматите (АД) (Наумов К. М., 2018; Караваева Т. А., 2018).

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. Доказана роль психогенных воздействий как факторов, провоцирующих манифестацию (у 44% больных) или экзацербацию (у 81,3% больных) дерматозов (Дороженок И. Ю., 2018). Установлено, что тяжелое течение АлД более, чем у 2/3 больных сопровождалось разнообразными психогенными реакциями (Мостовая Л. И., 2015; Бокова И. А. 2020). Недооценка психо-эмоционального состояния у 40% больных приводила к неэффективности терапии (Львов А. Н., 2001; Савченко Е. С., 2012; Арсеньева А. А., 2014). Показано, что стресс инициирует психовегетативный синдром, психопатологические и нейровегетативные нарушения, влияющие на прогноз терапии и течения АлД. (Караваева Т. А., 2018, Гончаров С. В., 2018; Дымова Е. Н., 2019; Клубничкина Н. П., 2020).

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 ГОУ ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО «Разработать новые методы лечения хронических распространенных дерматозов и сексуально-трансмиссивных инфекций на основании изучения современных клинико-эпидемиологических особенностей их течения с учетом сопутствующей соматической патологии" (№ государственной

регистрации 0109U008725). Диссертант выполнял фрагмент научно-исследовательской работы кафедры, посвященный изучению клиники, течения и новых подходов в лечении АлД у больных, проживающих в ЗЛК.

Цель исследования: повышение эффективности лечения больных АлД, проживающих в ЗЛК, путем применения в комплексной терапии дневного транквилизатора (адаптол), сегментарно-рефлекторной физиотерапии (СРФ) и комплекса психорелаксации на основании 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 удовлетворённостью жизнью, Спилбергера-Ханина, Вейна) у больных АлД, проживающих в ЗЛК и выявить их особенности при различных видах АлД.

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

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

5. Разработать комплексный метод лечения больных АлД, проживающих в ЗЛК, с применением 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 и психовегетативных расстройств у больных АлД, проживающих в ЗЛК.

Определены особенности психовегетативных и психопатологических 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 гендерные и возрастные клинико-эпидемиологические особенности АлД у больных, проживающих в ЗЛК.

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

Теоретическая и практическая значимость работы

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

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

Личный вклад соискателя

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

Методология и методы исследования

При проведении работы использовали клинические (опрос, осмотр), лабораторные методы (оценка общих и биохимических показателей крови и мочи), методы определения психопатологической и нейровегетативной симптоматики с помощью 6 специализированных опросников: SCL-90-R, САН, Спилбергера-Ханина, ВейнаШкалы 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 параметров ВСР и вегетативного тонуса (ВТ) 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. Для определения ВТиспользовали вегетативный индекс Кердо (ВИК) – по формуле: $VIK = (1 - \text{ДАД} / \text{ЧСС}) \times 100\%$, где ДАД – диастолическое артериальное давление, ЧСС – частота сердечных сокращений. ВИК= -10 до +10 расценивают как вегетативное равновесие (эйтония или нормотония), положительное значение ВИК – преобладание симпатического влияния (симпатикотония), отрицательное – сниженный симпатический тонус, преобладание влияния парасимпатической нервной системы (ваготония).

На 2-м этапе проведен гендерный клинико-эпидемиологический анализ особенностей АлД у 164 больных в 5-ти возрастных группах, изучена психопатологическая симптоматика и ее 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 MicrosoftOfficeExcel 2016. Статистический анализ проводился с использованием программы STATISTICA 10.0 (разработчик – StatSoft. 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, описывалипри помощи значений медианы (Me), нижнего и верхнего квартилей (Q1-Q3) с указанием абсолютных значений и процентных долей. Для сравнения независимых совокупностей в случаях отсутствия признаков нормального распределения данных использовали U-критерий Манна-Уитни. Для проверки различий между двумя сравниваемыми парными выборками применяли W-критерий Вилкоксона. При сравнении нескольких выборок количественных данных, имеющих распределение, отличное от нормального, использовали критерий Краскела-Уоллиса, являющийся непараметрической альтернативой однофакторного дисперсионного анализа. В случае обнаружения статистически значимых различий между группами, дополнительно проводилось попарное сравнение совокупностей при помощи апостериорного критерия Данна(Лапач С. Н., 2001; ЛангТ.А., 2011).

Положения, выносимые на защиту

Установлено, что у 119 (74,4%) больных стресс был фактором дебюта или рецидивов течению АлД.

Комплексными клинико-психологическими исследованиями у больных АлД установлены различной степени выраженности симптомы дистресса, отражающие

соматовегетативную дисфункцию, высокий уровень ситуативной и фобической тревожности, которые были наиболее выраженными у больных АД и экземой.

Выявлены гендерные и возрастные клинико-эпидемиологические особенности АД у больных, проживающих в ЗЛК.

У больных АД, проживающих в ЗЛК, при анализе спектральных и временных показателей ВСР выявлены выраженные нарушения, отражающие дисбаланс симпатического и парасимпатического отделов ВНС, что необходимо учитывать при лечебно-профилактических мероприятиях.

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

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

Публикации

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

Объем и структура диссертации

Диссертационная работа изложена на русском языке на 208 страницах компьютерного текста и состоит из введения, обзора литературы, 5 разделов собственных исследований, анализа и обобщения результатов исследования,

выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы. Работа иллюстрирована 52 таблицами на 10 страницах и 2 рисунками на 1 странице. Список использованной литературы содержит 267 научных публикаций, из них 178 изложены кириллицей, 89 – латиницей, занимает 28 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

На 1-м этапе работы проведены психопатологические и нейровегетативные исследования у 194 человек, проживающих в ЗЛК, разделенных на 2 группы: 1 группа – 164 больных с АД; 2 группа – 30 человек без дерматологической патологии. Выраженность психопатологических и нейровегетативных нарушений определяли с помощью 6 специальных опросников, в т.ч. SCL-90-R (для определения выраженности психопатологической симптоматики), опросника САН (для определения текущего уровня самочувствия, активности и настроения); Шкалы удовлетворенностью жизни (ШУДЖ); Шкалы госпитальной тревоги и депрессии – HADS (TheHospitalAnxietyandDepressionScale); опросника Спилбергера-Ханина (с целью определения уровня тревожности); опросника Вейна (для определения уровня вегетативной дисфункции).

Установлено, что показатели фобической тревожности (РНОВ) у больных 1 группы в 2,5 раза превышали нормативные показатели ($0,46 \pm 0,09$ и $0,18 \pm 0,02$ балла, соответственно) и были в 1,5 раза выше показателей лиц 2 группы ($0,36 \pm 0,04$ балла, $p < 0,05$). Показатели РНОВ у лиц 2 группы в 2 раза превышали 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 ($p < 0,05$) и в 1,2 раза был выше показателей лиц 2 группы ($0,60 \pm 0,04$ балла, $p < 0,05$), у лиц 2 группы 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 ($p < 0,05$) 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 ($p < 0,05$). 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 ($p < 0,05$). Показатели по шкале тревожности (ANX) в 1 группе в 1,5 раза превышали нормативные значения – $0,73 \pm 0,12$ балла и $0,47 \pm 0,03$ балла, соответственно ($p < 0,05$) и в 1,2 раза были выше показателей лиц 2 группы ($0,61 \pm 0,04$ балла, $p < 0,05$). У лиц 2 группы они в 1,3 раза превышали нормативные значения ($p < 0,05$). Показатели INT, отражающие

личностную неадекватность и неполноценность, 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 ($0,75 \pm 0,04$ балла, $p < 0,05$). Во 2 группе этот показатель также в 1,1 раза превышал нормативные значения ($p < 0,05$). Показатели депрессии (DEP) в 1 группе в 1,2 раза превышали нормативные значения – $0,76 \pm 0,09$ и $0,62 \pm 0,04$ балла, соответственно ($p < 0,05$) и были 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 ($p = 0,64$).

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 (от 2,5 до 5,8 баллов), проведен анализ количества больных АлД в зависимости от оценки психофункционального состояния. Выявлено, что по показателю самочувствия 86 (67,7%) больных АлД оценивали свое состояние как неблагоприятное, по показателю активности – 82 (64,6%) больных АлД, по показателю настроения – 92 (72,4%) больных.

При анализе данных опросника ШУДЖ установлено, что больные АлД оценивали свое состояние как средняя степень удовлетворенности качеством жизни ($21,4 \pm 0,5$ балла), но при этом также обнаружены высокое значение стандартного отклонения и высокий разрыв min – max (от 7,0 до 26,0 баллов). 58 (50,9%) больных АлД оценивали свое качество жизни как неудовлетворительное, 50 (43,8%) больных – как среднее состояние качества жизни и лишь 6 (5,3%) больных – как высокое.

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

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

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

В последующем углубленное обследование проведено у 164 больных АД, наблюдавшихся в течение 2014-2019 гг. в РКДВД. В наших наблюдениях преобладали больные с АД – 62 (37,8%) и экземой – 51 (31,1%). Больных с АлКД было 30 (18,3%), с крапивницей – 21 (12,8%).

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

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

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

Среди причин обострения или дебюта АД преобладал стресс – у 119 (74,4%) больных, погрешность в питании – у 51 (31,2%) больной, травма – у 44 (26,8%) больных, 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; сочетанные факторы чаще наблюдали у женщин, чем у мужчин – 9 (12,5%) и 8 (8,7%) больных соответственно.

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

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

При анализе распространенности АлД отмечено, что индекс BSA более 10% был у 53 (32,3%) в основном, при АД – 52 (83,9%). От 3 до 10% площади тела процесс был у 60 (36,5%), преимущественно у больных экземой и крапивницей – у 37 (72,5%) и 16 (72,2%) больных, соответственно; ограниченным (до 3% поражения площади тела) - у 51 (31,1%) больного: у всех больных АлКД и у 14 (27,5%) больных экземой.

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

У всех пациентов с АлД отмечены различной степени выраженности снижение уровня качества жизни. Так, индекс качества жизни (DLQI) свыше 11 баллов был у 63 (38,4%) больных, несколько чаще у женщин - 36 (50,0%), чем у мужчин - 37 (40,2%); от 2 до 10 баллов – у 101 (61,6%) больных.

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 раза был выше нормативных показателей здоровых лиц, не проживающих в ЗЛК ($0,44 \pm 0,03$ балла, $p < 0,05$). Наименее выраженные изменения показателя SOM были у больных АлКД ($0,66 \pm 0,08$ балла), но и они в 1,5 раза превышали нормативные показатели ($0,44 \pm 0,03$ балла, $p < 0,05$). При анализе размаха min-max, максимальными они были у больных АД (0,00-2,58 балла) и экземой (0,08-2,25 балла). Показатели ОС наиболее были повышены у больных АД и экземой – $0,82 \pm 0,06$ балла и $0,81 \pm 0,07$ балла соответственно, что в 1,1 раза выше средних показателей по группе ($0,77 \pm 0,09$ балла) и в 1,2 раза выше нормативных показателей ($0,75 \pm 0,04$ балла, $p < 0,05$). При анализе размаха min-max максимальными они были у больных АД (0,10-2,40 балла), экземой (0,00-2,40 балла), АлКД (0,10-2,40 балла). Показатель INT также был наиболее повышенным у больных АД и экземой. У больных АД ($0,81 \pm 0,06$ балла) он был в 1,2 раза выше нормативного значения ($0,66 \pm 0,03$ балла), у больных экземой ($0,78 \pm 0,07$ балла) - в 1,1 раза, $p < 0,05$. При анализе размаха min-max максимальными изменения были у больных АД (0,11-2,33 балла) и экземой (0,00-2,25 балла). Повышенным был также показатель DEP, особенно у больных АД и экземой. Так, у больных АД ($0,77 \pm 0,11$ балла) он в 1,3 раза был выше нормативных показателей ($0,62 \pm 0,04$ балла), у больных экземой ($0,72 \pm 0,08$ балла) – в 1,2 раза, $p < 0,05$. При анализе размаха min-max максимальными они были у больных АД (0,07-5,70 балла) и

экземой (0,00-3,33 балла). Показатель ANX наиболее повышенным был у больных АД, экземой, крапивницей. Так, у больных АД он в 1,6 раза превышал нормативные показатели – $0,77 \pm 0,08$ балла и $0,47 \pm 0,03$ балла соответственно ($p < 0,05$), у больных экземой – в 1,5 раза ($0,74 \pm 0,08$ балла, $p < 0,05$), у больных крапивницей – в 1,2 раза ($0,57 \pm 0,13$ балла, $p < 0,05$). При анализе размаха min-max максимальными они были у больных АД (0,00-2,80 балла) и экземой (0,00-2,80 балла). Особый интерес представлял анализ показателя РНОВ, который у всех обследованных больных существенно превышал нормативный показатель ($0,18 \pm 0,02$ балла), но наиболее выраженными эти изменения были у больных АД и экземой. У больных АД он был в 2,5 раза выше нормативного показателя, у больных экземой – в 2,3 раза выше ($0,45 \pm 0,06$ балла, $0,41 \pm 0,06$ балла, соответственно $p < 0,05$), у больных крапивницей – в 2 раза, у больных АлКД – в 1,8 раза ($0,36 \pm 0,15$ балла, $0,32 \pm 0,05$ балла, $p < 0,05$.) При анализе размаха min-max максимальными они были у больных АД (0,00-2,28 балла), экземой (0,00-2,25 балла), крапивницей (0,00-2,23 балла). Показатель GSI у больных крапивницей был в 2,9 раза выше нормативных показателей ($1,48 \pm 0,92$ балла и $0,51 \pm 0,02$ балла соответственно) и в 1,7 раза был выше средних показателей по группе АлД ($0,83 \pm 0,17$ балла, $p < 0,05$). У больных АД он в 1,8 раза превышал нормативные показатели ($0,93 \pm 0,31$ балла) и был в 1,1 раза выше средних показателей по группе АлД ($0,83 \pm 0,17$ балла, $p < 0,05$); у больных экземой – в 1,3 раза ($0,64 \pm 0,06$ балла, $p < 0,05$). Показатель PSI у больных экземой был в 2 раза выше нормативных показателей ($41,3 \pm 2,4$ балла и $21,39 \pm 2,02$ балла, соответственно, $p < 0,05$); у больных АД – в 1,8 раза ($38,7 \pm 2,01$ балла, $p < 0,05$); у больных АлКД и крапивницей – в 1,7 раза ($37,4 \pm 2,7$ балла и $36,3 \pm 3,9$ балла соответственно, $p < 0,05$). При анализе размаха min-max максимальными они были у больных АД (8-71 балл) и экземой (3-71 балл). Показатель PSDI наиболее повышенным был при АД и экземе – $1,33 \pm 0,06$ балла и $1,31 \pm 0,07$ балла, соответственно, и был выше нормативных показателей ($1,17 \pm 0,05$ балла, $p < 0,05$). Наименее выраженным этот показатель был при АлКД ($1,19 \pm 0,06$ балла, $p = 0,42$) и у больных крапивницей ($1,23 \pm 0,09$ балла, $p = 0,69$). При анализе размаха min-max максимальными они были у больных АД (0,01-3,257 балла) и экземой (0,03-3,57 балла).

При анализе опросника САН установлено, что показатель самочувствия у больных АД был в 1,3 раза ниже средних нормативных значений – $4,2 \pm 0,09$ балла и $5,4 \pm 0,03$ балла, соответственно, и ниже средних значений по группе больных АлД ($4,3 \pm 0,05$ балла, $p = 0,47$). У больных экземой и крапивницей показатели самочувствия составили $4,3 \pm 0,08$ балла и $4,4 \pm 0,21$ балла, соответственно и также были ниже средних нормативных значений ($p < 0,05$). Показатель активности наиболее сниженным был у больных АД – в 1,2 раза ниже средних нормативных значений ($5,0 \pm 0,01$ балла) и ниже средних показателей по группе больных АлД ($4,5 \pm 0,04$ балла, $p = 0,25$). У больных экземой он составил $4,4 \pm 0,07$ балла, крапивницей – $4,5 \pm 0,16$ балла, АлКД – $4,5 \pm 0,08$ балла, эти показатели были ниже средних нормативных значений, $p = 0,34$. Показатель настроения максимально сниженным был у больных АД – в 1,2 раза ниже, по сравнению с нормативными показателями – $4,2 \pm 0,11$ балла и $5,1 \pm 0,02$ балла соответственно ($p < 0,05$) и ниже средних показателей по группе больных АлД ($4,4 \pm 0,06$ балла). У больных экземой

этот показатель был в 1,2 раза ниже нормативных показателей – $4,3 \pm 0,09$ балла ($p < 0,05$). У больных крапивницей и АлКД он составил $4,5 \pm 0,22$ и $4,6 \pm 0,11$ баллов, соответственно и был в 1,1 раза ниже нормативных показателей, $p = 0,23$. При анализе количества больных в зависимости от ответов по показателю самочувствия отмечено, что оценивали свое состояние как неблагоприятное 13 (28,9%) больных АД, 11 (26,1%) больных экземой, 7 (23,3%) больных АлКД и 4 (40%) больных крапивницей. По показателю активности оценивали свое состояние как неблагоприятное 15 (33,3%) больных АД, 12 (28,6%) больных экземой, 8 (26,7%) больных АлКД и 3 (30%) больных крапивницей. По показателю настроения оценивали свое состояние как неблагоприятное 17 (40,5%) больных экземой, 15 (33,3%) больных АД, 11 (36,7%) больных АлКД и 3 (30%) больных крапивницей.

Проведён сравнительный анализ параметров ВСР в двух группах сравнения: 1 группа – 70 больных АлД, проживающих в ЗЛКи 2 группа – 30 здоровых лиц без дерматологической патологии, но проживающих в таких же условиях. При анализе временных и спектральных параметров ВСР у всех больных АлД выявлен различной степени выраженности дисбаланс симпатического и парасимпатического тонуса.

Показатель SDNN у больных АлД был в 1,3 раза ниже показателей лиц 2 группы – $50,61 \pm 2,24$ мс и $62,19 \pm 21,32$ мс, соответственно ($p < 0,05$). Показатель RMSSD у больных АлД был в 1,6 раза ниже значений здоровых лиц – $43,64 \pm 25,16$ мс и $68,47 \pm 13,02$ мс соответственно, $p < 0,05$. Показатель TP у больных АлД был в 1,5 раза ниже, чем у лиц 2 группы – $2672,94 \pm 235,17$ мс² и $3939 \pm 387,5$ мс², соответственно ($p < 0,05$). Уровень VLF-волн был в 1,6 раза выше у больных АлД, по сравнению с лицами 2 группы – $759,20 \pm 61,20$ мс² и $474,50 \pm 53,1$ мс² соответственно ($p < 0,05$), что могло отражать влияние стресса на развитие дерматоза и свидетельствовало о нарушении нейро-гуморальной регуляции (Баевский Р.М., 2000; Аксенова, О.И 2014; Дадашова Г.М., 2015; Федотов В. П., 2016). 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 ($p < 0,05$), что могло отражать недостаточность парасимпатической регуляции ВНС (Баевский Р. М., 2000). У больных АлД показатель LF был в 1,5 раза выше значений лиц 2 группы – $1712,03 \pm 72,07$ мс² и 1150 ± 260 мс², соответственно ($p < 0,05$), 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 ($1,61 \pm 0,33\%$), что свидетельствовало о дисбалансе симпатических и парасимпатических влияний (Баевский Р.М., 2000; Бреславец М. В., 2004; Веретельник К. А., 2016).

При анализе ВТ, отмечено, что у 35 (21,3%) больных АлД был нормотонический ВТ, у 51 (31,1%) – ваготонический, и у 78 (47,6%) больных – симпатикотонический. При оценке по показателям ВСР (LF/HF) у 41 (58,6%) больных АлД был симпатикотонический ВТ, у 20 (28,6%) – ваготонический и у 9 (12,8%) – нормотонический тип. Во 2 группе преобладали нормотоники – 16 (53,3%), симпатикотоников было 8 (26,7%), ваготоников – лишь 6 (20,0%).

Выявленные в результате комплексного обследования данные послужили обоснованием разработки комплексного метода терапии, включающего, наряду с традиционной, применение дневного транквилизатора (адаптола), СРФ и комплекса психорелаксации. Адаптол назначали по 500 мг 2 раза в день в течение 3 месяцев. С целью СРФ применяли электрофорез на шейно-воротниковую зону с лекарственными препаратами, выбор которых проводили с учетом исходного ВТ и характера дермографизма. При ваготонии и красном дермографизме использовали 2% раствор кальция хлорида, при симпатикотонии и белом дермографизме – 3% раствор магния сульфата (Улащик В.С. 2010.). Курс лечения – 10 процедур, проводимых ежедневно. Комплекс психорелаксации включал использование сенсорной комнаты в сочетании с аэро-, аудио- и светокорректирующими стимулами. Процедуры проводили ежедневно в течение 20 минут, на курс 10 процедур (Нагорная Н.В., 2001).

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

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

Анализ динамики показателей ВСР в группах сравнения подтвердил преимущество разработанного метода лечения. Показатель SDNN после лечения в группе сравнения повысился на 4,7% (до $53,17 \pm 7,59$ мс), в основной группе - на

18,5% (до $62,13 \pm 4,30$ мс, $p < 0,05$) и сравнялся с показателями здоровых лиц ($62,13 \pm 4,30$ мс), а в группе сравнения оставался на 16,11% ниже показателей здоровых лиц ($52,17 \pm 7,59$ мс).

Показатель RMSSD в основной группе повысился на 33,1% (до $65,16 \pm 2,39$ мс), в группе сравнения – лишь на 7,4% (до $47,12 \pm 3,42$ мс, $p < 0,05$). Показатель TP в основной группе повысился на 26,9% (до $3656,17 \pm 265,46$ мс²), в группе сравнения – на 1,4% (до $2710,30 \pm 485,93$ мс², $p < 0,05$). Уровень VLF-волн в основной группе снизился на 39,1% (до $462,46 \pm 155,98$ мс²), а в группе сравнения – лишь на 8,6% (до $693,80 \pm 127,46$ мс², $p < 0,05$). Показатель HF повысился на 33,3% в основной группе (до $895,23 \pm 147,51$ мс), в группе сравнения – на 5,6% (до $633,22 \pm 242,85$ мс, $p < 0,05$). Показатель LF в основной группе снизился на 33,7% (до $1133,41 \pm 341,8$ мс²), в группе сравнения – на 0,8% (до $1698,31 \pm 747,03$ мс², $p < 0,05$). Показатель LF/HF в основной группе снизился на 37,2% (до $1,5 \pm 0,19$ %), в группе сравнения – на 7,9% (до $2,20 \pm 0,45$ %, $p < 0,05$).

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

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

(20,0%) больных; как неблагоприятное - 3 (3,1%) и 10 (33,3%) больных, соответственно; минимально допустимый уровень - 27 (27,8%) и 14 (46,7%) больных, соответственно. По показателю настроение 70 (72,2%) больных основной группы и лишь 8 (26,7%) больных в группе сравнения расценивали свое состояние как благоприятное; как неблагоприятное - 2 (2,1%) и 7 (23,3%) больных соответственно; минимально допустимый уровень - 25 (27,8%) и 15 (50,0%) больных, соответственно.

После лечения показатель опросника ШУДЖв основной группе повысился на 24,9% (до $28,5 \pm 0,4$ балла), в группе сравнения - на 7,7% (до $23,2 \pm 0,7$ балла), $p < 0,05$. При анализе этого же показателя по количеству больных установлено, что 62 (74,7%) больных основной группы оценивали свое качество жизни как высокое и лишь 10 (32,3%) больных - в группе сравнения; как неудовлетворительное - 7 (22,5%) больных в группе сравнения, в основной группе таких больных не было. Как среднее состояние качества жизни оценивали - 21 (25,3%) больной в основной группе, в группе сравнения - 14 (45,2%) больных.

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

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

После лечения в основной группе значительно уменьшился показатель вегетативной дисфункции, оцененной по шкале Вейна. Средние значения в основной группе снизились на 49,5% (до $14,6 \pm 1,18$ балла), в то время как в группе сравнения - лишь на 11,1% (до $25,7 \pm 0,62$ балла), $p < 0,05$.

При анализе выраженности психопатологической симптоматики в группах сравнения в зависимости от вида АД отмечена неодинаковая степень изменений изучаемых параметров. Так, показатель SOM в основной группе у больных АД снизился на 30,5% (до $0,57 \pm 0,04$ балла), в группе сравнения – на 2,4% (до $0,80 \pm 0,31$), $p < 0,05$. У больных АлКД этот показатель снизился в основной группе на 31,8% (до $0,45 \pm 0,06$ балла), в группе сравнения – на 7,6% (до $0,61 \pm 0,25$ балла), $p < 0,05$; у больных экземой - на 25,6% (до $0,58 \pm 0,34$ балла) и на 1,3% (до $0,77 \pm 0,06$), соответственно, $p < 0,05$; у больных крапивницей - на 40,8% (до $0,45 \pm 0,12$ балла) и на 5,3% (до $0,72 \pm 0,24$ балла), соответственно, $p < 0,05$.

Показатели ОС в основной группе у больных АД снизились на 11% (до $0,73 \pm 0,06$ балла), в группе сравнения – на 3,7% (до $0,79 \pm 0,28$ балла), $p < 0,05$; у больных экземой - на 22,2% (до $0,63 \pm 0,07$ балла) и на 1,2% (до $0,80 \pm 0,15$ балла), соответственно, $p < 0,05$; у больных крапивницей - на 3,4% (до $0,57 \pm 1,91$ балла), и на 1,7% (до $0,58 \pm 0,25$ балла), соответственно, $p < 0,05$; у больных АлКД в обеих группах до- и после лечения он не изменился, $p = 0,65$.

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

Показатель DEP в основной группе у больных АД снизился на 19,5% (до $0,62 \pm 0,04$ балла), в группе сравнения – на 2,6% (до $0,75 \pm 0,43$ балла), $p < 0,05$; у больных экземой - на 5,6% (до $0,68 \pm 0,05$ балла) и на 1,4% (до $0,71 \pm 0,25$ балла), соответственно, $p < 0,05$; у больных АлКД - на 3,4% (до $0,57 \pm 0,13$ балла) и на 1,7% (до $0,58 \pm 0,21$ балла), соответственно $p < 0,05$; у больных крапивницей в основной группе снизился на 3,3% (до $0,58 \pm 0,07$ балла), в группе сравнения повысился на 7,7 % (до $0,65 \pm 0,24$ балла, $p < 0,05$).

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

Особый интерес представлял анализ показателя РНОВ, в основной группе у больных АД он снизился на 51,1% (до $0,22 \pm 0,03$ балла), в группе сравнения – на 4,4% (до $0,43 \pm 0,37$ балла), $p < 0,05$; у больных экземой - на 34,1% (до $0,27 \pm 0,03$ балла) и на 2,3% (до $0,40 \pm 0,19$ балла), соответственно, $p < 0,05$; у больных крапивницей - на 36,1% (до $0,23 \pm 0,05$ балла) и на 5,5% (до $0,34 \pm 0,09$ балла), соответственно, $p < 0,05$; у больных АлКД- на 40,6% (до $0,19 \pm 0,09$ балла) и на 6,3% (до $0,30 \pm 0,10$ балла), соответственно, $p < 0,05$. Показатель НОС в основной группе у больных АД повысился на 10% (до $0,60 \pm 0,06$ балла), в группе сравнения – на 1,8% (до $0,55 \pm 0,20$ балла), $p < 0,05$; у больных экземой - на 6,7% (до $0,60 \pm 0,04$ балла) и на 1,8% (до $0,57 \pm 0,13$ балла), соответственно, $p < 0,05$; у больных крапивницей - на

4,9% (до $0,61 \pm 0,16$ балла) и на 3,4% (до $0,56 \pm 0,28$ балла), соответственно, $p < 0,05$; у больных АлКД- на 18,6% (до $0,59 \pm 0,05$ балла) и на 4% (до $0,50 \pm 0,19$ балла), соответственно, $p < 0,05$. Показатель PAR в основной группе у больных АД снизился на 12,7% (до $0,48 \pm 0,04$ балла), в группе сравнения повысился на 20,3% (до $0,69 \pm 0,25$ балла, $p < 0,05$); у больных экземой в основной группе снизился на 18,9% (до $0,47 \pm 0,05$ балла), в группе сравнения – на 1,7% (до $0,57 \pm 0,16$ балла, $p < 0,05$); у больных крапивницей в основной группе повысился на 4% (до $0,50 \pm 0,06$ балла), в группе сравнения – на 12,7% (до $0,55 \pm 0,24$ балла, $p < 0,05$); у больных АлКД в основной группе снизился на 1,8% (до $0,54 \pm 0,07$ балла), в группе сравнения повысился на 3,5% (до $0,57 \pm 0,10$ балла, $p < 0,05$). Показатель PSY в основной группе у больных АД повысился на 3,1% (до $0,32 \pm 0,02$ балла), в группе сравнения – на 13,9% (до $0,36 \pm 0,24$ балла), $p < 0,05$; у больных экземой в основной группе снизился на 8,3% (до $0,33 \pm 0,02$ балла), $p < 0,05$, в группе сравнения остался без изменений $p = 0,05$; у больных крапивницей в основной группе повысился на 17,2% (до $0,29 \pm 0,03$ балла), в группе сравнения – на 35,1% (до $0,37 \pm 0,16$ балла), $p < 0,05$; у больных АлКД- на 19,3% (до $0,31 \pm 0,07$ балла) и на 26,4% (до $0,34 \pm 0,08$ балла), соответственно, $p < 0,05$. Показатель GSI в основной группе у больных АД снизился на 40,8% (до $0,55 \pm 0,03$ балла), в группе сравнения – на 10,7% (до $0,83 \pm 0,27$ балла), $p < 0,05$; у больных экземой - на 18,7% (до $0,52 \pm 0,03$ балла) и на 3,1% (до $0,62 \pm 0,13$ балла), соответственно, $p < 0,05$; у больных крапивницей - на 62,1% (до $0,56 \pm 0,04$ балла) и на 40,5% (до $0,88 \pm 0,24$ балла), соответственно, $p < 0,05$; у больных АлКД в основной группе снизился на 1,9% (до $0,51 \pm 0,08$ балла), в группе сравнения – не изменился, $p < 0,05$. Показатель PSI в основной группе у больных АД снизился на 26,1% (до $28,6 \pm 1,47$ балла), в группе сравнения – на 1,5% (до $38,1 \pm 5,48$ балла), $p < 0,05$; у больных экземой - на 31,7% (до $28,2 \pm 2,20$ балла) и на 1,4% (до $40,7 \pm 2,14$ балла), соответственно, $p < 0,05$; у больных крапивницей - на 23,1% (до $27,9 \pm 2,42$ балла) и на 5,5% (до $34,3 \pm 10,7$ балла), соответственно, $p < 0,05$; у больных АлКД- на 28,1% (до $26,9 \pm 1,64$ балла) и на 2,8% (до $36,4 \pm 9,17$ балла), соответственно, $p < 0,05$. Показатель PSDI в основной группе у больных АД снизился на 10,5% (до $1,19 \pm 0,04$ балла), в группе сравнения – на 3,7% (до $1,28 \pm 0,35$ балла), $p < 0,05$; у больных экземой - на 12,2% (до $1,15 \pm 0,04$ балла) и на 1,5% (до $1,29 \pm 0,20$ балла), соответственно, $p < 0,05$; у больных крапивницей - на 4,1% (до $1,18 \pm 0,04$ балла) и на 1,6% (до $1,21 \pm 0,40$ балла), соответственно, $p < 0,05$. У больных АлКД в основной группе снизился на 1,7% (до $1,17 \pm 0,11$ балла), в группе сравнения повысился на 3,2% (до $1,23 \pm 0,11$ балла), $p < 0,05$.

При анализе опросника САН установлено, что показатель самочувствия у больных АД в основной группе повысился на 22,2% (до $5,4 \pm 0,08$ балла), в группе сравнения - на 6,7% (до $4,5 \pm 0,15$ балла), $p < 0,05$; у больных экземой - на 17,3% (до $5,2 \pm 0,09$ балла) и на 6,5% (до $4,6 \pm 0,07$ балла), соответственно, $p < 0,05$; у больных с АлКД- на 13,4% (до $5,2 \pm 0,1$ балла) и на 2,2% (до $4,6 \pm 0,3$ балла), соответственно, $p < 0,05$; у больных крапивницей - на 13,7% (до $5,1 \pm 0,16$ балла, $p < 0,05$, в группе сравнения остался без изменений; По показателю активности у больных АД в основной группе повысился на 18,9% (до $5,3 \pm 0,10$ балла), в группе сравнения - на 8,5% (до $4,7 \pm 0,14$ балла), $p < 0,05$; у больных экземой - на 17% (до $5,3 \pm 0,11$ балла), и на 6,4% (до $4,7 \pm 0,16$ балла), соответственно, $p < 0,05$; у больных крапивницей - на

15,1% (до $5,3 \pm 0,16$ балла) и на 2,2% (до $4,6 \pm 0,18$ балла), соответственно, $p < 0,05$; у больных АлКД- на 13,5% (до $5,2 \pm 0,1$ балла) и на 4,3% (до $4,7 \pm 0,3$ балла), соответственно, $p < 0,05$. По показателю настроения у больных АД в основной группе повысился на 23,6% (до $5,5 \pm 0,1$ балла), в группе сравнения - на 4,5% (до $4,4 \pm 0,2$ балла), $p < 0,05$; у больных экземой - на 18,9% (до $5,3 \pm 0,1$ балла) и на 6,5% (до $4,6 \pm 0,14$ балла), соответственно, $p < 0,05$; у больных крапивницей - на 15,1% (до $5,3 \pm 0,13$ балла) и на 4,3% (до $4,7 \pm 0,06$ балла), соответственно, $p < 0,05$; у больных АлКД- на 14,8% (до $5,4 \pm 0,12$ балла) и на 4,2% (до $4,8 \pm 0,3$ балла), соответственно, $p < 0,05$. В основной группе оценивали свое состояние как удовлетворительное 22 (68,7%) больных экземой, в группе сравнения - 2 (20%) больных; при АД - 30 (85,7%) и 2 (20%) больных соответственно; при АлКД - 22 (88%) и 1 (20%) больных, соответственно; при крапивнице - 4 (80%) и 1 (20%) больных, соответственно. По показателю активности оценивали свое состояние как удовлетворительное 27 (84,4%) больных экземой основной группы и 5 (50,0%) больных группы сравнения; больных АД - 30 (85,7%) и 3 (30%), соответственно; больных АлКД - 23 (92,0%) и 2 (40,0%) больных, соответственно; больных крапивницей - 4 (80,0%) и 2 (40,0%) больных соответственно. По показателю настроения оценивали свое состояние как удовлетворительное 30 (93,7%) больных экземой в основной группе и 6 (60,0%) больных - в группе сравнения; больных АД - 32 (91,4%) и 2 (20,0%), соответственно; больных АлКД 24 (96,0%) и 2 (40,0%) больных, соответственно; больных крапивницей - 5 (100%) и 2 (40,0%) соответственно.

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

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

ВЫВОДЫ

В диссертации представлено теоретическое обобщение и новое решение научной задачи, заключающееся в повышении эффективности лечения больных аллергодерматозами, на фоне тревожных состояний, путем применения в комплексной терапии дневного транквилизатора (адаптол), сегментарно-

рефлекторной физиотерапии и комплекса психорелаксации на основании установленной роли психопатологических и нейровегетативных нарушений в патогенезе дерматозов.

1. Выявлены клинико-эпидемиологические особенности алергодерматозов, у больных проживающие в ЗЛК. Показана связь дебюта и рецидивов АлД со стрессом – у 119 (74,4%) больных, значительно чаще у женщин – 69 (95,8%), чем у мужчин – 50 (54,3%); Показаны связь длительности заболевания (3 и более лет) – у 84 (51,2%), в т.ч. у всех 62 (100%) больных АД и у 18 (35,3%) больных экземой; Частые, ежегодные рецидивы(2 и более в год)- у 95 (57,9%) больных АлДвт.ч.у 58 (93,5%) больных АД и 37 (72,5%) экземой; Распространенные поражения(более 10% тела) - у 53 (32,3%) больных, значительно чаще при АД – 52 (83,9%) больных; с тяжелым поражением (SCORAD более 40 баллов) – у 28 (17,1%) больных АД, в т.ч. у 13 (14,1%) мужчин и у 15 (20,8%) женщин.

2. Показано, что у больных АлД, проживающих в ЗЛК были выраженные психопатологические и нейровегетативные нарушения, проявляющиеся в повышении уровня фобической тревожности (РНОВ) в 2,5 раза превышали нормативные показатели контрольной группы ($0,46 \pm 0,09$ и $0,18 \pm 0,02$ балла, соответственно) и были в 1,5 раз выше показателей лиц без дерматологической патологии, проживающих в той же зоне - $0,46 \pm 0,09$ и $0,36 \pm 0,04$ баллов, соответственно ($p < 0,05$); повышения показателя соматизации (SOM), который у больных АлД в 1,6 раза превышал нормативные значения - $0,71 \pm 0,04$ балла и $0,44 \pm 0,03$ баллов, соответственно ($p < 0,05$) и в 1,2 раза был выше показателей лиц без дерматологической патологии - $0,71 \pm 0,04$ балла и $0,60 \pm 0,04$ балла, соответственно; общий индекс тяжести симптомов (GSI) у больных АлД был в 1,6 раз выше нормативных показателей - $0,83 \pm 0,17$ балла и $0,51 \pm 0,02$ балла, соответственно ($p < 0,05$) и в 1,3 раза больше показателей лиц без дерматологической патологии - $0,83 \pm 0,17$ и $0,62 \pm 0,48$ баллов, соответственно ($p < 0,05$) и был в 1,2 раза выше нормативных значений ($0,62 \pm 0,48$ балла и $0,51 \pm 0,02$ балла, соответственно, $p < 0,05$; повышенным показателям был индекс симптоматического дистресса (PSDI), который у больных АлД выше показателей лиц без дерматологической патологии - $1,32 \pm 0,08$ балла, $1,26 \pm 0,04$ балла, соответственно и в обеих группах был выше нормативных показателей – $1,17 \pm 0,05$ балла ($p < 0,05$); по шкале тревожности (ANX) у больных АлД были в 1,5 раза выше нормативных значений - $0,73 \pm 0,12$ балла и $0,47 \pm 0,03$ балла, соответственно ($p < 0,05$) и в 1,2 раза был выше показателей лиц без дерматологической патологии - $0,73 \pm 0,12$ балла и $0,61 \pm 0,04$ балла соответственно ($p < 0,05$), у лиц без дерматологической патологии - в 1,3 раза превышали нормативные значения ($0,61 \pm 0,04$ баллов и $0,47 \pm 0,03$ баллов, соответственно, $p < 0,05$).

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

4. Определены наиболее значимые сниженные показатели SDNN, RMSSD, TP, уровня HF-волн ($p < 0,05$), повышение уровня VLF- и LF- волн ($p < 0,05$) у больных АлД, проживающих в ЗЛК, что свидетельствовало о дисбалансе симпатической и парасимпатической регуляции ВНС, недостаточностью парасимпатической регуляции ВНС, нарушении нейрогуморальной регуляции; у 86 (75,4%) больных установлена выраженная вегетативная дисфункция ВНС (по опроснику А.М. Вейна); у 51 (31,1%) – отмечен ваготонический и у 78 (47,6%) - симпатикотонический ВТ.

5. Разработан оригинальный комплексный метод лечения больных АлД, проживающих в ЗЛК, включающий применение адаптола (по 500 мг 2 раза в день в течение 3-х месяцев), сегментарно-рефлекторной физиотерапии (электрофорез на шейно-воротниковую зону, приваготонии и красном дермографизме с 2% раствора кальция хлорида, при симпатикотонии и белом дермографизме с 3% раствором магния сульфата) и комплекса психорелаксации, включающего использование сенсорной комнаты в сочетании саэро-, аудио - и светокорректирующими стимулами; Внедрение разработанного метода лечения сопровождался хорошей переносимостью, большей эффективностью и стойкой клинической ремиссией (более 2-х лет) - у 59 (45,4%) больных леченных по разработанной методике и лишь у 8 (23,5%), леченных традиционно.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Больным АлД показаны патопсихологические и нейровегетативные исследования с целью своевременного выявления тревожных и вегетативных состояний и коррекция реабилитационных мероприятий.

2. Больным АлД, проживающие в ЗЛК, независимо от вида дерматоза показана терапия, направленная на снижение симптомов тревоги и на нормализацию нейровегетативных нарушений.

3. Использование разработанного комплексного метода лечения больных АлД, проживающих в ЗЛК, включающего, наряду с традиционной терапией, применения дневного транквилизатора (адаптол), сегментарно-рефлекторной физиотерапии и комплекса психорелаксации, позволяет достичь более длительной 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 и косметологических клиник.

СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Проценко, О. А. Особенности психического статуса больных хроническими рецидивирующими дерматозами [Текст] / О.А. Проценко, Ал. С. Горбенко, // Университетская клиника. – 2015. – Т. 11, № 2. – С. 91–92. Соискатель проводил сбор материала больных

2. Проценко, О. А. Психовегетативные и соматические расстройства у пациентов с аллергодерматозами, проживающих в зоне боевых действий [Текст] / О.А. Проценко, Ал. С. Горбенко // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2016. – №2 (36). – С. 47-49. Соискатель проводил сбор материала больных.
3. Горбенко, Ал. С. Антистрессорная медикаментозная и немедикаментозная терапия хронических дерматозов [Текст] / Ал. С. Горбенко // Научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии «Торсуевские чтения». – 2017. – № 1 (15). – С. 48–51.
4. Горбенко, Ал. С. Клинико-эпидемиологические особенности аллергодерматозов у больных, проживающих в зоне боевых действий [Текст] / Ал. С. Горбенко // Научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии «Торсуевские чтения». – 2017. – № 2 (16). – С. 15–20. В статье нашли отражение основные положения раздела 3.
5. Горбенко, Ал. С. Эффективность лечения больных аллергодерматозами на фоне тревожных состояний [Текст] / Ал. С. Горбенко // Научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии «Торсуевские чтения». – 2018. – № 4 (22). – С. 6 – 11. В статье нашли отражение основные положения раздела 6.
6. Горбенко, Ал. С. Анализ variability сердечного ритма у больных аллергодерматозами на фоне тревожных состояний [Текст] / Ал. С. Горбенко // Научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии «Торсуевские чтения». – 2019. – № 2 (24). – С. 6–10. В статье нашли отражение основные положения раздела 5.
7. Горбенко, Ал. С. Клинико-патопсихологические особенности больных аллергодерматозами, проживающих в зоне локального конфликта [Текст] / Ал. С. Горбенко // Научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии «Торсуевские чтения». – 2020. – № 2 (28). – С. 8 – 17. В статье нашли отражение основные положения раздела 4.
8. Горбенко, Ал. С. Способ коррекции стресс индуцированных расстройств у больных аллергодерматозами [Текст] / Ал. С. Горбенко // Научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии «Торсуевские чтения». – 2019. – № 4 (26). – С. 89. В тезисе нашли отражение основные положения раздела 6.
9. Горбенко, Ал. С. Поражения лица при аллергодерматозах // Тезисы: IV междисциплинарный Anti-age симпозиум с международным участием: Интегральный подход к коррекции возрастных изменений лица. – 29 апреля 2020 г. – г. Донецк. – С. 107. В тезисе нашли отражение основные положения раздела 3.
10. Проценко, Т. В. Клинико-психологические характеристики психического статуса больных хроническими рецидивирующими дерматозами [Текст] / Т. В. Проценко, О. А. Проценко, Ал. С. Горбенко, Е. В. Киосева // Торсуевские чтения: сборник научно-практических работ. – Донецк, 2015. – Вып. 10. – С. 52– 57. Соискателем собран клинический материал, проведен

статистический анализ результатов. В статье нашли отражение основные положения раздела 3, 4.

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

30 октября 2015 г., г. Донецк, ДНР). – Донецк, 2015. – С. 182. Соискатель проводил сбор материала больных.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АД	– атопический дерматит
АлД	– аллергодерматозы
АлКД	– аллергический контактный дерматит
ВИК	– вегетативный индекс Кердо
ВНС	– вегетативная нервная система
ВСП	– вариабельность сердечного ритма
ВТ	– вегетативный тонус
ДИКЖ	– дерматологический индекс качества жизни
ЗЛК	– зона локального конфликта
РАН	– Российская академия наук
САН	– самочувствие, активность, настроение
СРФ	– сегментарно-рефлекторная физиотерапия
ТР	– показатель общей мощности спектра
ЦНС	– центральная нервная система
ШУДЖ	– Шкала удовлетворённостью жизнью
ANX	– Anxiety – показатель тревожности
BSA	– Body Surface Area
DEP	– Depression – показатель депрессии
DLQI	– Dermatology Life Quality Index
GSI	– General Symptomatical Index - общий индекс тяжести симптомов
HADS	– Hospital Anxiety and Depression Scale
HF	– высокочастотный спектр
HOS	– показатель враждебности
INT	– показатель межличностной сензитивности
LF	– низкочастотный спектр
LF/HF	– отношение мощностей низких частот к мощности высоких
OC	– показатель обсессивности - компульсивности
PAR	– показатель паранойяльных тенденций
PSDI	– индекс симптоматического дистресса
PHOB	– показатель фобической тревожности
PSI	– Positive Symptomatical Index - индекс общего числа утвердительных ответов
PSY	– показатель психотизма
RMSSD	– квадратный корень из суммы квадратов разностей последовательных пар RR
SCL-90-R	– Symptom checklist-90-revised
SCORAD	– Severity Scoring of Atopic Dermatitis
SDNN	– стандартное отклонение длительности сердечного цикла
SOM	– показатель соматизации
VLF	– очень низкочастотный показатель