



Комплексное лечение нейроаллергодерматозов у военнослужащих с учетом психовегетативных нарушений

САМЦОВ А.В., заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы в отставке (avsamtsov@mail.ru)
СУХАРЕВ А.В., профессор, полковник медицинской службы запаса (asoukharev@mail.ru)
ПАТРУШЕВ А.В., кандидат медицинских наук, майор медицинской службы запаса (alexpat2@yandex.ru)
НАЗАРОВ Р.Н., кандидат медицинских наук, майор медицинской службы запаса (nazarov-roman@yandex.ru)

Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург

Цель работы – определение выраженности, структуры и методов коррекции психосоматических расстройств при комплексном лечении нейроаллергодерматозов у военнослужащих. Изучены личностно-психологические особенности и состояние вегетативной нервной системы у военнослужащих, страдающих atopическим дерматитом и экземой. Диагностика психовегетативных нарушений проводилась по результатам комплексного клинического, психологического и психофизиологического обследования. Установлен спектр психосоматических расстройств при нейроаллергодерматозах, обосновано применение психотропной терапии препаратами последнего поколения, а также использован современный метод психокоррекции – системная поведенческая психотерапия. По результатам обследований разработана методика диагностики и коррекции психосоматических расстройств в процессе комплексного лечения военнослужащих, больных atopическим дерматитом и экземой. Комплексное лечение нейроаллергодерматозов у военнослужащих с медико-психологической коррекцией позволяет в среднем на 7 дней сократить срок улучшения клинических показателей, на 14 дней – сроки нормализации психофизиологического состояния и качества жизни больных.

К л ю ч е в ы е с л о в а: atopический дерматит, экзема, психосоматические расстройства, вегетативные нарушения, системная поведенческая психотерапия.

Samtsov A.V., Sukharev A.V., Patrushev A.V., Nazarov R.N. – Complex treatment of neuroallergodermatitis in military personnel, taking into account psycho-vegetative disorders. The purpose of the work is to determine the severity, structure and methods of correction of psychosomatic disorders in the complex treatment of neuroallergodermatitis in military personnel. Personality-psychological features and the state of the autonomic nervous system among servicemen suffering from atopic dermatitis and eczema were studied. Diagnosis of psycho-vegetative disorders was carried out based on the results of a comprehensive clinical, psychological and psycho-physiological examination. The spectrum of psychosomatic disorders in neuro-allergic dermatoses was established, the use of psychotropic therapy with the latest generation drugs was justified, and a modern method of psychocorrection-systemic behavioral psychotherapy was used. Based on the results of the survey, a method for diagnosing and correcting psychosomatic disorders in the course of complex treatment of military personnel with atopic dermatitis and eczema was developed. Complex treatment of neuroallergodermatitis in the military with a medical and psychological correction allows an average of 7 days to shorten the period of improvement of clinical indicators, for 14 days – the period of normalization of the psychophysiological state and quality of life of patients.

К е y w o r d s: atopic dermatitis, eczema, psychosomatic disorders, vegetative disorders, systemic behavioral psychotherapy.

Среди нейроаллергодерматозов у военнослужащих наиболее часто диагностируются *атопический дерматит* (АтД) и экзема. Отмечается рост заболеваемости АтД за последние 16 лет в 2,1 раза, а показатели распространенности среди детского и взрослого населения составляют до 20 и 3% соответственно. В общей структуре больных дермато-

зами удельный вес АтД достигает 20–30%, а на долю экземы приходится 30–40% [5, 12, 16, 20, 21].

При нейроаллергодерматозах в 3 раза чаще, чем при других заболеваниях, возникают различные психологические проблемы, особенно у военнослужащих [1, 10]. У трети больных кожно-венерологических стационаров наблюдаются депрес-



сивные реакции [4, 15, 23]. Кроме того, хронические дерматозы часто сопровождаются психосоматическими расстройствами и характеризуются значительным снижением качества жизни больных [11, 18].

Многие авторы отмечают, что недооценка психологических факторов при нейроаллергодерматозах снижает эффективность лечения [6, 8, 19]. Нередко заболевания принимают торпидное рецидивирующее течение, а существующие методы лечения и профилактики оказываются недостаточно эффективными [6, 22].

В связи с этим для комплексного этиопатогенетического лечения нейроаллергодерматозов у военнослужащих на кафедре кожных и венерических болезней Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова используются различные методики диагностики и коррекции психосоматических расстройств.

Примененные методы диагностики психосоматических расстройств при обследовании больных нейроаллергодерматозами

Для диагностики психосоматических расстройств применялись психологические и физиологические методики, позволяющие оценить психоэмоциональную сферу пациента, особенности личности и функциональное состояние вегетативной нервной системы.

Психологические методики. Методика оценки индивидуально-личностных психологических особенностей человека (СМИЛ) или тест *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (ММПИ) – Миннесотский многоаспектный личностный опросник.

Тест ММПИ является реализацией типологического подхода к изучению личности в психодиагностических исследованиях. СМИЛ – адаптированный и автоматизированный вариант ММПИ [14].

Оценочные шкалы: HS – ипохондрия у больных, соматизация тревоги или сверхконтроля у здоровых; D – депрессия (пессимистичность) – обнаруживает склонность к депрессивным реакциям и поведенческому пессимизму, психическому стрессу; HY – истерия у больных, эмоциональная лабильность у здоровых; PD – психопатия у больных, импульсив-

ность у здоровых; MF – мужественность / женственность; PA – паранояльность у больных, ригидность аффекта у здоровых; PT – психастения у больных, тревожность у здоровых; SC – шизофрения у больных, индивидуальность у здоровых; MA – маниакальность у больных, оптимистичность и активность у здоровых; SI – социальная интроверсия – определяет включенность в социальную среду, степень экстраверсии в социальных контактах. Также имеется шкала лжи, статистической коррекции и валидности.

Шкала самооценки Ч.Д.Спилбергера – Ю.Л.Ханина (ШССХ). Данный тест является надежным и информативным способом самооценки уровня тревожности в определенный момент (реактивная тревожность как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека) [17].

Личностная тревожность характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревожности. Реактивная тревожность характеризуется напряжением, беспокойством, тревожностью. Высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями. Повышенная реактивная тревожность вызывает нарушения внимания и тонкой координации движений.

Шкала самооценки состоит из двух частей, разделяемо оценивающих реактивную (вопросы 1–20) и личностную (вопросы 21–40) тревожность. Результаты рассчитывались по специальным формулам, оценивались в баллах по шкале: менее 30 баллов – низкая тревожность; от 30 до 45 баллов – умеренная тревожность; свыше 45 баллов – высокая тревожность.

Анкета самооценки состояния (АСС). Анкета позволяет оценить субъективное состояние: бодрость, интерес, внимательность, настроение, самочувствие, спокойствие, уверенность, психологический комфорт, соматические жалобы пациента. При психологическом дискомфорте суммарный балл по методике ниже 28 [9].



Опросник Плутчика — Келлермана — Конте (*индекс жизненного стиля* — ИЖС). С его помощью можно исследовать напряженность основных 8 психологических защит (проекция, рационализация, отрицание, вытеснение, компенсация, гиперкомпенсация, регрессия, замещение) и напряженность всех измеряемых защит, или *общую напряженность защиты* (ОНЗ), которая исчисляется как среднее арифметическое из напряженности 8 защитных процессов.

Шкала депрессии (ШД). Направлена на выявление депрессивных расстройств разного уровня от легкой депрессии ситуационного или невротического генеза (50–59 баллов), субдепрессивного состояния или маскированной депрессии (60–69) до истинного депрессивного состояния (70 и более) [7].

Функциональные методики исследования. Анализ *вариабельности сердечного ритма*. Сердечный ритм регулируется *вегетативной нервной системой* (ВНС), поэтому его анализ используется для оценки автономных влияний на сердце [2]. Методы анализа *вариабельности сердечного ритма* разделяются на методы анализа временных последовательностей (ритмокардиография) и методы анализа частотных диапазонов.

При ритмокардиографии определялись *частота сердечных сокращений* (ЧСС), среднее квадратичное отклонение синусовых *R–R*-интервалов (SDNN), коэффициент вариации (CV), показатель pNN50 (процент последовательных интервалов *R–R*, различие между которыми превышает 50 мс) с помощью прибора «ВНС — Спектр» и программы «Полиспектр 3» фирмы «Нейрософт» (г. Иваново).

ЧСС определяется вегетативным балансом, гуморальными механизмами и внутренними водителями ритма сердца. По ЧСС можно судить о преобладании воздействий того или иного отдела ВНС на сердечную деятельность. Так, замедление ЧСС до 60 в минуту и ниже указывает на преобладание парасимпатических влияний, а тахикардия свыше 80 в минуту — симпатических. Однако на этот показатель воздействует слишком много

факторов, поэтому как самостоятельный параметр в оценке активности ВНС он используется мало.

SDNN указывает на суммарный эффект влияния на синусовый узел симпатического и парасимпатического отделов нервной системы. Увеличение этого показателя свидетельствует о преобладании парасимпатических влияний на ритм сердца, а уменьшение — симпатических.

Коэффициент вариации (CV) по физиологическому смыслу не отличается от SDNN, но является показателем, нормированным по ЧСС. Должные величины временных показателей следующие: SDNN = $5,8 \pm 5,3$ мс; pNN50% = $21,1 \pm 5,1$ [2].

Вариационная пульсометрия. Строится гистограмма распределения кардиоинтервалов как случайной величины. Для сопоставимости результатов с данными других авторов *R–R*-интервалы группируются в диапазоне от 0,4 до 1,3 с через 0,05 с. При парасимпатикотонии гистограмма имеет широкое основание и смещена вправо, при симпатикотонии — она узкая и смещена влево. По гистограмме определяется амплитуда моды (A_{MO}) и вариационный размах (ΔX). A_{MO} — число кардиоинтервалов, соответствующих моде, выраженное в процентах. Она показывает стабильность сердечного ритма. В основном этот эффект обусловлен воздействием симпатической части вегетативной нервной системы. Вариационный размах (ΔX) — это максимальная амплитуда колебаний *R–R*-интервалов. Он в значительной мере связан с активностью блуждающих нервов.

Отмечено, что парасимпатическая активация приводит к увеличению ΔX и снижению A_{MO} , а симпатическая активация — к уменьшению ΔX и увеличению A_{MO} [2].

Спектральный анализ ритма сердца. Влияния симпатической и парасимпатической систем на синусовый узел осуществляются с определенной периодичностью. Установлено, что модуляция ЧСС парасимпатическими нервами совпадает с частотой дыхания. Так, при частоте дыхания 15 в 1 мин ЧСС меняется с периодом в 4 с, что соответствует 0,25 Гц.



Модуляция ЧСС симпатическими нервами осуществляется с частотой 0,1 Гц. Это было установлено при одновременной записи ЧСС и активности постганглионарных симпатических волокон. Таким образом, в записях длительностей R–R-интервалов с течением времени (ритмограмме) зашифрованы модулирующие влияния симпатической и парасимпатической систем, которые осуществляются с определенной частотой. Их можно выявить, разложив ритмограмму на синусоидальные составляющие с помощью спектрального анализа. Для этого используют преобразование Фурье или автокорреляционный метод. На спектрограммах здоровых людей, полученных на основании кратковременных (5-минутных) записей в состоянии покоя в положении лежа, имеются три основных волновых пика.

Первый находится около нуля и отражает влияние надсегментарных центров вегетативной регуляции. Согласно международным стандартам он называется очень низкочастотным (VLF). Второй пик находится возле 0,1 Гц, называется низкочастотным (LF) и отражает модуляцию сердечного ритма симпатической нервной системой. Третий пик располагается возле 0,25 Гц, связан с частотой дыхания, отражает влияние на ЧСС блуждающего нерва и называется высокочастотным (HF) [13].

Структура психосоматических расстройств у больных атопическим дерматитом и экземой

Результаты обследования больных атопическим дерматитом. Под нашим наблюдением на протяжении двух лет находилось 58 военнослужащих, больных атопическим дерматитом, поступивших в клинику кожных и венерических болезней ВМедА в стадии обострения заболевания. Из числа обследованных больных женщин было 12 (26,1%), мужчин – 46 (73,9%) в возрасте от 18 до 34 лет, т. е. лица молодого возраста (юношеский и первый период зрелости среднего возраста).

Особенности личностных изменений больных. Изученные нами индивидуально-личностные особенности больных

АтД с помощью теста ММПИ, по сравнению с группой контроля, показали достоверно более высокие (на 30,7%) средние значения по шкале HS (ипохондрическая фиксация, $p < 0,001$).

Это свидетельствует о «близости» больных АтД к астеноневротическому типу, медлительности, пассивности, сниженных адаптационных способностях (плохо переносят смену обстановки, легко теряют равновесие в социальных конфликтах). Также выявлены более высокие (на 23,7%) средние значения по шкале D (депрессия, $p < 0,01$), что свидетельствует о чувствительности, сензитивности, тревожности, робости, застенчивости, неуверенности в себе (при малейших неудачах они впадают в отчаяние). Кроме этого, наблюдались более высокие (на 23,5%) средние значения по шкале PT (склонность к психастеническим реакциям, $p < 0,01$), что характерно для лиц с тревожно-мнительным типом характера, боязливым, нерешительным, постоянно сомневающимися.

Таким образом, можно сделать вывод, что для большинства больных атопическим дерматитом характерны акцентуации личности по ипохондрическому, тревожно-депрессивному, психастеническому типу.

Особенности тревожности больных АтД. По данным опросника Спилбергер–Ханина, у 53,6% больных АтД выявлен повышенный уровень реактивной (ситуационной) тревожности (СТ) и у 57,4% – повышенный уровень личностной тревожности (ЛТ) до лечения. При поступлении в клинику больные имели показатели СТ $47,35 \pm 1,24$ усл. ед., что достоверно ($p < 0,01$) выше, чем в группе контроля (в контроле – $40,07 \pm 0,64$ усл. ед.). Анализ ЛТ больных АтД показал достоверно ($p < 0,01$) более высокие средние значения данного показателя ($49,72 \pm 1,23$ усл. ед.), по сравнению с группой контроля ($42,41 \pm 0,54$ усл. ед.).

Таким образом, больные АтД отличаются от здоровых на 18,2% более высокой реактивной тревожностью и на 17,2% более высокой личностной тревожностью. Можно предположить, что у больных АтД существует постоянная



повышенная чувствительность к стрессовым ситуациям как свойство личности. Кроме того, само заболевание для пациентов с АтД является постоянным источником стресса и является значительной психологической проблемой.

Особенности субъективного самочувствия больных. Данные теста АСС показали, что больные АтД достоверно ($p < 0,05$) отличаются от здоровых меньшим уровнем бодрости – на 28,8%, настроения – на 30,5%, самочувствия – на 25,8%, спокойствия – на 21,1%, уверенности – на 19%, внимательности – на 18,3%, интереса – на 13,2%; меньшей степенью психологического комфорта – на 27,8%; большим количеством жалоб – на 157,1% ($p < 0,001$).

Особенности исследования психологических защит больных. Анализ результатов обследования опросником Келлера–Плутчика показал, что больные АтД достоверно более часто используют такие неосознаваемые защитные психологические механизмы, как отрицание ($p < 0,01$) и рационализация ($p < 0,05$).

Особенности уровня депрессии больных. Анализ результатов обследования больных АтД тестом шкала депрессии выявил, что у 52,6% выявлены депрессивные расстройства легкой степени ситуационного или невротического генеза или субдепрессивные состояния. При этом у больных АтД достоверно (на 26,6%, $p < 0,01$) выше уровень депрессии, чем в группе здоровых.

Результаты анализа психологического состояния свидетельствуют о том, что для больных атопическим дерматитом характерны выраженные психосоматические расстройства, проявляющиеся тревожно-депрессивными реакциями, которые сочетаются с астенией и нарушениями сна. Поэтому комплексное лечение больных АтД должно быть направлено на устранение этих компонентов психосоматических расстройств.

Анализ данных вариабельности сердечного ритма обнаружил, что у 17,9% больных АтД вегетативный тонус сердечно-сосудистой системы в покое характеризуется преобладанием парасимпатических влияний, у 48,3% – симпатических

и только у 33,8% пациентов симпатические и парасимпатические влияния сбалансированы. При этом выявлено достоверное ($p < 0,05$) снижение стандартного отклонения длительности синусовых R–R-интервалов (SDNN). Представленные данные указывают на преобладание у большей части больных АтД в покое симпатических влияний.

Спектральный анализ ритма сердца показал, что у 42,9% обследованных снижена общая мощность спектра, что свидетельствует о напряженной работе центров вегетативной регуляции. При этом избыточный уровень симпатических (LF) влияний в состоянии покоя наблюдается у 31,1% пациентов, избыточный уровень парасимпатических (HF) влияний – у 78,6%. У больных АтД выявлено достоверное ($p < 0,05$) повышение уровня парасимпатических влияний в сравнении со здоровыми испытуемыми.

Анализируя данные, характеризующие состояние вегетативной нервной системы, полученные различными методиками, можно сделать вывод, что у больных АтД диагностируются вегетативные расстройства, проявляющиеся напряженной работой вегетативных центров, избыточной эрготропной (симпатической) и трофотропной (парасимпатической) активностью.

Результаты обследования больных экземой. Под нашим наблюдением на протяжении двух лет находилось 38 военнослужащих, больных истинной экземой, поступивших в клинику кожных и венерических болезней ВМедА. Из числа обследованных больных женщин было 11 (28,1%), мужчин – 27 (71,9%). Возраст их составил от 18 до 40 лет.

Особенности личностных изменений больных. Изученные нами индивидуально-личностные особенности больных экземой с помощью теста ММРІ показали достоверно более высокие (на 16,6%) по сравнению с группой контроля средние значения по шкале РТ (склонность к психастеническим реакциям, $p < 0,05$), что свойственно лицам с тревожно-мнительным типом характера, боязливым, нерешительным, постоянно сомневающимся. Кроме того, выявлены



более высокие (на 19,4%) средние значения по шкале Sc (шизоидный тип мышления, $p < 0,05$). Общей чертой шизоидного типа является сочетание повышенной чувствительности с эмоциональной холодностью и отчужденностью в межличностных отношениях. В связи с этим можно сделать вывод, что для большинства больных истинной экземой характерны акцентуации личности по психастеническому и шизоидному типу.

Особенности тревожности больных экземой. По данным опросника Спилбергера—Ханина, у 48,6% больных экземой выявлен повышенный уровень реактивной (ситуационной) тревожности и у 67,3% — повышенный уровень личностной тревожности до лечения. При поступлении в клинику больные имели показатели ситуационной тревожности $45,32 \pm 1,34$ усл. ед., что достоверно ($p < 0,05$) выше, чем в группе контроля (в контроле — $40,07 \pm 0,64$ усл. ед.). Анализ личностной тревожности больных экземой показал достоверно ($p < 0,01$) более высокие средние значения данного показателя ($51,14 \pm 1,32$ усл. ед.), по сравнению с группой контроля ($42,41 \pm 0,54$ усл. ед.).

Таким образом, больные экземой отличались от здоровых на 13,1% более высокой реактивной тревожностью и на 20,5% более высокой личностной тревожностью. Можно предположить, что у них, как и у больных АтД, существует постоянная повышенная чувствительность на стрессовые ситуации как свойство личности. Кроме того, само заболевание для пациентов является постоянным источником стресса и является значительной психологической проблемой.

Особенности субъективного самочувствия больных. Сопоставление результатов обследования тестом АСС показало, что больные экземой достоверно ($p < 0,05$) отличались от здоровых меньшим уровнем бодрости на 25%, настроения — на 32,2%, самочувствия — на 17,7%, спокойствия — на 19,3%, уверенности — на 17,5%, внимательности — на 18,4%, интереса — на 9,4%; меньшей степенью психологического комфорта — на 17,7%; большим количеством жалоб — на 107,1% ($p < 0,001$).

Особенности исследования психологических защит больных. Анализ результатов обследования опросником Келлермана—Плутчика показал, что больные экземой достоверно более часто используют такие неосознаваемые защитные психологические механизмы, как отрицание ($p < 0,001$) и рационализация ($p < 0,05$).

Особенности уровня депрессии больных. Анализ результатов обследования больных экземой с помощью теста шкала депрессии показывает, что у 47,4% выявлены депрессивные расстройства легкой степени или субдепрессивные состояния ситуационного либо невротического генеза. При этом у больных экземой достоверно ($p < 0,01$) выше на 23% уровень депрессии, чем в группе здоровых.

Результаты анализа психологического состояния свидетельствуют о том, что для 86,4% больных истинной экземой характерны выраженные психосоматические расстройства, проявляющиеся тревожно-депрессивными реакциями, которые сочетаются с астенией и нарушениями сна. Поэтому комплексное лечение больных экземой должно быть также направлено на коррекцию этих психосоматических расстройств.

Анализ данных вариабельности сердечного ритма свидетельствует, что у 11,8% больных экземой вегетативный тонус сердечно-сосудистой системы в покое характеризуется преобладанием парасимпатических влияний, у 76,4% — симпатических и только у 11,8% больных симпатические и парасимпатические влияния сбалансированы. При этом выявлено достоверное ($p < 0,05$) снижение SDNN, что свидетельствует о преобладании симпатических влияний на ритм сердца.

Спектральный анализ ритма сердца обнаружил, что у 62,5% пациентов снижена общая мощность спектра. Это свидетельствует о напряженной работе центров вегетативной регуляции вследствие высокой психоэмоциональной напряженности. При оценке симпатовагальных взаимоотношений у 37,5% больных экземой в состоянии покоя наблюдалась избыточность симпатических влияний,



а у 75% — парасимпатических. При этом у больных экземой по сравнению со здоровыми испытуемыми выявлено достоверное ($p < 0,05$) повышение уровня парасимпатических влияний.

Таким образом, различные методы оценки состояния вегетативной нервной системы демонстрируют наличие у 80–93% больных экземой вегетативных расстройств, характеризующихся повышенной активностью эрготропных и трофотропных вегетативных центров.

Разработанные методы коррекции психосоматических расстройств при атопическом дерматите и экземе

В комплексную терапию больных нейроаллергодерматозами была включена методика *системной поведенческой психотерапии* (СПП) [7], специально адаптированная для дерматологических пациентов в виде 12 занятий. Методика СПП разработана в Санкт-Петербургском городском психотерапевтическом центре и апробирована в условиях клиники неврозов им. И.П.Павлова, где установлена ее высокая эффективность. Методика СПП предназначена для обучения больных управлению своим психофизиологическим состоянием и изменению неадаптивных стереотипов поведения, приводящего к субъективному снижению качества жизни.

Занятия проходили через день во второй половине дня, перед ужином в кабинете психокоррекции клиники и состояли из теоретической и практической части. На теоретической части пациентам раскрывались основные психологические механизмы, регулирующие поведение человека, и роль нарушений этих механизмов в развитии хронического дерматоза. Основными целями теоретической части занятия являлись снижение тревожности пациентов, связанной с заболеванием, и мотивация на выполнение практических психотерапевтических упражнений, которые отрабатывались на практической части занятия и были направлены на нормализацию психофизиологического состояния пациента и изменение неадаптивных стереотипов поведения. В конце занятия больным выдавались

практические задания для самостоятельной отработки, закрепления полученных навыков в виде 5–6 упражнений.

СПП основана на мобилизации в организме человека процессов психосоматического взаимодействия, оптимизирующих психические и соматические функции. Методика СПП улучшает настроение, снижает мышечное напряжение, эмоциональную напряженность, чувство тревоги, беспокойства, страха; способствует развитию уверенности в себе, в своих силах и возможностях; нормализует сон; оптимизирует умственную и физическую работоспособность и, как следствие, повышает устойчивость человека к стрессовым факторам.

Применяют при пограничных нервно-психических и психосоматических расстройствах (невротические и неврозоподобные реакции и состояния — неврастения, истерия, психогенные сексуальные расстройства; гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь, гастрит, холецистит, нарушения обмена веществ, вегетативно-сосудистые расстройства и др.), токсикоманиях (алкоголизм, никотиномания и др.), реже при психопатических и психопатоподобных состояниях (в первую очередь — астеническая, истероидная и в меньшей мере — взрывчатая форма психопатии).

Противопоказания и побочные явления не установлены.

Дополнительно к методике системной поведенческой психотерапии назначались психофармакологические средства. Больные АтД получали анксиолитик грандаксин и антидепрессант тразодон. Больные экземой — атипичный нейролептик сульпирид и тразодон.

Эффективность комплексной терапии оценивалась по динамике клинической картины, психологического состояния больных, состояния вегетативной нервной системы, индекса тяжести течения АтД (SCORAD) и экземы (дерматологический индекс шкалы симптомов).



Полученные результаты комплексного лечения и практические рекомендации

1. Комплексное лечение нейроаллергодерматозов у военнослужащих с медико-психологической коррекцией позволяет в среднем на 7 дней сократить срок улучшения клинических показателей, на 14 дней – сроки нормализации психофизиологического состояния и качества жизни.

2. Коррекцию психосоматических расстройств у военнослужащих, больных атопическим дерматитом и истинной экземой, следует осуществлять приемом «дневного» транквилизатора грандаксина, «атипичного» нейрелептика сульпирида, антидепрессанта тразодона с курсом занятий по системной поведенческой психотерапии.

3. В комплексном лечении военнослужащих, больных атопическим дерматитом, целесообразно применять следующую методику коррекции психосоматических расстройств: 30-дневный курс грандаксина (по 50 мг 2 раза утром и в обед), тритико (150 мг на ночь) и 12 занятий по методике СПП.

4. В комплексном лечении военнослужащих, больных истинной экземой, целесообразно применять следующую методику коррекции психосоматических расстройств: 30-дневный курс эглонила (по 100 мг 2 раза утром и в обед), тритико (150 мг на ночь) и 12 занятий по методике системной поведенческой психотерапии.

Литература

1. Атопический дерматит: новые подходы к профилактике и наружной терапии. Рекомендации для врачей / Под ред. Ю.В.Сергеева. – М.: Медицина для всех, 2003. – 56 с.

2. Баевский П.М., Кириллов О.И., Клецкин С.З. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе. – М.: Наука, 1984. – 221 с.
3. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л.: Медицина, 1983. – С. 3–20.

4. Каменская В.Г. Психологическая защита и мотивация в структуре конфликта. – СПб: Детство-пресс, 1999. – С. 81–109.

5. Кубанова А.А., Прошутина Д.В., Текучева Л.В., Авдеев И.Н. Интегральный подход к наружной терапии атопического дерматита. // Вестн. дерматол. и венерол. – 2010. – № 1. – С. 20–26.

6. Кунгуров Н.В., Герасимова Н.М., Кохан М.М. Атопический дерматит. Типы течения, принципы терапии. – Екатеринбург: Изд-во Уральского ун-та, 2000. – 266 с.

7. Куртатов А.В. Депрессия: от реакции до болезни. – М., 2001. – 78 с.

8. Львов А.Н., Иванов С.В., Миченко А.В. Атопический дерматит и психические расстройства: психосоматические соотношения // Лечащий врач. – 2009. – № 10. – С. 9–14.

9. Новиков В.С., Боченков А.А., Чермянин С.В. Психофизиологическое обоснование проблемы коррекции и реабилитации участвовавших в боевых действиях военнослужащих // Воен.-мед. журн. – 1997. – Т. 318, № 3. – С. 53–56.

10. Павлова О.В. Проблемы современной психодерматологии. – М., 2007. – 240 с.

11. Полещук В.Л., Монахов К.Н. Функциональная активность вегетативной нервной системы при атопическом дерматите // Журн. дерматовенерол. и косметол. – 2003. – № 1. – С. 10–13.

12. Родинов А.Н. Дерматовенерология. Полное руководство для врачей. – СПб: Наука и Техника, 2012. – 1200 с.

13. Рябыкина Г.В., Соболев А.В. Анализ вариабельности ритма сердца // Кардиология. – 1996. – Т. 36, № 10. – С. 87–97.

14. Собчик Л.Н. Стандартизованный многофакторный метод исследования личности // Метод. руководство: Вып. 1. – М.: ВНИИТ ЭМР, 1990. – 76 с.

15. Трубецкая Е.А. Комплексное лечение атопического дерматита с использованием методики краткосрочной многофакторной психотерапии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2003. – 24 с.

16. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных атопическим дерматитом. – М., 2015. – 40 с.

17. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной тревожности Ч.Д.Спилбергера. – Л.: ЛНИ ИФК, 1976. – 18 с.

18. Cheigh N.H. Managing a common disorder in children: Atopic dermatitis // J. Pediatr. Health Care. – 2003. – Vol. 17. – P. 84–88.

19. Gieler U., Slangier U., Braehler E. Hanterkrankungen in psychologischer Sicht. – Gottingen, 1995. – P. 112–118.

20. Leung D.Y.M., Eichenfield L.F., Boguniewicz M. Atopic dermatitis (atopic eczema) // Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine: In 2 v. / L.A.Goldsmith et al. – N.Y.: McGraw-Hill Medical, 2012. – Vol. 1. – P. 165–182.

21. Lawton S. Atopic eczema: the current state of clinical research // Br. J. Nurs. – 2014. – Vol. 23, N 20. – P. 1061–1066.

22. Mohajeri S., Newman S.A. Review of evidence for dietary influences on atopic dermatitis // Skin Therapy Lett. – 2014. – Vol. 19, N 4. – P. 5–7.

23. Wergowske G.L. Treatment-resistant atopic dermatitis // J. Am. Geriatr. Soc. – 2001. – Vol. 49. – P. 1008.