

DOI: 10.33454/1728-1261-2022-1-35-42
УДК 616.5-021.3-009-082

Оптимизация лечения больных атопическим дерматитом с нарушением психоэмоционального статуса

М. В. Щеткина, Л. И. Слыш

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел.: +7 (4212) 27-25-10; e-mail: ipksz.cosm@mail.ru

Optimization of treatment of patients with atopic dermatitis with impaired psychoemotional status

M. V. Shchetkina, L. I. Slysh

Postgraduate Institute for Public Health under Health Ministry of Khabarovsk Krai, 9 Krasnodarskaya Street, 680009, Khabarovsk, Russia, phone +7 (4212) 27-25-10; e-mail: ipksz.cosm@mail.ru

Наряду с нарушением иммунного статуса больных в формировании патогенеза больных атопическим дерматитом участвуют и другие факторы, одними из которых являются психофизиологические и психосоматические отклонения. В статье приведены клинические исследования больных атопическим дерматитом с целью выявления у них нарушений психоэмоциональной сферы, вызванных основным заболеванием, и приведены основные методы коррекции данных нарушений.

Ключевые слова: атопический дерматит, нарушение психоэмоционального статуса, психофармакология в дерматологии, психологическая коррекция, транскраниальная электростимуляция.

Along with the violation of the immune status of patients, other factors are also involved in the formation of pathogenesis in patients with atopic dermatitis, one of which is psychophysiological and psychosomatic abnormalities. The article presents clinical studies of patients with atopic dermatitis in order to identify their psycho-emotional disorders caused by the underlying disease and presents the main methods for correcting these disorders.

Key words: atopic dermatitis, psychoemotional status disorders, psychopharmacology in dermatology, psychological correction, transcranial electrical stimulation.

Атопический дерматит (АтД) – аллергическое заболевание кожи, возникающее, как правило, в раннем детском возрасте у лиц с наследственной предрасположенностью к атопическим заболеваниям, имеющее хроническое рецидивирующее течение, возрастные особенности локализации и морфологии очагов воспаления, характеризующееся кожным зудом и обусловленное гиперчувствительностью, как к аллергенам, так и к неспецифическим раздражителям. Тяжелые формы атопического дерматита резко снижают качество жизни больного и способствуют формированию психосоматических нарушений. У 40–50 % детей, страдающих атопическим дерматитом, в последующем развивается поллиноз и/или аллергический ринит, бронхиальная астма.

Синонимы: атопическая экзема, эндогенная экзема, синдром атопической экземы/дерматита, детская экзема, конституциональная экзема, атопический нейродермит, диффузный нейродермит Брока, пруриго Бенъе. Несмотря на большое число обозначений АтД,

все они на сегодняшний момент времени являются устаревшими и по своей сути отражают стадии развития единого патологического процесса.

Термин «атопический дерматит» наиболее распространен, хотя в некоторых странах Европы, например, в Великобритании чаще используют термин «атопическая экзема» [3].

Атопический дерматит – иммуноопосредованное заболевание, имеющее генетическую предрасположенность и сложные иммунные механизмы развития. На сегодняшний день известны основные генетические и этиологические факторы атопического дерматита, доказана роль иммунной системы, аллергии к клещам домашней пыли, энтеротоксинам золотистого стафилококка, плесневым грибам, IgE-аутореактивности в механизмах развития заболевания. Последнее десятилетие ознаменовалось открытием гена филаггрина, показана роль мутаций этого гена в нарушении реализации функции эпидермального барьера при атопическом дерматите.

Наряду с нарушением иммунного статуса больных в формировании патогенеза больных atopическим дерматитом участвуют и другие факторы, одними из которых являются психофизиологические и психосоматические отклонения [2,4].

Заболеваемость atopическим дерматитом растет с каждым годом во всем мире, в особенности среди детского населения: по последним данным им болеет 15–30 % детей и 2–10 % взрослых. У 45 % детей atopический дерматит начинается в возрасте от 0 до 6 месяцев, у 60 % – в течение первого года и у 85 % – в течение первых 5 лет жизни [3].

Кодирование atopического дерматита по МКБ 10 [3]:

L20.8 – Другие atopические дерматиты;

L20.9 – Atopический дерматит неуточненный;

L28.0 – Ограниченный нейродермит.

В настоящее время не существует единой общепринятой классификации atopического дерматита. Условно выделяют экзогенный (аллергический) atopический дерматит, ассоциированный с респираторной аллергией и сенсибилизацией к аэроаллергенам и эндогенный (неаллергический) atopический дерматит, не ассоциированный с респираторной аллергией и сенсибилизацией к каким-либо аллергенам.

В соответствии с документом «Пересмотренная номенклатура в аллергологии», предложено выделять синдром atopической экземы/дерматита аллергической и неаллергической природы. Неаллергическую природу atopического дерматита предполагают у 10–20 % всех больных atopическим дерматитом, хотя, согласно последним данным, эту форму заболевания встречают лишь в 5,4 % случаев.

В рабочей классификации atopического дерматита, предложенной отечественными авторами, выделяют возрастные периоды: младенческий – до 1,5–2 лет, детский – от 2 до 12 лет, подростковый и взрослый – старше 12 лет; стадии болезни: стадия обострения – фаза выраженных клинических проявлений – острая и фаза умеренных клинических проявлений – подострая и стадия ремиссии – неполная ремиссия и полная ремиссия; степень тяжести: легкое, средней тяжести, тяжелое течение и распространенности кожного процесса: ограниченно-локализованный, распространенный, диффузный.

Характерные клинико-морфологические формы для разных возрастов: младенческая – экссудативная; детская – эритематозно-сквамозная, эритематозно-сквамозная с лихенификацией; подростково-взрослая – лихеноидная, пруригинозная [3,10,13].

Особенности клинических проявлений у больных atopическим дерматитом с нарушением психоэмоционального статуса

Психоэмоциональное состояние – это сложный набор изменений, происходящих в теле и психике, включающий физиологическое возбуждение, чувства, когнитивные процессы, поведенческие реакции на ситуацию, воспринимаемую как важную для данного человека. Социализация человека приводит к созданию определенных структур и норм поведения. Они часто побуждают к тому, чтобы не выражать чувства, которые считаются в обществе «неправильными». Неадекватное восприятие реальности окружающего мира проявляется в подавлении сложных или неприятных чувств и эмоций. Как свидетельствует ряд исследований, такое поведение влияет на здоровье, часто приводя к расстройствам или психосоматическим заболеваниям (язве желудка, двенадцатиперстной кишки, заболеваниям кожи, сердца, кровообращения и многим другим).

Эмоции являются частью очень чувствительной системы обратной связи. Таким образом, они все же те, о которых мы склонны думать, как о негативных (гнев, ревность, скука и т. д.), дают ценную информацию. Как заболевание, обострения которого могут быть спровоцированы психогенными факторами, atopический дерматит был отнесен Францем Александером к классическим психосоматическим заболеваниям. Отмечена важная роль в возникновении и обострении заболевания стрессовых ситуаций. Более трети случаев atopического дерматита связано с основным пусковым фактором – психическим напряжением, что подтверждается клинической эффективностью методов активного воздействия на центральную нервную систему с помощью электросна и гипнотерапии. В ряде работ показано, что указанный дерматоз может начинаться или рецидивировать после разнообразных нервно-психических травм, длительных волнений, тяжелых переживаний. Возникшее при этом невротическое состояние, выражающееся в нарушении сна, повышенной раздражительности, угнетенном состоянии, плаксивости, эмоциональной лабильности, может быть первичным, если оно предшествует появлению кожного заболевания, или вторичным, если развивается вследствие имеющегося дерматоза. Вторичные невротические состояния в свою очередь часто сопровождаются распространением поражения кожи, вызывая у пациентов физический дискомфорт, и являются причиной психологических проблем. Так, для больных atopическим дерматитом характерны возбудимость, потеря эмоциональной самостоятельности,

враждебность, склонность к агрессивным импульсам, трудность установления контакта в семье и коллективе, тревожность, склонность к депрессии, а также тенденции к интроверсии, астеническим и дистоническим реакциям. Психогении, способные вызывать обострения atopического дерматита, отличаются неоднородностью, к ним могут относиться не только тяжелые психотравмирующие ситуации (аварии, угрожающие жизни заболевания, смерть близкого человека), но и такие психосоциальные воздействия, как отпуск, дальняя поездка или увольнение с работы. При этом клинические проявления atopического дерматита могут появиться в течение нескольких дней или 3-6 мес.

Было установлено, что нарушение психоэмоциональной сферы, сопровождающее большинство заболеваний кожи, в том числе и atopический дерматит, обуславливает тяжелое течение болезни и резистентность к проводимой терапии. Было проведено психодиагностическое исследование у 80 больных atopическим дерматитом. Обследование включало клинический осмотр больных с определением дерматологических и психологических индексов и тестирование, позволяющее определить качество жизни и выраженность депрессивных и тревожных расстройств у больных atopическим дерматитом. Выявлены особенности психоэмоциональной сферы у больных atopическим дерматитом.

Обследованы 80 больных (48 женщин и 32 мужчины) с различными клиническими формами atopического дерматита. Средний возраст пациентов составил $30,7 \pm 11,2$ года. Все больные находились на обследовании и лечении в клинике кожных и венерических болезней. Диагноз заболеваний устанавливали при первичном обращении на основании анамнеза, клинической картины, физикального осмотра и анализа лабораторных показателей. Контрольную группу составили 40 условно-здоровых лиц, выявленных на профилактическом медицинском осмотре, у которых на момент обследования не было заболеваний инфекционной и неинфекционной природы. Работу с пациентом начинали с клинико-психологической беседы, имеющей одновременно несколько целей: получение информации, установление контакта и мотивация пациента на дальнейшую работу. В ходе беседы пациенты преимущественно жаловались на интенсивный кожный зуд и косметический дефект, оказывающие выраженное негативное влияние на их профессиональную деятельность и социальное взаимодействие. Жалобы на бессонницу, вызванную кожным зудом, предъявляли 67 (83,8 %), выраженную астению, включающую чувство усталости,

быструю утомляемость, снижение интереса к выполняемой деятельности – 58 (72,5 %), чувство напряженности, беспокойства, раздражительности – 64 (80 %) пациента. Смогли вспомнить стрессовое или психотравмирующее событие, произошедшее незадолго до очередного обострения atopического дерматита, или связать усиление симптомов заболевания с хронической психотравмирующей ситуацией 69 (86,3 %) больных.

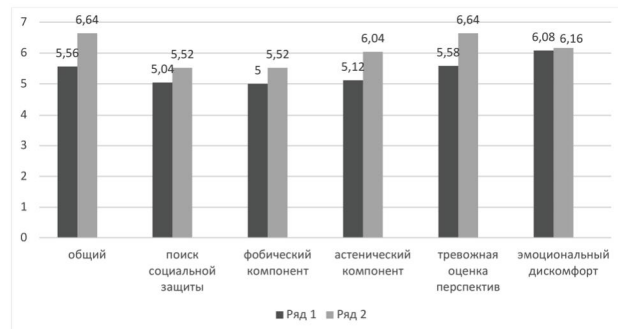


Рис. 1. Показатели личностной тревожности в контрольной (ряд 1) и клинической (ряд 2) группах (в баллах).

Личностная тревожность представляет собой устойчивую индивидуальную характеристику, которая отражает predisposed субъекта воспринимать достаточно широкий спектр ситуаций как угрожающие личному благополучию и безопасности. При анализе данных личностной тревожности было отмечено, что практически все показатели шкал методики в клинической группе выше, чем в контрольной (рис. 1), причем превышение границы нормы (6 баллов) гораздо чаще встречается у больных atopическим дерматитом, чем в контрольной группе. Наиболее выраженное превышение имеют шкала ОП – тревожная оценка перспектив и общий показатель личностной тревожности. Шкала ОП демонстрирует проекцию страхов пациентов не на текущее положение дел, а на перспективу, общую озабоченность будущим на фоне повышенной эмоциональной чувствительности. Соответственно пациенты с atopическим дерматитом в период обострения видят свое будущее в негативном свете, что подкрепляется повышенными показателями эмоционального дискомфорта и астении. Личности, относимые к категории высокотреховных, склонны к чрезмерной требовательности, категоричности, акцентированы на завышенной оценке значимости ситуации. Такой тип реагирования ведет к дестабилизации эмоционального состояния и может влиять на поведение, способствуя закреплению его неадаптивных паттернов. Соотношение шкал ситуативной тревожности

(рис. 2) в основной группе также выше, чем в контрольной, но превышение верхней границы отмечается только по критерию ОП.

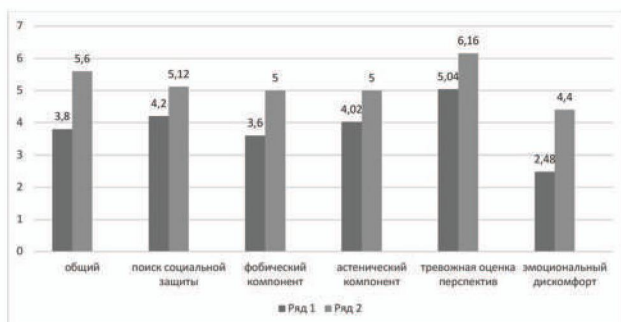


Рис. 2. Показатели ситуативной тревожности в контрольной (ряд 1) и клинической (ряд 2) группах (в баллах)

Таким образом, ожидания негативной перспективы свойственны больным атопическим дерматитом как на уровне устойчивых личностных характеристик, так и на уровне ситуативного реагирования на свое актуальное состояние. Эти данные согласуются с жалобами пациентов в ходе проведения клинико-психологической беседы, связанными с дефицитом информации о течении и прогнозе заболевания и страхами перед его негативным влиянием на дальнейшую жизнь. Страх «не ужиться» с болезнью, как правило, не вербализировался в конкретной форме, однако проявлялся в отказе от планирования будущего, отрицании совместимости нормальной жизнедеятельности с проявлениями болезни.

Статистически значимые различия между клинической и контрольной группами приходятся на шкалу ЭД ($t=2,5$; $p<0,05$) и общий показатель ситуативной тревожности ($t=2,8$; $p<0,01$). Соответственно больные атопическим дерматитом испытывают более выраженный эмоциональный дискомфорт, проявляющийся сниженным эмоциональным фоном или неудовлетворенностью жизненной ситуацией, эмоциональной напряженностью, элементами ажитации, а также более высокий уровень ситуативной тревожности в целом по сравнению с группой контроля.

Справедливо рассматривать повышение ситуативной тревожности как реакцию в первую очередь на само заболевание, которое, как отмечено ранее, не только приводит к появлению жалоб соматического характера, но также существенно влияет на психологическое состояние пациентов в целом. Этот факт объясняет наблюдаемые статистически значимые различия ($p<0,01$) между двумя группами.

Таким образом, больным атопическим дерматитом свойственны чрезмерная ответствен-

ность за происходящее, трудности в поиске и принятии социальной поддержки, а также неспособность к конфронтации в стрессовых и психотравмирующих ситуациях и неумение извлекать из них пользу для коррекции неэффективного стресс-совладающего поведения.

Параллельно с психологическими тестами оценивали и общепринятый дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ). При оценке отдельных показателей ДИКЖ было отмечено, что пациентов больше беспокоят сильный кожный зуд, плохой сон и плохое настроение – $2,78\pm0,02$ балла. Среднее значение при оценке профессиональной активности составило $1,52\pm0,01$ балла. Атопический дерматит в наибольшей степени ограничивает больных в достижении успехов на работе/школе, препятствует продвижению в карьере ($1,76\pm0,02$ балла). Удовлетворенность отношением к себе со стороны коллег в среднем составила $7,81\pm0,15$ балла. Полученные данные свидетельствуют о значимом влиянии ограничений на работе/школе, обусловленных обострением заболевания, на уровень качества жизни (КЖ). При оценке шкалы, которая раскрывает самовосприятие, среднее значение составило $2,16\pm0,02$ балла. Наиболее выраженное влияние на данный компонент КЖ оказывали факторы, отражающие смущение в связи с состоянием собственной кожи ($3,16\pm0,02$ балла), раздражение по поводу своей внешности ($2,9\pm0,01$ балла), моральные страдания ($2,64\pm0,02$ балла). Суммарный показатель КЖ этих больных составил $22,11\pm0,02$ балла, что расценивается как значимое снижение КЖ вследствие влияния факторов, которые способны оказать воздействие на человека при наличии указанной патологии. При этом следует отметить, что самые высокие показатели ДИКЖ (23,24 балла) имелись у пациента с тяжелым, упорно рецидивирующим течением атопического дерматита.

На основании результатов психодиагностического исследования можно сделать ряд выводов об индивидуально-психологических характеристиках, свойственных большинству больных атопическим дерматитом:

- Больные атопическим дерматитом испытывают связанный с заболеванием выраженный эмоциональный дискомфорт, проявляющийся сниженным эмоциональным фоном, эмоциональной напряженностью, элементами ажитации. Ожидания негативной перспективы свойственны больным атопическим дерматитом как на уровне устойчивых личностных характеристик, так и на уровне ситуативного реагирования на свое актуальное состояние.

- Влияние атопического дерматита на психологическое состояние больных весьма

значительно и в первую очередь актуально при обострении процесса, что указывает на значимость коррекции психологического дискомфорта, в том числе и медикаментозной (противотревожной) терапии [12].

Пациенты с атопическим дерматитом с нарушением психоэмоционального статуса могут быть разделены на два основных типа по психоэмоциональному профилю:

1. Психотический. Для этого типа характерны психотические реакции, которые выражаются преимущественно шизофреноподобной симптоматикой, что свидетельствует о своеобразном восприятии и характере поведения: в виде сверхбидчивости, некоторой дезориентации, потере продуктивности, болезненного самолюбия, выраженной импульсивности, тревоги и др. Этот тип более распространен.

2. Невротический. Характерен для больных с ипохондрическим развитием личности, с наличием мягкой депрессии, медлительностью в манерах, жалобами на усталость, плохое самочувствие и др. [14].

Основные принципы комплексного подхода к лечению больных атопическим дерматитом:

- элиминация причинно-значимых аллергенов;
- наружная терапия и рациональный уход за кожей;
- системная фармакотерапия, включающая глюкокортикостероиды;
- АСИТ (аллерген-специфическая иммунотерапия);
- физиотерапевтические методы лечения;
- обучение;
- реабилитация и профилактика.

В настоящее время принят ступенчатый подход к лечению атопического дерматита, который предусматривает поочередное включение различных терапевтических методов воздействия в зависимости от степени тяжести заболевания. В случаях присоединения вторичной инфекции необходимо включение в схему лечения антисептических и противомикробных средств на любой стадии заболевания [3].

Кроме этого, возникает необходимость применения медикаментозных средств для ускорения компенсаторно-адаптационных процессов и нормализации состояния нервной системы. Для этого применяются транквилизаторы, нейролептики, антидепрессанты, психостимуляторы, ноотропы, психоэнергизаторы, актопротекторы, антигипоксанта, витамины. Применение препаратов этих фармакологических групп позволяет получить следующие эффекты: нормализация психоэмоциональной сферы, устранение астено-невротической или астено-депрессивной симптоматики; ускорение

процессов адаптации к новым условиям труда, внешней среды; ускорение процессов реабилитации после воздействий, вызывающих развитие хронической усталости и экстремальных факторов. Более чем у 80 % больных, страдающих атопическим дерматитом, заболевание развивается после стрессорных воздействий, а в клинической картине наблюдаются различные психовегетативные расстройства. Так, при обследовании больных хроническими дерматозами, включая атопический дерматит, методами спектрального анализа сердечного ритма и вызванного кожного потенциала (ВКВП) были выявлены вегетативные расстройства, проявляющиеся повышенной эрготропной и трофотропной активностью вегетативных центров в состоянии покоя с избыточным вегетативным обеспечением деятельности и нарушением вегетативных рефлексов. Данные расстройства носят неспецифический характер и очевидно отражают нарушение процесса адаптации с истощением функциональных резервов организма. Лечение таких пациентов требует комплексного подхода, поэтому терапия больных атопическим дерматитом с нарушением психоэмоционального статуса должна включать коррекцию психовегетативных расстройств.

Основными направлениями применяемой психотерапии психоэмоциональных нарушений у больных атопическим дерматитом являются:

- 1) психофармакотерапия;
- 2) психологическая коррекция;
- 3) транскраниальная электростимуляция.

Психофармакотерапия осуществляется по трем основным направлениям в зависимости от механизма регулирующего воздействия.

Первое направление связано с использованием психофармакологических средств для снижения вызванной стрессом чрезмерной возбудимости подкорковых структур, уменьшения активности ЦНС и нормализации нейромедиаторного обмена. Это достигается применением транквилизирующих препаратов различного действия (грандаксин, фенибут, пирроксан, атаракс), нейролептиков (эглонил, сонатакс), антидепрессантов (тримитико, иксел, леривон).

Второе направление преследует цель повышения возбудимости ЦНС, находящейся в угнетенном состоянии вследствие утомления, связанного с нагрузками и заболеванием. В этих случаях назначаются психостимуляторы и тонизирующие препараты (этимизол, энерион, ладастен, ацефен, бромантан, кордиамин, экстракт элеутерококка, китайский лимонник).

Третье направление – использование препаратов, действующих преимущественно через метаболические звенья, обеспечивая экономичность их функционирования. Этой задаче

в наибольшей мере отвечают актопротекторы, ноотропы, антигипоксанты, адаптогены, витамины, мелатонин (бемитил, энцефабол, пирацетам, глатилин, церетон, церебролизин, яктон, олифен, гипоксен, элеутерококк, женьшень, мильгамма, мелатонин) и психоэнергизаторы (меклофеноксат, тонибрал, мефексамид, деанол, адеметионин). Препараты метаболического действия не имеют выраженного прямого психотропного эффекта, требуют достаточно продолжительного применения, однако действие их более устойчиво, продолжительно и сопровождается комплексом благоприятных сдвигов в физиологических, биохимических, иммунных системах. Это способствует повышению резистентности организма к широкому спектру неблагоприятных условий, коррекции утомления, повышения адаптационных резервов у дерматологических пациентов.

В комплексном лечении больных атопическим дерматитом применяются такие препараты как:

- грандаксин, фенибут, пирроксан, атаракс, афобазол – «дневные» транквилизаторы, оказывающие выраженное стресспротекторное, вегеторегирующее действие, противотревожный и антидепрессивный эффекты;

- эглонил, сонапакс – атипичные нейролептики, оказывающие «регулирующее» влияние на ЦНС, антидепрессивный и стимулирующий эффекты;

- антидепрессанты:

- тритико – ингибитор обратного захвата серотонина, оказывающий антидепрессивное действие и нормализующий сон-эффект;

- иксел – антидепрессант самого широкого действия, с минимальными побочными эффектами, устраняющий дефицит нейропластичности.

Ниже приводится классификация групп препаратов, действующих на ЦНС посредством различных механизмов:

1. Препараты, блокирующие нейрональный захват нейромедиаторов (неизбирательного действия, блокирующие нейрональный захват серотонина и норадреналина (трициклические антидепрессанты: имипрамин гидрохлорид (мелипрамин, имизин), амитриптилина гидрохлорид (малеат), пипофезин дигидрохлорид (азафен), кломипрамина гидрохлорид (анафранил), мапротилин (людиомил) и избирательного действия (блокирующие нейрональный захват серотонина: флуоксетин гидрохлорид (прозак), флувоксамин, тразодон (азона), блокирующие нейрональный захват преимущественно норадреналина (мапротилин (людиомил), средства других групп (виллоксазин, фепросидин гидрохлорид (сиднофен), цефедрин гидрохлорид, бупирон).

2. Нормотимические средства (препараты лития: лития карбонат, лития оксибутират, лития никотинат).

3. Ноотропные средства (препараты ГАМК и ее производных (гамма-аминомасляная кислота (аминалон, гаммалон), натрия оксибутират (ГОМК), фенибут гидрохлорид, пикамилон, гомопантеновая кислота и ее СА-соль (пантогам), препараты других групп (производные оксипирролидона (анирацитам, пирацетам, оксирацетам), производные аминоэтанола (деанор, ацефен, лифексамид), пептиды (лизин-вазопрессин), актопротекторы (бемитил, энцефабол), прочие (тонибрал, энцефабол), комбинированные препараты (фезам (пирацетам+циннаризин), ороцетам (пирацетам+оротовая кислота), диапирам (пирацетам+диазепам).

4. Средства, стимулирующие ЦНС (психомоторные стимуляторы (непрямые адреномиметики: амфетамин сульфат (фенамин, бензедрин), метилфенидина гидрохлорид (меридил, центедрим), блокаторы аденозиновых рецепторов и ингибиторы фосфодиэстеразы (кофеин, кофеин-натрия бензоат), актопротекторы (бемитил), других групп (модафинил, бромантан); аналептики (дыхательные аналептики (этимизол, бемеград (агипнон), лобелина гидрохлорид (лобесил), цитизин (цитинон, табекс), анабазина гидрохлорид (гамибазин), кардиально-сосудистые аналептики: некетамид (кордиамин), смешанного действия (камфора, сульфокамфокаин, пентетразол (коразол); общетонизирующие средства и адаптогены (препараты растений с преимущественным общетонизирующим действием (лимонник китайский, рапонтикум сафлоровидный (левзея) экстракт жидкий, аралия маньчжурская настойка корня, сапарал (из аравии), препараты растений с общетонизирующим и адаптогенным действием (женьшень настойка корня («Био-женьшень»), элеутерококк колючий жидкий экстракт, родиола розовая жидкий экстракт, эхинопанакс высокий (заманиха) настойка); животные препараты (пантокрин, рантарин) [6, 9, 11].

Психологическая коррекция. Целью применения психологической коррекции является оптимизация психических функций, функционального состояния человека, отклонений от оптимального уровня его индивидуально-психологических особенностей. Наиболее известными психокоррекционными методиками, являются рациональная психотерапия, логотерапия, психология самореализации, позитивная психотерапия, когнитивная терапия, рационально-эмотивная психотерапия, психотерапия «здравым

смыслом», патогенетическая психотерапия, основанная на теории отношений личности В.Н. Мясищева, аутотренинг, поведенческая терапия, нейролингвистическое программирование, психодрама, транзактный анализ, биологическая обратная связь, суггестивные, психоаналитические, поведенческие, феноменологически-гуманистические методики, используемые в индивидуальной и групповой формах. Выбор конкретной методики зависит от характера и уровня психологических нарушений, индивидуально-психологических особенностей пациента и врача. В комплексном лечении больных атопическим дерматитом с нарушением психоэмоционального статуса, применяется курс занятий по системной поведенческой психотерапии, включающей в себя наиболее эффективные элементы большинства основных психокоррекционных методик. Психотерапевтические техники направлены на изменение основных пяти аспектов поведения, рассмотренных в трудах И.М. Сеченова, И.П. Павлова, А.А. Ухтомского и Л.С. Выготского. Устранение хронического мышечного напряжения, спонтанность и естественность дыхательных актов, торможение перцепции времени и пространства, торможение дезадаптивных динамических стереотипов и формирования, благодаря этому, других, способствующих адаптации человека, дезактуализация прогнозов, требований, объяснений, инаковость поведения субъекта, идентичность субъекта своей социальной роли, иерархичность ролевых отношений [7, 8, 11].

Транскраниальная электростимуляция (ТЭС). Аппаратами ТЭС проводится стимуляция прямоугольными электрическими импульсами тока частотой 77 Гц и длительностью $3,75 \pm 0,25$ мс в сочетании с постоянной составляющей тока 2 мА. При транскраниальной электростимуляции происходит воздействие на антиноцицептивные структуры головного мозга. Помимо опиоидэргического, активируются также серотонинэргический и холинэргический механизмы регуляции функций головного мозга. В результате формируются антистрессовый, анальгетический, вегеторегулирующий, иммуномодулирующий, антиаллергический,

противозудный и репаративно-регенеративный лечебные эффекты ТЭС [5].

Анализ динамики психологического состояния, состояния вегетативной нервной системы, индексов тяжести течения атопического дерматита (SCORAD), дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ) больных атопическим дерматитом, истинной экземой, псориазом в процессе лечения, согласно исследованию, проведенному группой ученых А.В. Сухаревым, Р.Н. Назаровым, Е.С. Савченко, Г.Д. Елисеевым свидетельствует о достоверно большей эффективности комплексного лечения, что позволяет сократить сроки лечения на 5–7 дней.

При анализе отдаленных результатов в течение года частота обострений в группах комплексного лечения в 1,5–2 раза ниже, чем в группах традиционной терапии [7].

Выводы

1. Атопический дерматит является по сути психосоматическим заболеванием, так как обострение его может быть спровоцировано психогенными факторами.

2. Психотерапия является основой современной стратегии комплексного лечения больных атопическим дерматитом с нарушением психоэмоционального статуса, а модель комплексного лечения больных данной категории демонстрирует свою эффективность и может быть предложена для внедрения в стационарах дерматологического профиля.

3. Пациентов, страдающих атопическим дерматитом с нарушением психоэмоционального статуса можно разделить по психоэмоциональному профилю на два типа: психотический и невротический. Психотерапевтическая тактика ведения двух этих групп различна.

4. Для улучшения качества жизни больных, страдающих атопическим дерматитом с нарушением психоэмоционального статуса, было бы целесообразным внедрение практики психолого-психиатрического тестирования на приеме врачами-дерматологами (краткое анкетирование) с целью выявления больных, требующих направления на консультирование и коррекцию врачами-психиатрами и психотерапевтами.

Список литературы

1. Адашкевич, В. П. Кожные и венерические болезни / В. П. Адашкевич, В. М. Козин. – М.: Мед. лит., 2006. – 659 с.
2. Аллергология и иммунология. Национальное руководство / под общ. ред. Р. М. Хаитова, Н. И. Ильиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 650 с.
3. Арсеньева, А. А. Оптимизация лечения больных атопическим дерматитом с нарушением психоэмоционального статуса: автореф. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук: 14.01.10 / Арсентьева Антонина Александровна. – М., 2014. – 135 с.
4. Атопический дерматит: рекомендации для практических врачей. Российский Национальный согласительный документ / под общ. ред. Р. М. Хаитова, А. А. Кубановой. – М., 2002. – Кн. 1. – 192 с.
5. Введение в психосоматическую дерматологию: учеб.-метод. рекомендации / А. В. Сухарев, Р. Н. Назаров, А. В. Стаценко, О. И. Бондарь. – СПб., 2006. – 39 с.
6. Гончаров, С. В. К вопросу о комплексном обследовании и лечении больных кожным зудом, атопическим дерматитом и нейродермитом с применением антидепрессан-

тов / С. В. Гончаров, Е. В. Пастернак, А. С. Чепрасова // *Вестн. морской медицин.* – 2018. – № 1. – С. 84–93.

7. Дороженко, И. Ю. Современные аспекты применения психотропных препаратов в дерматологической практике / И. Ю. Дороженко, А. Н. Львов, С. И. Бобко // *Рос. журн. кожных и венер. болезней.* – 2011. – № 1. – С. 20–25.

8. Коррекция психовегетативных расстройств в процессе комплексного лечения больных хроническими дерматозами / А. В. Сухарев, Р. Н. Назаров, Е. С. Савченко, Г. Д. Елисеев // *Вестн. Нац. медико-хирург. Центра им. Н. И. Пирогова.* – 2012. – Т. 7. – С. 2. – С. 109–111.

9. Коррекция психоэмоционального и кожного статуса больных некоторыми хроническими дерматозами / К. Я. Терешин, Н. П. Панюшкина, А. Л. Толоконникова, С. Ф. Воропаев // *Дальневост. мед. журн.* – 2015. – № 1. – С. 56–58.

10. Курпатов, А. В. Руководство по системной поведенческой психотерапии / А. В. Курпатов, Г. Г. Аверьянов. – М. : ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2006. – 576 с.

11. Самцов, А. В. Кожные и венерические болезни / А. В. Самцов, В. В. Барбинов. – СПб. : ЭЛБИ, 2002. – 314 с.

12. Согласительный документ WAO-AKIA-GA2LEN по молекулярной диагностике // *Рос. журн.* – 2013 : прил. – 20 с.

13. Транскраниальная электростимуляция: экспериментально-клинические исследования / под ред. В. П. Лебедева. – СПб., 2001. – 528 с.

14. Уровень тревожности и дерматологический индекс качества жизни больных atopическим дерматитом / Е. В. Орлов, Л. И. Мостовая, П. Е. Коннов, А. А. Арсеньева // *Рос. журн. кожных и венер. болезней.* – 2014. – № 3. – С. 48–51.