

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.5-056.3: 612.821-008.19] - 085+616.89:355(477.62) (-07)

*Проценко О.А., Горбенко Ал.С.***ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЕ И СОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: аллергодерматозы, стресс, боевые действия

В условиях длительно продолжающихся боевых действий значительно ухудшилось качество жизни людей и значительно увеличилось число рецидивов аллергодерматозов. К психическим расстройствам, спровоцированным дерматологической патологией, относятся нозогенные реакции (преимущественно тревожно-депрессивного круга) и патологические развития личности при хронических дерматозах. Нозогенные реакции у больных с кожными заболеваниями детерминированы рядом психологических, социальных, личностных, биологических факторов, включающих объективные параметры дерматоза [1, 2]. В последние годы среди дерматологических больных отмечают увеличение числа психосоматических заболеваний, в развитии которых ведущую роль отводят психотравмирую-

щим воздействиям и хроническому стрессу [1, 3]. Развивающиеся вследствие этого психосоматические расстройства могут влиять как на течение дерматозов, так и на эффективность проводимой терапии, что требует коррекции лечебно - профилактических мероприятий. Известно, что стрессы являются частым фактором дебюта или обострения хронических дерматозов. Проживание в зоне продолжающихся боевых действий является мощным стрессовым воздействием, которое влияет на психический статус пациента, тем самым изменяя течение дерматоза и ответную реакцию на терапию.

Целью настоящего исследования была оценка влияния стресса на клинические проявления, течение аллергодерматозов (АлД) у пациентов, проживающих в зоне боевых действий.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находились 55 больных АлД, в возрасте от 19 до 76 лет, в т.ч. мужчин - 25, женщин - 30. Из них страдающих экземой было 32 чел., атопическим дерматитом - 13 больных, нейродерматитом - 7, аллергическим контактным дерматитом - 3 больных.

Протокол обследования больного включал изучение жалоб, анализ анамнеза заболевания, клинический осмотр с определением дерматологических индексов, лабораторно-инструментальное обследование (общий анализ крови, мочи, билирубин, трансаминазы, глюкоза крови, СРБ и др.).

Степень выраженности симптомов определяли по шкале SCORAD (Severity Scoring of Atopic Dermatitis) [7]. Распространенность дерматоза определяли по индексу BSA (Body Surface Area) [8]. Для оценки психо-эмоциональных наруше-

ний и депрессивного спектра применяли клинико-психопатологические методы - шкалу самоотчета Symptom Check List - 90R (SCL-90R) [5], опросник для выявления признаков вегетативных изменений (Вейна), Тест Спилбергепа (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) [6], Госпитальную шкалу тревоги и депрессии, опросник САН (самочувствие, активность, настроение) [6].

Терапию АлД проводили в соответствии с принятыми стандартами лечения в зависимости от тяжести дерматоза и с включением в комплексную терапию дневного анксиолитика и физиотерапии (электрофорез и массаж на шейно-воротниковую зону).

Статистическая обработка результатов проводилась методами вариационной статистики на персональном компьютере.

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе нозологических форм АлД ус-

тановлено преобладание в выборке больных с

экземой - 32 чел. (58,1%) и атопическим дерматитом – 13 чел. (23,6%). Нейродерматит был выявлен у 7 больных (12,7%), аллергический контактный дерматит - у 3 пациентов (5,4%).

При анализе анамнеза выявлено, что у 35 больных (63,6%) дебюту заболевания и/или началу обострения предшествовал стресс (ночные обстрелы, утрата жилья, работы и др.), одинаково часто при всех нозологических формах.

При анализе клинических проявлений АлД установлено, что распространенным (BSA более 10,0) процесс был у 48 (87,2%) больных, ограниченным - 7 пациентов (12,7%).

При анализе степени выраженности симптомов индекс SCORAD до 10 баллов был у 38 больных (69%), свыше 10 - у 17 пациентов (31%). Тяжесть симптомов дерматоза (зуд, болезненность, плохой сон выраженность и распространенность высыпаний) приводили к снижению качества жизни пациентов.

При анализе теста Спилберга (State-Trait Anxiety Inventory, STAI), госпитальной шкалы тревоги и депрессии, опросника САН (самочувствие, активность, настроение) у всех обследованных пациентов выявлены депрессивные симптомы разной степени выраженности.

Клинические проявления нозогенных расстройств включали социально обусловленные страхи — социофобии (страх появления в обществе и др.)

У всех обследуемых пациентов по шкалам самоотчета SCL-90R показатели фобической тревожности, соматизации, нарушения депрессивного спектра были повышены в 2 и более раза, по сравнению с нормативными значениями ($p < 0,05$). Значительные различия с нормативными показателями были по шкале тревоги ($0,89 \pm 0,02$ балла при норме $0,47 \pm 0,03$). Это проявлялось признаками внутреннего напряжения, раздражительности, паническими симптомами, страхами различной интенсивности. Показатель по шкале межличностной сенситивности у об-

следуемых больных превышал нормативные значения ($0,89 \pm 0,02$ баллов при норме $0,66 \pm 0,03$). Клинически ощущения личностной неполноценности проявлялись в ситуациях межличностной коммуникации. Сравнение себя с окружающими вело к негативным эмоциональным переживаниям. Данный показатель, возможно, свидетельствовал о проявлениях негативного перфекционизма. Общий индекс тяжести GSI превышал нормативные значения у 43 больных (86%), что свидетельствовало о тяжести психоэмоционального состояния больных.

Выявленные изменения послужили основанием для разработки комплексного метода лечения АлД с использованием дневного анксиолитика и дифференциального назначения регуляторных методов воздействия (электрофорез и массаж шейно-воротниковой зоны).

Анализ ближайших результатов лечения показал высокую эффективность разработанного метода. Отмечалось значительное улучшение состояния больных (исчезновение тревоги, страха, уменьшение интенсивности зуда). Положительная динамика клинических симптомов АлД подтверждалась снижением индекса SCORAD у всех наблюдаемых пациентов. При легком течении АлД индекс SCORAD снизился с $8,5 \pm 1,2$ до $1,6 \pm 0,8$ баллов, при среднетяжелом и тяжелом течении - с $38,6 \pm 1,8$ до $6,4 \pm 1,2$ баллов.

Проведенное исследование показало, что психический статус пациентов, проживающих в зоне военного конфликта и страдающих аллергодерматозом, характеризовался психопатологическими симптомами широкого спектра. Выявленные у пациентов с аллергодерматозом, проживающих в зоне боевых действий, нарушения психоэмоционального состояния являются обоснованием целесообразности коррекции лечебной тактики и использования комплексного метода лечения больных с применением дневного анксиолитика и дифференциального назначения регуляторных физиотерапевтических методик.

Проценко О.А., Горбенко Ал.С.

ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЕ И СОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Ключевые слова: аллергодерматозы, стресс, боевые действия

При анализе анамнеза выявлено, что у большинства обследованных больных (35 чел. - 63,6%) дебюту заболевания и/или началу обострения предшествовал стресс (ночные обстрелы, утрата жилья, работы и др.), одинаково часто при всех нозологических формах.

Выявленные у пациентов с аллергодерматозами, проживающих в зоне боевых действий, нарушения психоэмоционального состояния могут быть обоснованием целесообразности коррекции лечебной тактики и назначения комплексного метода лечения больных с применением дневного анксиолитика и дифференциального назначения регуляторных физиотерапевтических методик. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2016. — № 2 (36). — С. 47-49).

**PSYCHO-VEGETATIVE AND SOMATIC DISORDERS IN PATIENTS WITH
ALLERGODERMATOSES IN A COMBAT ZONE**

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Keywords: allergodermatoses, stress, fighting

In the analysis of medical history revealed that 35 (63,6%) patients with disease onset and/or exacerbation of top preceded by stress (night attacks, loss of housing, employment, etc.), With the same frequency in all nosological forms.

Identified patients living in a combat zone, violation of mental and emotional state make it appropriate correction treatment strategy, and the appointment of a complex method of treatment of patients with daytime anxiety and differential regulatory purpose of physiotherapy techniques. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2016. — № 2 (36). — P. 47-49).

Литература

1. Львов А.Н. Психические расстройства в дерматологической практике / А.Н. Львов. - М.: ИНФА-М, 2006. - 54с.
2. Эрнандес Е.И. Стресс и его влияние на кожу / Е.И. Эрнандес. - М., 2013. - 40с.
3. Смулевич А.Б. Психодерматология: современное состояние проблемы /А.Б. Смулевич, О.Л. Иванов [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии. - 2004. - Т. 11. - С. 4-14.
4. Сизова Ж.М. Депрессии в практике врача-терапевта / Ж.М. Сизова, Н.И. Лапидус. - М., 2009. - 43с.
5. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии постравматического стресса / Н.В. Тарабрина. - СПб: Питер, 2001. - 272с.
6. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации /А.Н. Белова. - М., 2002. - 439с.
7. Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index / Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis // Dermatology.- 1993. - Vol. 186, № 1. - P. 23 - 31.
8. Kouno T. Standardization of the Body Surface Area (BSA).Formula to Calculate the Dose of Anticancer Agents in Japan / T. Kouno, N. Katsumata, H. Mukai [et al.] // Japanese Journal of Clinical Oncology. - 2003. - Vol. 33. -P. 309-313.

Поступила в редакцию 23.09.2016