

УДК 616.521:617.576:618]-085

DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.1240761>

С. В. Гончаров, Е. В. Пастернак, А. С. Чепрасова

К ВОПРОСУ О КОМПЛЕКСНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ КОЖНЫМ ЗУДОМ, АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ И НЕЙРОДЕРМИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ АНТИДЕПРЕССАНТОВ

Одесский национальный медицинский университет

Summary. Goncharov S. V., Pasternak E. V., Cheprasova A. S. **REVISITED COMPLEX EXAMINATION AND TREATMENT OF SKIN ITCHING, ATOPIC DERMATOSES AND NEURODERMITIS PATIENTS WITH THE USE OF ANTIDEPRESSANTS.** – *Odessa National Medical University, e-mail: nymba.od@gmail.com.* Psycho-emotional disorders, including depressive conditions and their role in the pathogenesis of itching, atopic dermatitis and neurodermitis are discussed as well as the possibility of antidepressants use under the pathologies mentioned. **Object and methods.** The main group included 31 patients with itching, 63 - with atopic dermatitis and 36 with neurodermitis. Control group included 110 patients with similar pathology. The authors substantiated and recommended the administration of some modern antidepressants in the complex therapy of these patients which considerably improved the course and outcome of the main disease.

Key words: cutaneous pruritis, atopic dermatitis, neurodermite, antidepressant.

Реферат. Гончаров С. В., Пастернак Е. В., Чепрасова А. С. **К ВОПРОСУ О КОМПЛЕКСНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ КОЖНЫМ ЗУДОМ, АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ И НЕЙРОДЕРМИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ АНТИДЕПРЕССАНТОВ.** Авторы рассматривают значение нарушений в психо-эмоциональной сфере, в том числе депрессивных расстройств в патогенезе кожного зуда, атопического дерматита и нейродермита и возможность использования антидепрессантов с целью повышения эффективности лечения и уменьшения количества рецидивов этих дерматозов. **Объект и методы исследования.** Под наблюдением находились 31 больной кожным зудом, 63 — атопическим дерматитом и 36 — нейродермитом (основная группа) и 110 больных с аналогичной патологией (контрольная группа). Кроме общеклинического обследования проводили аллергологическое тестирование и определение уровня общего IgE; психологическое обследование больных с использованием шкалы депрессий Гамильтона. **Выводы.** Доказана целесообразность и высокая эффективность применения антидепрессантов (миансерина, венлафаксина, эсциталопрама) в комплексном лечении этих дерматозов по сравнению с пациентами контрольной группы, где они не применялись; констатировано отсутствие значительных побочных эффектов и осложнений при применении этих препаратов.

Ключевые слова: кожный зуд, атопический дерматит, нейродермит, антидепрессанты.

Реферат. Гончаров С. В., Пастернак Е. В., Чепрасова А. С. **ЩОДО ПИТАННЯ ПРО КОМПЛЕКСНЕ ОБСТЕЖЕННЯ І ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ШКІРНИЙ СВЕРБІЖ, АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ І НЕЙРОДЕРМІТ З ВИКОРИСТАННЯМ АНТИДЕПРЕСАНТІВ.** Авторами розглянуто значення порушень в психо-емоційній сфері, в тому числі депресивних розладів у патогенезі шкірного свербіжу, атопічного дерматиту та нейродерміту з метою підвищення ефективності лікування та зменшення кількості

рецидивів цих дерматозів. **Об'єкт і методи дослідження.** Під спостереженням знаходилися 31 хворий на шкірний свербіж, 63 – на atopічний дерматит і 36 – на нейродерміт (основна група) і 110 хворих на подібну патологію (контрольна група).

Окрім загальноклінічного обстеження проведено алергологічне тестування та визначення рівню загального IgE; психологічне обстеження хворих з використанням шкали депресій Гамільтона. **Висновки.** Доведена доцільність і висока ефективність використання антидепресантів (міансерину, венлафаксину, есциталопраму) у комплексному лікуванні цих дерматозів у порівнянні з пацієнтами контрольної групи, де вони не використовувались; констатована відсутність значних сторонніх ефектів і ускладнень при використанні цих препаратів.

Ключові слова: шкірний свербіж, atopічний дерматит, нейродерміт, антидепресанти.

Введение. В сложных экономических условиях, при социальных стрессах, неблагоприятной экологической ситуации, наблюдается постоянный рост психосоматических расстройств и ларвированных (маскированных) депрессий. Например, хронические психогенные боли встречаются примерно у 25% пациентов [5], которые лечатся в связи с хроническими заболеваниями у врачей общей практики. К психосоматическим заболеваниям традиционно относят: язвенную болезнь желудка, псориаз, atopический дерматит, нейродермиты и многие другие. Психотравмы, хронические стрессовые ситуации — одна из причин психосоматических заболеваний, в частности у больных с синдромом хронической боли (в том числе при длительных постгерпетических невралгиях, особенно у людей пожилого возраста). Нельзя также не учитывать развитие вторичной депрессии у людей, длительно страдающих соматическим заболеванием, сопровождающимся болевым синдромом (постгерпетические невралгии, вегетирующая форма истинной пузырчатки) и существующим долгие годы мучительным интенсивным зудом. Ряд исследований показывают существенную роль в патогенезе ряда хронических дерматологических заболеваний, особенно их терапевтических резистентных форм депрессивных состояний [11]. Депрессия и тревога также часто лежат в основе столь широко распространенных в настоящее время психосоматических расстройств. В современных классификациях заболеваний МКБ-10 и DSM-IV психосоматические расстройства называются соматоформными и рассматриваются в отдельной рубрике (F-45). Под соматоформными расстройствами понимается повторяющееся возникновение симптомов, заставляющих предположить соматическое заболевание, которое, однако, не подтверждается объективными данными медицинского обследования, как, например, это бывает при сенильном кожном зуде.

В качестве одной из причин роста этих явлений рассматривают возрастание количества депрессивных состояний, которое обусловлено не столько учащением психических заболеваний в странах с затяжным социально-экономическим кризисом, как и более частым выявлением их легких форм, проявляющих известную атипичию и клинический полиморфизм. Показатели заболеваемости для депрессивных проявлений составляют в среднем 6% среди взрослого населения [11, 16]. Больше внимания уделяется сегодня соматоформным (психосоматическим) расстройствам, представляющими собой соматические маски психических заболеваний.

Особенно актуальна проблема взаимоотношения психического и соматического для лиц плавсостава, испытывающих воздействие многочисленных неблагоприятных физических и психологических факторов (смена часовых поясов, климатических условий, стрессовые ситуации).

Проблема депрессивных состояний в целом настолько актуальна, что в государственной программе «Дешеві ліки» предусмотрена соответствующая статья.

Указанное положение наглядно представлено в дерматологии. Так, несмотря на мультифакториальность этиопатогенеза таких тяжелых хронических рецидивирующих дерматозов [4, 7, 8], как кожный зуд, atopический дерматит, нейродермит, экзема, псориаз, красный плоский лишай и др., в патогенезе этих заболеваний давно установлена важная роль нервной системы и, в частности, расстройств в сфере высшей нервно-психической деятельности (ВНПД) [6, 10, 12]. При этом предполагается возникновение патологического

порочного круга, когда нарушения ВВПД способствуют развитию дерматоза и, наоборот, развитие дерматоза обуславливает появление вторичных изменений в сфере ВВПД, другими словами, присутствие кожных высыпаний и сопровождающих их субъективных расстройств способствует формированию нарушений нервно-психической деятельности, последние, в свою очередь, стимулируют усугубление патологического процесса в очагах кожного поражения [1].

Так, проведенное до начала лечения обследование 100 больных экземой [13] показало, что ни у одного из обследованных пациентов ранее не определялись отклонения ВВПД, и никто из них не состоял на учете у психоневролога, в то время как после установления диагноза заболевания и в процессе диспансерного наблюдения они отмечены у 9% пациентов.

В основном, это так называемые ларвированные депрессии, в клинической картине которых на первый план выступают соматические симптомы, а психосоматические проявления остаются в тени, то есть депрессивный эффект скрывается за разнообразными телесными ощущениями. Среди всего многообразия клинических проявлений ларвированных депрессий для дерматологии особенно актуальны наиболее характерные и типичные сенестопатические (алгические) расстройства: извращения чувствительности в виде кожного зуда временами мучительного («биопсирующего»), жжения, покальвания, болезненности, боли, чувства «беганий по коже каких-то насекомых» и др. Кожные проявления и тактильные нарушения как маски депрессий проявляются примерно у 2,5% пациентов [15]. К наиболее распространенным дерматологическим маскам депрессий относят приступы и усиления кожного зуда, экземы, атопического дерматита, нейродермита, псориаза, красного плоского лишая и ряда других дерматозов [9].

Депрессивные маски разнообразны, что затрудняет и даже делает невозможным, в ряде случаев, выявление истинной причины расстройства. Поэтому, если при типичных депрессиях обращение к психиатру может быть отсрочено пациентом на 7 месяцев, то при маскированных депрессиях. — до 34 месяцев [15]. Дерматоз у таких пациентов, как правило, приобретает хронический рецидивирующий характер и может затягиваться на многие годы [3, 14].

Цель исследования. Изучить депрессивные состояния у больных с кожным зудом, атопическим дерматитом и нейродермитом. Предложить рациональную методику их коррекции с применением современных антидепрессантов.

Объект и методы исследования. Настоящее исследование проводилось на базе кафедры дерматовенерологии ОНМедУ, Одесского областного кожно-венерологического диспансера, Одесской областной психиатрической больницы №1, клинического санатория им. В. П. Чкалова.

В исследования были включены 130 больных кожным зудом, атопическим дерматитом и нейродермитом (основная группа) и 110 больных с аналогичной патологией (контрольная группа). Группы пациентов формировали методом случайной выборки.

Обязательными условиями были: установленный диагноз дерматоза в соответствии с общепринятыми клиническими критериями; исключение применения антидепрессантов ранее в течение всего периода наблюдения после установления дерматологического диагноза, отсутствие противопоказаний к приему последних в соответствии с инструкцией по применению.

В первую подгруппу основной группы включены 31 больной различными формами кожного зуда (19 мужчин и 12 женщин в возрасте от 35 до 65 лет), последний чаще всего носил «пароксизмальный» характер, возникая в любое время суток. Интенсивность зуда была различной — от умеренно выраженного до значительного и изнуряющего, вызывающего расстройства сна вплоть до длительной бессонницы. В ряде случаев зуд вызывал снижение работоспособности пациента. У 12 больных зуд имел локализованный характер в области наружных половых органов, ануса, промежности, крестца и копчика, внутренней поверхности бедер; у 19 пациентов — распространенный, универсальный или генерализованный. Диагноз кожного зуда исключал наличие в очагах первичных элементов, так же как и признаков других дерматозов, патологии внутренних органов и т. п. Иногда отмечалось присутствие на коже различных вторичных элементов (экскориации, корки), при выраженном длительно существующем зуде — симптома «полированных» ногтей пластинок и их истонченного свободного края. У 3 пациентов с генерализованным зудом

при появлении явлений лихенификации в области локтевых сгибов, подколенных ямок, голеней диагноз был изменен на нейродермит.

Во вторую подгруппу вошли 63 больных (32 мужчин и 31 женщина) атопическим дерматитом в возрасте от 15 до 44 лет. У всех пациентов процесс носил хронический рецидивирующий характер с дебютом в раннем детстве и непродолжительными периодами ремиссии в летнее время. Клиническая картина заболевания была типичной для атопического дерматита и складывалась из разной степени выраженности очагов воспалительной эритемы, скальпированной плоской папулезной сыпи, шелушения, сухости, лихенификации, эксфолиаций, локализующихся в основном на лице и шее с переходом на верхнюю часть грудной клетки, в локтевых сгибах, тыле кистей и подколенных ямках. У 11 пациентов отмечалась экзематизация в очагах кожного поражения с развитием везикуляций, мокнутия, симптома «серозных колодцев». У 8 больных процесс осложнился развитием вторичной пиодермии с появлением пустулезных элементов, увеличением регионарных лимфатических узлов. Интенсивность субъективных расстройств (чаще всего зуда, иногда жжения и боли) у 3 пациентов была умеренной, в остальных случаях они носили мучительный, изнуряющий психику пациента характер. Эти ощущения чаще носили пароксизмальный характер, иногда присутствовали постоянно либо усиливались в ночное время, провоцируя бессонницу. Об интенсивности зуда свидетельствовала блестящая «полированная» поверхность ногтей пластинок кистей, истонченность их свободного края. В 32 случаях наблюдался разлитой белый дермографизм, у 21 пациента — разлитой смешанный и у 10 — уртикарный.

Третью подгруппу составили 36 больных (16 мужчин и 20 женщин) в возрасте от 16 до 58 лет ограниченным и диффузным нейродермитом. Наиболее часто отмечаемая локализация процесса при ограниченном нейродермите — задняя и боковая поверхности шеи; аногенитальная, крестцово-копчиковая области и внутренняя поверхность бедер, межъягодичная складка, сгибательные поверхности коленных и локтевых суставов. В клинической картине диффузного нейродермита преобладали плоские скальпированные папулы, инфильтрация с последующей лихенификацией на фоне эритемы различной степени выраженности. В 22 случаях отмечался стойкий белый дермографизм, выраженный пилomotorный рефлекс, в остальных случаях разлитой стойкий смешанный дермографизм. У 12 больных отмечалось тяжелое течение дерматоза с редкими непродолжительными ремиссиями, частыми обострениями, интенсивным зудом, усиливающимся в ночное время или носящим приступообразный характер. У 24 человек течение нейродермита было средней тяжести: ремиссии были более продолжительными, обострения, как правило, сезонными (поздней осенью и зимой).

Выраженная сухость кожных покровов наблюдалась у части больных кожным зудом и практически у всех пациентов с атопическим дерматитом и нейродермитом, даже в периодах ремиссий.

При проведении комплексного этапного обследования и лечения пациентов основной группы использовали модифицированный нами алгоритм, предложенный членом-корреспондентом АМН Украины профессором Аряевым Н. Л. и соавт. (2007) для лечения детей с атопическим дерматитом [2] (приложение 1).

С помощью шкалы депрессий Гамильтона [16] выявлялись легкие (7-16 баллов), средней тяжести (17-27 баллов) и тяжелые (более 27 баллов) депрессивные состояния.

Всем больным проведено общеклиническое обследование, направленное на выявление сопутствующей патологии, которое включало: клинический анализ крови; биохимический анализ крови (печеночные пробы, липидограмма, общий белок и белковые фракции крови, коагулограмма; определение уровня общего IgE в крови; общий анализ мочи; копрологическое исследование; анализ материала из толстого кишечника на дисбактериоз; ирригография, колоноскопия по общепринятым методикам; содержание продуктов ПОЛ и АОС определялось в плазме крови спектрофотометрически по стандартной методике; эзофаго-гастро-дуоденоскопия; УЗИ органов брюшной полости, щитовидной железы; рентгенологические исследования; консультации узких специалистов по показаниям.

Спектр сенсibilизации у обследованных больных

Группа аллергенов	Число больных		
	АтД	нейродермитом	кожным зудом
Бытовая (домашняя пыль, клещи домашней пыли)	7	—	—
Пищевые аллергены	21	14	3
Пыльца растений	9	—	5
Эпидермис животных	3	—	—
Шерсть животных	4	—	6
Микробные аллергены	3	3	6
Грибковые аллергены	11	5	8

Пациенты были информированы об алгоритме обследования и лечения, в том числе поддерживающего и противорецидивного, профилактических мероприятий в период ремиссии и необходимости оценки своего состояния. За период исследования у амбулаторных больных учитывались симптомы и жалобы во время первичного обращения (визит 1), на 7 день (визит 2), на 14 день (визит 3), на 21 день (визит 4). Каждый пациент регистрировал динамику симптомов в дневнике самонаблюдения. Врач детально оценивал клинику заболевания, динамику кожного процесса и побочные явления, определяя их возможную связь с приемом антидепрессантов, либо другими лекарственными средствами и процедурами.

Всем пациентам в процессе лечения проводились контрольные анализы крови и другие лабораторно-диагностические тесты при необходимости.

Данные фиксировались в специально разработанной индивидуальной карте больного. Субъективная оценка сопоставлялась с объективным статусом (приложение 2).

Отметим, что пациенты контрольной группы получали лечение по общепринятым методикам.

Среди сопутствующей патологии встречались СРК и дисбактериоз кишечника, очаги хронической инфекции ЛОР-органов, хронический гастродуоденит и холецисто-панкреатит, изредка паразитарная инвазия.

Все больные получали базисную общую и наружную терапию (основной курс, закрепительная, поддерживающая терапия, противорецидивное лечение), а также назначалась рациональная индивидуализированная антиаллергенная диета. Обязательным было включение в терапевтический комплекс лечения выявленных сопутствующих заболеваний с привлечением соответствующих специалистов.

Результаты и их обсуждение

Таблица 2

Распространенность депрессивных состояний у больных

Подгруппы больных	Распространенность депрессий n = 130							
	легкие		средней тяжести		тяжелые		всего	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Кожный зуд	5	3,8	16	12,3	10	7,7	31	23,8
Атопический дерматит	21	12,3	22	16,9	20	15,4	63	48,5
Нейродермит	9	6,9	14	10,7	13	10,8	36	27,7

Сопоставление полученных данных и клинической картины дерматологического заболевания позволило выделить следующие критерии, способствующие выявлению депрессивных масок в дерматологии, разнообразие соматических жалоб (телесных ощущений) и клинических проявлений, сложно точно уложить их в симптоматику какого-либо определенного дерматологического заболевания, выявляется несоответствие между интенсивностью жалоб и бедностью объективных данных, топографическое несоответствие болезненных ощущений периферической иннервации; наличие цикличности в анамнезе и суточных колебаний выраженности кожных проявлений; трудности в

описании ощущений и их крайне мучительный необычный и мигрирующий характер, усиление их в ночное время и предрассветные часы.

Данные последних двух десятилетий свидетельствуют о целесообразности применения антидепрессантов в комплексном лечении кожного зуда, атопического дерматита и нейродермита [3, 4, 14].

Для лечения больных основной группы под контролем психиатра назначались антидепрессанты: миансерин, венлафаксин, эсциталопрам. Миансерин в дозе 60-90 мг/сутки — 6 месяцев; венлафаксин в дозе 150-225 мг/сутки — 6 месяцев; эсциталопрам в дозе 20 мг/сутки — 6 месяцев. Назначение этих антидепрессантов значительно улучшало общее самочувствие больных, снимало тревогу и подавленность, фиксацию на болезни, уменьшало интенсивность зуда и других субъективных расстройств и, тем самым, способствовало более благоприятному течению основного заболевания. Длительность лечения антидепрессантами от 6 до 12 месяцев. Дополнительно для снижения тревоги, при её выраженности, к схеме лечения был добавлен кветирон (антипсихотик с противотревожным действием) в дозе 25 мг x 2р. в сутки, который показал свою хорошую эффективность.

Таким образом, все больные, включенные в исследования, получали этапное комплексное лечение в соответствии с предложенным алгоритмом. Средняя продолжительность основного курса лечения составила $21,3 \pm 1,8$ дня по сравнению $38,7 \pm 2,4$ с контрольной группой, $P < 0,05$. У всех пациентов наблюдали значительное ослабление или исчезновение зуда и разрешение или уменьшение количества высыпаний, прекращение мокнутия. В ряде случаев при атопическом дерматите происходила трансформация белого дермографизма в красный либо смешанный, уменьшение его продолжительности.

У некоторых лиц в очагах кожного поражения наблюдалась вторичная пигментация, остаточная инфильтрация, шелушение, небольшая лихенификация на типичных участках. Параллельно отмечались: нормализация сна, уменьшение количества расстройств в психоэмоциональной сфере. У всех пациентов констатировано исчезновение либо снижение выраженности депрессивных состояний, в том числе маскированных.

При атопическом дерматите наблюдалась положительная динамика состояния ЖКТ (68%), подобная же тенденция отмечена у пациентов с нейродермитом (74%).

При оценке результатов комплексного лечения особо следует отметить увеличение по сравнению с контрольной группой процента случаев с клиническим выздоровлением и значительным улучшением (табл. 3); статистически достоверное снижение количества рецидивов дерматозов, что отражено в таблице 4.

Таблица 3

Продолжительность ремиссии в основной группе по сравнению с контрольной

Группы больных	Всего больных	Рецидивы отсутствовали в течение 2 лет и более	Рецидивы не наблюдались в течение 1 года	Рецидивы отсутствовали в течение 6 месяцев	Рецидивы возникли в течение 3 мес. после окончания лечения
Основная группа	130	53	54	19	4
%	100	$41,5 \pm 4,3$	$43,1 \pm 4,3$	$15,4 \pm 3,1$	$3,8 \pm 1,7$
Контрольная группа	110	29	31	37	13
%	100	$26,4 \pm 4,2$	$28,2 \pm 4,3$	$33,6 \pm 4,5$	$11,8 \pm 3,1$
Достоверность различия результатов лечения в группах	P	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05

При лечении антидепрессантами у 14 больных отмечен умеренный седативный эффект в дневное время. Им было рекомендовано снижение суточной дозы препаратов на 50% от первоначально назначенной. После чего эти явления прекратились.

Эффективность комплексного лечения пациентов с применением антидепрессантов у больных кожным зудом, атопическим дерматитом и нейродермитом по сравнению с контрольной группой

Результат лечения	Клиническая ремиссия	Значительное улучшение	Улучшение	Без эффекта
Основная группа n = 130	74	30	19	7
%	56,9	23,1	14,6	5,4
Контрольная группа n = 110	48	17	31	14
%	43,6	15,5	28,2	12,7
Достоверность различия результатов лечения в группах	P>0,05	P>0,05	P<0,05	P<0,05

Таким образом, на основании проведенного исследования мы пришли к следующим **выводам:**

1. При лечении пациентов с кожным зудом, атопическим дерматитом и нейродермитом необходимо четкое соблюдение индивидуального подхода, этапности, рационального сочетания общего, наружного лечения, использования физиотерапевтических методов и санаторно-курортных факторов.

2. Использование антидепрессантов в комплексном лечении позволяет значительно увеличить процент случаев клинического выздоровления, значительного улучшения и статически достоверно снизить количество рецидивов дерматозов.

3. Применяемые препараты хорошо переносятся больными

4. Одним из важных направлений в лечении хронических дерматозов является коррекция расстройств в психоэмоциональной сфере и, в частности, депрессивных.

Литература:

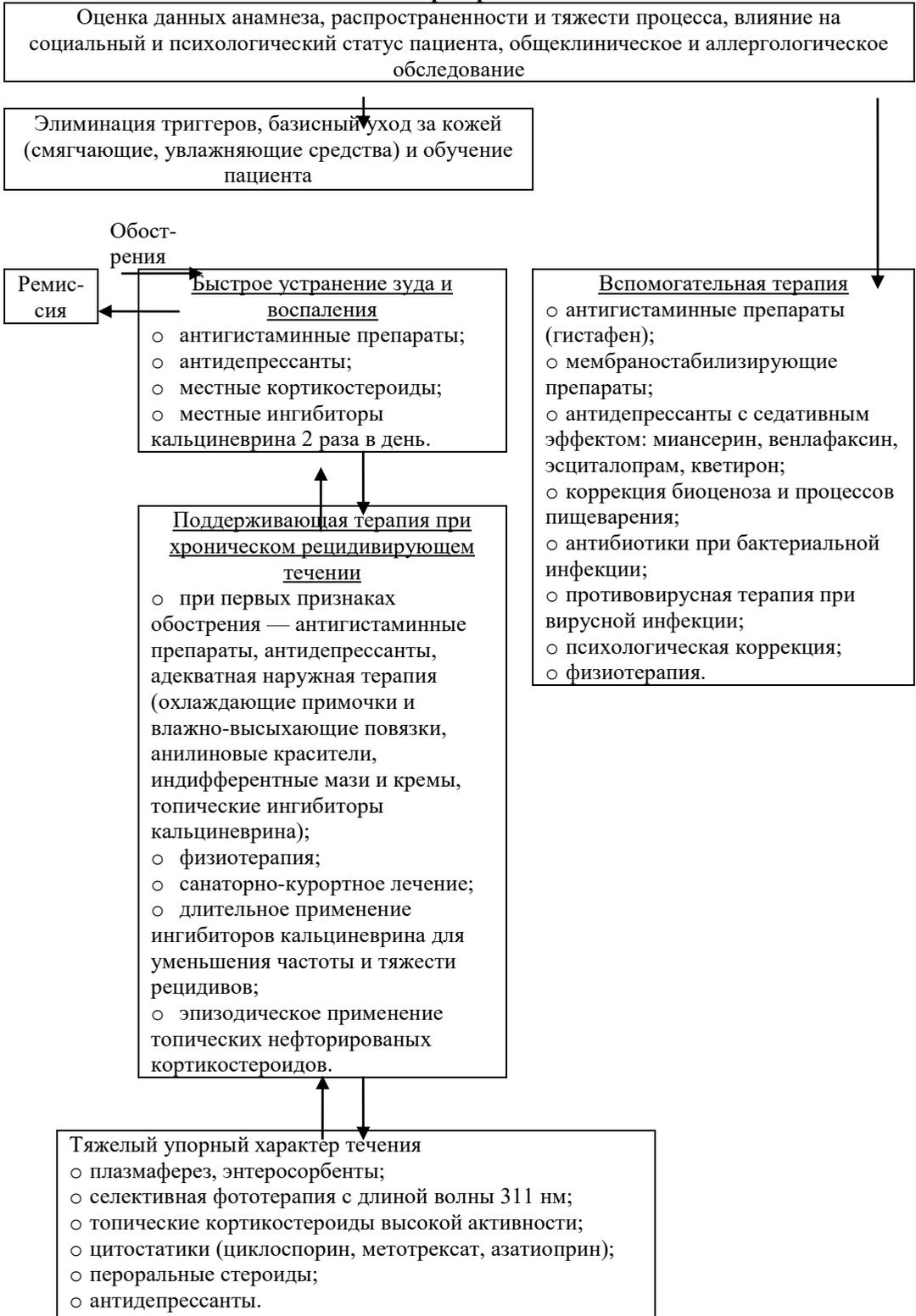
1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. - М.: Эксмо, 2002 — 123 с.
2. Армев М. Л., Клименко В. А., Кожем'яка А. І., Фьоклін В. О. Сучасні підходи до профілактики і терапії атопічного дерматиту у дітей. Методичні рекомендації. — Київ, 2007 — 40 с.
3. Атаян Н. К. Психогенный кожный зуд: особенности клиники и терапии. / ГБУЗ, НПЦ психоневрологии ДМЗ. — Москва // Российский международный инт. журнал. — 2014. - №16. - С. 11-12.
4. Баткаев Э. А., Попов И. В. Атопический дерматит: новый взгляд на диагностику и лечение // Вестник постдипломного медицинского образования - 2013. — №2. — С. 13-18.
5. Коваленко І. В. Психосоматичні розлади: діагностика та лікування. — Вінниця, 2005 — 28 с.
6. Корсунская И. М., Дворянкова Е. В., Плиева К. Т., Мельниченко О. О. и др. Кожный зуд: о чем следует задуматься. Эффективная фармакотерапия // Дерматология и венерология. - 2015 — №3 (45). — С. 22-27.
7. Ключарева С. В. Экзема: результаты сравнительных исследований – М.: Медодерм, 2010 — С. 1-35.
8. Мачарадзе Д. Ш. Атопический дерматит: новые цели терапии // Научный инт.-журнал «VSP.SPR — journal.ru». - 2014 — С. 70-73.
9. Остришко В. В., Иванов О. Л., Новоселов В. С., Колесниченко Д. Б. Диагностика и коррекция пограничных психических расстройств у больных атопическим дерматитом. Ч. 2 // Вестник дерматологии и венерологии. - 1998 — №3. — С. 40 - 42.
10. Сказинская В. М. Связь микрофлоры кишечника с развитием атопического дерматита у детей // Медосвита. —2017. - № 11. — С. 1-2.
11. Сукласян С. Г. Соматизированные психические расстройства как маскированные депрессии // Обзор психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. - 1993 — №2. — С. 40-42.

12. Торкова Н. П. Атопический дерматит у детей: к вопросам о терминологии, клиническом течении, прогнозе и дифференциации патогенеза // Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунологии. — Екатеринбург, 2013 — С. 1-4.
13. Федотов В. П., Мамон А. А., Горбунов В. В. Комплексное лечение больных с дисгидротической экземой кистей с учетом нарушений психо-эмоциональной сферы // Дерматология. Косметология. Сексопатология. - 1999 — №2. — С. 39-40.
14. Чикин И. И., Знаменская Л. Ф. // Федеральные клинические рекомендации по ведению больных атопическим дерматитом. Российское общество дерматовенерологов и косметологов. - 2015 — С. 1-40.
15. Serry D., Serry M. Masked depression and the use of antidepressants in general practice. // Med J Austro – 1999. — Vol. 1, №7. — P. 334-338.
16. Van Moffaert M. Treatment of depressive anxiety states associated with psychosomatic symptoms // Acta Psychiatr Belg. – 1999. — Vol. 99. — P. 223-231.

References:

1. Alexander F. Psychosomatic medicine .- Moscow: Eksmo, 2002 - 123 p.
2. Armev ML, Klimenko VA, Kozhemyaka A. I., Fjoklin V. O. Suchasni pidhodi to profilaktiki i terapii atopichnogo dermatitu at children. Methodical recommendations. - Київ, 2007 - 40 с.
3. Atayan N. K. Psychogenic skin itch: features of the clinic and therapy. / GBUZ, NPC of psychoneurology DMZ. - Moscow // Russian International Int. Journal. - 2014. - № 16. - P. 11-12.
4. Batkayev EA, Popov IV Atopic dermatitis: a new view on diagnosis and treatment // Vestnik postgraduate medical education - 2013. - №2. - P. 13-18.
5. Kovalenko I. B. Psychosomatic rasstady: dinnostyka ta likuvannya. - Vinnytsya, 2005 - 28 p.
6. Korsunskaya IM, Dvoryankova EV, Plieva KT, Melnichenko OO et al. Skin itching: what should I think about. Effective pharmacotherapy // Dermatology and venereology. - 2015 - №3 (45). - P. 22-27.
7. Kuchareva SV Eczema: the results of comparative studies - М .: Medoderm, 2010 - pp. 1-35.
8. Macharadze D. Sh. Atopic dermatitis: new goals of therapy // Scientific int.-journal "VSP.SPR - journal.ru". - 2014 - P. 70-73.
9. Ostrishko VV, Ivanov OL, Novoselov VS, Kolesnichenko DB Diagnosis and correction of borderline mental disorders in patients with atopic dermatitis. Part 2 // Bulletin of Dermatology and Venereology. - 1998 - №3. - P. 40 - 42.
10. Skazinskaya VM The connection of intestinal microflora with the development of atopic dermatitis in children // Medosvita. -2017. - № 11. - С. 1-2.
11. Suklasyan SG Somatized mental disorders as masked depression / / Review of psychiatry and medical. psychology. V. M. Bekhterev. - 1993 - №2. - P. 40-42.
12. Torkova NP Atopic dermatitis in children: to questions about terminology, clinical course, prognosis and differentiation of pathogenesis // Ural Scientific Research Institute of Dermatovenereology and Immunology. - Ekaterinburg, 2013 - pp. 1-4.
13. Fedotov VP, Mamon AA, Gorbunov VV Complex treatment of patients with dyshidrotic eczema of brushes with allowance for disturbances in the psycho-emotional sphere // Dermatology. Cosmetology. Sexopathology. - 1999 - №2. - P. 39-40.
14. Chikin II, Znamenskaya LF // Federal clinical guidelines for management of patients with atopic dermatitis. Russian Society of Dermatovenereologists and Cosmetologists.- 2015. - P. 1-40.

Алгоритм обследования и лечения больных кожным зудом, атопическим дерматитом и нейродермитом



Дата посещения:	Пол:	Возраст:
Профессия		
Состоит на диспансерном учете		
Длительность нахождения на учете (мес.)		
Хронические сопутствующие заболевания		

ДИАГНОЗ, СИМПТОМЫ (КРАТКО)

_____ обострение	_____ ремиссия
Количество обострений в год _____	
Площадь поражения кожи _____ (%)	
Процесс:	
_____ локализованный	_____ распространенный
_____ диффузный	
Локализация поражения _____	
Общая и наружная терапия, назначавшаяся ранее _____	
(в т.ч. антигистаминные препараты _____)	
Длительность применения данного антидепрессанта _____	
Какие компоненты были использованы в комплексном лечении:	
_____ Местные	_____ Общие
_____ Физиотерапевтические	
_____ Энтеросорбенты	_____ Плазмаферез
Площадь нанесения стероидов _____ (%)	
На какой день наступил эффект от терапии антидепрессантами _____	
Какие побочные эффекты наблюдались _____	

Длительность ремиссии после предыдущей терапии _____ (мес.)	

РЕЦЕПТ

1. Препарат

2. Препарат

3. Препарат

Препарат —
наименование,
лекарственная форма,
дозировка, количество доз,
площадь нанесения
средств наружного
применения,
продолжительность
лечения.

Работа поступила в редакцию 21.02.2018 года.
Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования