

# Психосоматичні розлади у хворих на алергодерматози та їх корекція

Я. Ф. Кутасевич, І. О. Олійник, І. О. Маштакова, О. М. Стулій, І. О. П'ятикоп  
ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

## Резюме

У роботі наведено дані з вивчення психосоматичного стану хворих на алергодерматози.

**Мета** – підвищення ефективності лікування хворих на алергодерматози шляхом залучення до терапевтичного комплексу психотропних засобів.

**Матеріали та методи.** Обстежено 79 хворих, з них 18 – на atopічний дерматит, 61 – на екзему, що були розподілені на три групи. Перша група пацієнтів отримувала антигістамінні препарати I покоління (клемастину гідрофумарат або хлоропіраміну гідрохлорид), друга – Міасер (міансерину гідрохлорид) по 10 мг на добу, третя – Міасер та антигістамінні препарати I покоління (клемастину гідрофумарат або хлоропіраміну гідрохлорид).

**Результати.** Вивчено порушення психоемоційного стану хворих до і після лікування. Наведено дані щодо ефективності комбінованого застосування міансерину з антигістамінними препаратами. Депресивні та тривожні прояви були більш куповані в другій та третій групі. Зменшення ступеня вираженості свербіжув наставало раніше, ніж у пацієнтів, які не отримували міансерин.

**Висновки.** Використання у комплексному лікуванні хворих на алергодерматози антидепресивного препарату, що містить міансерину гідрохлорид, сприяє зменшенню інтенсивності свербіжув та його більш ранньому купуванню і швидшому настанню регресу психосоматичних порушень. Отже, міансерину гідрохлорид впливає не тільки на депресивні тривожні розлади, порушення настрою та сну, але й на наявність та інтенсивність свербіжув. Препарат, що містить міансерину гідрохлорид, у дозі 10 мг/добу на ніч доцільно використовувати у лікуванні хворих на алергодерматози.

**Ключові слова:** алергодерматози, психосоматичні розлади, міансерину гідрохлорид.

DOI: 10.33743/2308-1066-2019-1-28-32

## Вступ

Початок психосоматичного підходу в дерматології було покладено в кінці XVIII ст., коли W. Falconer у 1788 р. вперше зробив спробу пов'язати активність шкірного процесу з порушенням іннервації уражених ділянок шкіри [11]. Надалі ця теорія досить довгий час слугувала предметом дискусії.

У світлі цієї концепції розглядалося походження «неврозу шкіри», введеного E. Wilson у 1867 р. Зазначеним терміном автор визначав шкірні захворювання, в основі яких були ті чи інші «невротичні конфлікти» [2, 3]. У 1916 р. Джеліфф і Еванс описали випадок псоріазу та стверджували, що першорядне етіологічне значення мали психологічні чинники, зокрема ексгібіціоністські схильності [3].

У 1933 р. німецький дерматолог W. Sack у своїй праці «Психіка і шкіра» вперше описав принцип

експериментальної діяльності у психосоматичній дерматології, підкреслюючи велике значення статистичних методів [3]. Він припускав, що симптоми шкірних захворювань розвиваються залежно від ряду факторів: спадкової схильності, конституційних особливостей, навколишнього середовища і, найголовніше, індивідуального життєвого шляху людини. Підкреслюючи демонстративність соматопсихічних відносин між шкірними покривами і психікою, W. Sack запропонував сприймати стан шкіри як один із показників стану психіки індивідуума.

Американський психоаналітик F. Alexander у 1968 р. вперше показав, що шкіра має властивість специфічної органної схильності до реакції на стрес. Головна ідея автора виражалася простою думкою про те, що патологічний шкірний процес включає в себе не тільки локальний осередок, а й розум хворого [3]. Австралійський психоаналітик F. Whitlock

у роботі «Психофізіологічні аспекти шкірних хвороб» (1980) ввів поняття «психодерматологія» [14].

Особливий інтерес представляє дослідження В.І. Кулагіна, О.В. Павлової (2006) [8], в якому автори розглядають проблеми патогенезу atopічного дерматиту та псоріазу у хворих, які страждають на шизофренію. Отримані дані змушують переглянути поширене уявлення про те, що дерматоз може бути первинним або вторинним за відношенням до нервово-психічних розладів. Виходячи з принципу цілісності організму, одні й ті ж патологічні процеси, які на нервово-психічному рівні проявляються дратівливістю, стомлюваністю, схильністю до депресії, тривожністю тощо, на рівні шкіри маніфестують у вигляді свербіжу.

Усе зазначене вище спонукало оцінити ступінь дискомфорту та змін психічного статусу у хворих на хронічні алергодерматози (атопічний дерматит; АД), удосконалити терапевтичні підходи при ураженні шкіри.

Враховуючи дані Європейського дерматологічного форуму щодо рекомендацій антидепресантів у лікуванні свербіжу [10], нашу увагу привернув міансерину гідрохлорид, що належить до групи піперазино-азепінових сполук. У хімічній структурі міансерину (активного компонента препарату) відсутній бічний ланцюжок, характерний для трициклічних антидепресантів, який спричиняє антихолінергічну активність останніх. Міансерин підвищує центральну норадренергічну нейротрансмісію шляхом альфа2-ауторецепторної блокади та пригнічення зворотного нейронального захоплення норадреналіну. Препарат зв'язується з серотоніновими рецепторами центральної нервової системи та чинить також виражену анксиолітичну дію, що важливо при лікуванні хворих з депресією, асоційованою з тривожністю.

Седативний ефект Міасеру®, пов'язаний з його впливом на альфа1-адренорецептори та гістамінові H<sub>1</sub>-рецептори, є вагомим підставою для застосування препарату при порушеннях сну на тлі депресії. Добре переноситься пацієнтами, в тому числі особами літнього віку та хворими на серцево-судинні захворювання. При застосуванні в терапевтичних дозах препарат практично не виявляє антихолінергічної активності та, відповідно, не порушує функціонування серцево-судинної системи, має антигістамінні та протисвербіжні властивості.

Протисвербіжна активність Міасеру здійснюється завдяки блокаді H<sub>1</sub>-рецепторів гістаміну, периферичних 5-HT-рецепторів серотоніну та блокаді центрального компоненту сприйняття і передачі свербіжу [4, 12].

Мета роботи – підвищення ефективності лікування хворих на алергодерматози шляхом залучення до терапевтичного комплексу психотропних засобів.

### Матеріали та методи дослідження

Під нашим наглядом знаходилося 79 пацієнтів з АД. Діагноз atopічного дерматиту був верифікований у 18 (22,78%) пацієнтів, екзема була встановлена у 61 (77,22%) хворого.

Усі хворі висували скарги на висипку, свербіж шкіри різної інтенсивності, печіння і відчуття стягування шкіри. Свербіж посилювався у вечірній і нічний час, а також при посиленні пітливості. Більшість пацієнтів скаржились на слабкість, швидку стомлюваність, знесилення, поганий настрій протягом дня, безсоння, втрату впевненості в собі, апатію.

До когорти обстежених увійшли пацієнти як чоловічої, так і жіночої статі – 36 (45,56%) та 43 (54,44%) особи відповідно. Вік хворих коливався від 18 до 69 років, що характеризує захворюваність у всіх вікових категоріях. Середній вік чоловіків з АД становив (37,23 ± 0,87) року, жінок – (39,67 ± 0,63) року.

Пацієнтів було розподілено на групи: перша група (25 пацієнтів) у комплексному лікуванні одержувала антигістамінні препарати I покоління, друга (клемастину гідрофумарат або хлоропіраміну гідрохлорид), друга група (26 пацієнтів) – Міасер (міансерину гідрохлорид) по 10 мг на добу, третя група (28 пацієнтів) у комплексному лікуванні одержувала антигістамінні препарати I покоління (клемастину гідрофумарат або хлоропіраміну гідрохлорид) та Міасер (міансерину гідрохлорид) по 10 мг/добу. Тривалість курсу лікування становила 4 тиж.

Для оцінки вираженості свербіжу використовувалася візуальна аналогова шкала (ВАШ) від 0 до 10 балів. Для визначення ступеня порушення з боку психоемоційного стану застосовували шкалу депресії та тривоги. Вивчення даних параметрів проводилося до та після лікування.

### Результати та їх обговорення

Успішне лікування хронічних дерматозів можливе лише при виявленні індивідуальних факторів ризику і попередженні їх впливу. Тому у процесі збору анамнестичних даних насамперед з'ясувалися загальні особливості, а саме: тривалість захворювання, сезонність, наявність супутньої патології, встановлення факторів, які провокують виникнення загострень.

Тривалість захворювання до моменту звертання пацієнтів, хворих на АД, у ДУ «ІДВ НАМНУ» коливалася від декількох років до 30 і більше. Розподіл хворих за цією ознакою наведено на рисунку 1. До 10 років на АД страждало 28 (35,44%) пацієнтів, від 10 до 20 років – 34 (43,03%) особи, від 20 до 30 років – 11 (13,92%) хворих, понад 30 років

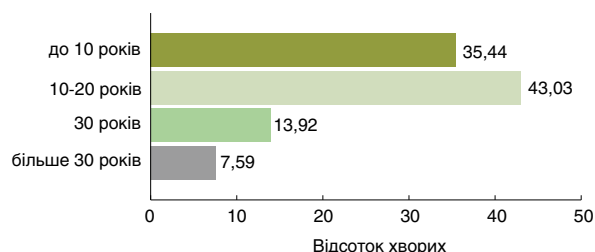


Рис. 1. Розподіл хворих на АД за давністю захворювання

хворіли 6 (7,59%) пацієнтів. Отже, у досліджуваній групі переважна більшість пацієнтів страждала на АД від 10 до 20 років.

Традиційною ознакою вважається певна сезонність у перебігу АД. Наші дослідження виявили залежність від пори року у 69 (87,34%) із 79 хворих на АД. При цьому типовими для них були стійка ремісія в літні місяці і загострення в осінньо-зимово-весняний період. У 10 (22,7%) хворих практично не спостерігалось періодів ремісії, що характерно для безперервно-рецидивуючого перебігу хвороби.

У процесі збору анамнезу увага приділялася наявності супутніх захворювань, тому що без їх корекції неможливий успіх протирецидивних заходів. За аналізом отриманих даних, у структурі супутньої патології відзначалися захворювання серцево-судинної та ендокринної систем у 18 (22,79%) та у 7 (8,86%) осіб відповідно; різноманітні розлади органів шлунково-кишкового тракту виявлено у 29 (36,71%) пацієнток, патологія ЛОР-органів – у 15 (18,99%) хворих.

При поглибленому аналізі анамнестичних даних було встановлено декілька груп факторів, які найчастіше провокували виникнення рецидивів та загострень захворювання. До них належали психоемоційні фактори, наявність супутньої патології, вплив алергенів (атопенів), зміни метеорологічних умов. Поява клінічних проявів, пов'язана зі стресовими і нервово-конфліктними ситуаціями, психоемоційною та розумовою перенапругою, відзначено у 28 (35,44%) пацієнтів з АД. 9 (8,86%) пацієнтів з АД відзначали виникнення клінічних проявів шкірного процесу з попередніми хворобами внутрішніх органів і перенесеними гострими респіраторними захворюваннями. У 32 (40,50%) хворих на АД рецидиви були пов'язані з грубим порушенням дієти, впливом медикаментів, здатних спричинити сенсibiliзуючу дію, контактом з хімічними речовинами, нафтопродуктами, розчинниками, миючими засобами, цементом та ін. У 3 (3,79%) хворих на АД виявлено зв'язок зі змінами метеорологічних умов, до маніфестації приводили переохолодження, перегрівання, надмірна інсоляція. 9 (11,39%) осіб з АД не змогли з'ясувати умови, що провокували загострення захворювання (рис. 2).

У сучасній медицині набув поширення термін «якість життя, пов'язана зі здоров'ям» (Health-related quality of life), який передбачає вплив самого захворювання, а також процесу його лікування на психологічний та емоційний стан хворого, його соціальний статус [7].

Останнім часом інтенсивно вивчається якість життя (ЯЖ) пацієнтів у дерматології. Особливо актуальним є визначення ЯЖ у хворих із хронічними дерматозами, які здебільшого безпосередньо не загрожують життю, але їх хронічний невиліковний

характер часто чинить негативний вплив на ЯЖ пацієнта [1, 9].

Була проведена оцінка ЯЖ хворих на АД у стадії загострення. Встановлено, що цей показник становив  $16,83 \pm 1,23$ , що свідчить про значне погіршення ЯЖ при цих захворюваннях. Розподіл пацієнтів за ступенем впливу на ЯЖ наведено у таблиці 1. Про це також свідчить дослідження ЯЖ хворих на хронічні дерматози з урахуванням діагностичних дерматологічних індексів.

Більшість авторів вважають, що виявлені при дерматозах психічні порушення мають не лише клінічне, а й важливе патогенетичне значення та різною мірою залучені до формування клінічних виявів і динаміки патології шкіри [5]. Численними спостереженнями підтверджено роль психогенних чинників при маніфестації та рецидивах АД [13].

Із психопатичних порушень у хворих на АД часто виявляють підвищену втомлюваність, емоційну лабільність, дратівливість, високий рівень реактивної (РТ) та особистої тривожності (ОТ), депресію. Також для таких хворих характерним нерідко є соціальна дезадаптація, що виявляється переживанням, пов'язаними зі своєю «неповноцінністю» у суспільстві, невпевненістю у собі, нерішучістю. Відомо, що тривалий стан тривоги зумовлює перевлаштування ЦНС за тривожним типом і розбалансування основних медіаторних систем. Можна припустити, що при АД нейрофізіологічні механізми тривоги відіграють суттєву роль у патогенезі дерматозу. Саме тому останніми роками дослідники значну увагу приділяють вивченню психосоматичного компонента цього захворювання та пошуку методів корекції виявлених порушень.

У 29 (36,70%) хворих на АД визначено високий рівень РТ та у 22 (27,84%) – помірний рівень РТ при госпіталізації (табл. 2). Високий рівень ОТ був у 19 (24,05%) хворих

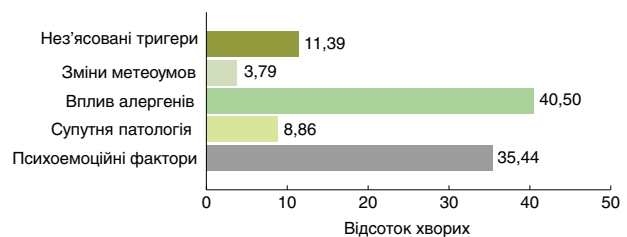


Рис. 2. Тригерні фактори АД

Таблиця 1. Ступінь впливу захворювання на ЯЖ

	АД	
	Кількість хворих	Середній бал
Надзвичайний вплив на ЯЖ	n=30 (37,97%)	24,80 ± 1,23
Дуже сильний вплив на ЯЖ	n=30 (37,97%)	17,87 ± 0,67
Помірний вплив на ЯЖ	n=19 (24,06%)	7,98 ± 0,78

на АД та помірний – у 21 (26,58%) пацієнтів (див. табл. 2).

Тривожні порушення на тлі торпідного перебігу АД полягають в основі змін психоемоційного стану хворих. Можна припустити, що високий рівень РТ на початку лікування зумовлений загостренням дерматозу, а за рахунок торпідного перебігу у хворих існує постійна підвищена схильність до розвитку стресових ситуацій; крім того, саме захворювання для пацієнтів із хронічними дерматозами є постійним джерелом тривоги та значною психологічною проблемою, що обумовлює ОТ.

Нашу увагу привернув препарат з антидепресивною дією, що містить міансерину гідрохлорид, з групи піперазино-азепінових сполук – з вираженою антидепресивною і анкіолітичною дією. Міансерину гідрохлорид сприятливо впливає на сон, приймати його треба ввечері. Препарат добре переноситься пацієнтами, не порушує функціонування серцево-судинної системи. Він також зменшує частоту і тяжкість вегетативних кризів, стабілізує артеріальний тиск, знижує тривожність. Механізм його дії полягає в блокуванні периферичних альфа-адренорецепторів [6]. Міансерину гідрохлорид призначався по 10 мг увечері протягом чотирьох тижнів.

Виразеність свербіж до лікування у пацієнтів усіх груп достовірно не відрізнялася і становила (8,5 ± 0,9) бала. Після лікування цей показник достовірно змінився і склав у першій групі (3,5 ± 0,5) бала, у другій – (5,2 ± 0,3) бала і у третій – (2,1 ± 0,1) бала (рис. 3). Наведена діаграма наочно демонструє ефективність комбінованого застосування міансерину гідрохлориду з антигістамінними препаратами. Депресивні та тривожні прояви були більш куповані у хворих з другої та третьої груп, причому у пацієнтів з третьої групи зменшення ступеня вираженості свербіж наставало на 3–4 доби раніше, ніж у пацієнтів першої та другої груп.

### Висновки

Отже, стресові та нервово-конфліктні ситуації у 28 (35,44%) пацієнтів з АД спричинили клінічні прояви захворювання. Визначено, що значної різниці між параметрами ЯЖ хворих з високим та помірним рівнем РТ не спостерігалось, однак показники були

### Список літератури

1. Влияние течения хронических дерматозов на качество жизни пациентов / А.Н. Беловол, А.А. Береговая, Н.Л. Колганова, В.Б. Кондрашова. Дерматология та венерология. 2012. № 2. С. 27–35.
2. Дороженко И.Ю., Львов А.Н. Психические расстройства в дерматологической практике (учебное пособие). М., 2006. 64 с.
3. Иванов О.Л., Львов А.Н. Психодерматология: история, проблемы, перспективы. Рос. журн. кож. и вен. бол. 1999. № 1. С. 28–38.
4. Катина М.А. Кожный зуд: учебно-методическое пособие. Витебск: Витебский государственный медицинский университет, 2014. С. 24.
5. Кірієнко В.О., Макуріна Г.І., Якименко Є.С. Порушення фізіологічних маркерів психоемоційного напруження та їх корекція з використанням температурно-міографічного тренінгу в комплексній терапії псоріатичної хвороби у хворих з надмірною масою тіла та артеріальною гіпертензією. Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2015. № 1. С. 25.
6. Корнетов Н.А. Семіотика, діагностика і тактика ведення терапії депресивного розстройства в клінічній медицині. Бюллетень сибірської медицини. 2014. Т. 3, № 3. С. 5–24.
7. Новик А.А., Ионов Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. СПб.: Элби, 1999. 140 с.
8. Павлова О.В. Иммуномодулирующая терапия псориаза у больных с сопутствующими шизофреническими расстройствами. Рос. журн. кож. и вен. бол. 2006. № 4. С. 21–23.

Таблиця 2. Рівень РТ і ОТ при госпіталізації

Рівні тривожності	РТ		ОТ	
	Кількість хворих	Середній бал	Кількість хворих	Середній бал
Високий рівень	n=29 (36,70%)	24,80 ±1,23	n=19 (24,05%)	21,80 ±1,09
Помірний рівень	n=22 (27,84%)	17,87 ±0,67	n=21 (26,58%)	32,67 ±0,67
Низький рівень	n=18 (22,78%)	7,98 ±0,78	n=39 (49,36%)	46,10 ±0,32

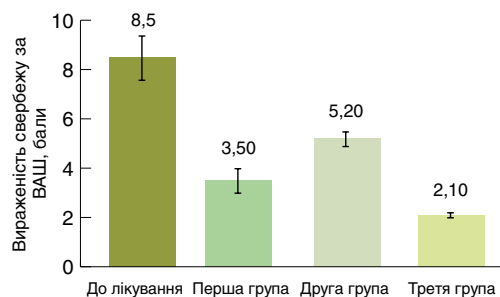


Рис. 3. Динаміка інтенсивності свербіж у процесі лікування хворих на АД

нижчі у пацієнтів з низьким ступенем РТ, що свідчить про значний вплив психоемоційного стану на ЯЖ хворих з хронічними дерматозами у стадії загострення.

Узагальнення результатів дослідження, згрупованих на підставі даних, отриманих при вивченні психосоматичного стану хворих на хронічні дерматози, прямо вказує на наявність психоемоційного компонента, що може суттєво обтяжити перебіг основного захворювання.

Використання у комплексному лікуванні хворих на АД антидепресивного препарату Міасер, що містить міансерину гідрохлорид, сприяє зменшенню інтенсивності свербіж, його більш ранньому купіруванню і більш ранньому настанню регресу психосоматичних порушень. Отже, Міасер міансерину гідрохлорид виказує вплив не тільки на депресивні тривожні розлади, порушення настрою та сну, але й на наявність та інтенсивність свербіж. Препарат Міасер, що містить міансерину гідрохлорид, у дозі 10 мг на добу на ніч доцільно використовувати у лікуванні хворих на АД.

### References

1. Belovol AN, Beregovaya AA, Kolganova NL, Kondrashova VB. Vliyaniye techeniya khronicheskikh dermatozov na kachestvo zhizni patsiyentov [The impact of chronic dermatosis on the quality of life of patients]. Dermatologiya ta venerologiya. 2012;2:27–35.
2. Dorozhenok IYu, Lvov AN. Psikhicheskiye rasstroystva v dermatologicheskoy praktike (uchebnoye posobiye) [Mental disorders in dermatological practice (study guide)]. Moscow; 2006. 64 p.
3. Ivanov OL, Lvov AN. Psikhodermatologiya: istoriya, problemy, perspektivy [Psychodermatology: history, problems, prospect]. Ros. zhurn. kozh. i ven. bol. 1999 1 28–38.
4. Katina MA. Kozhnyy зуд: uchebno-metodicheskoe posobie [Pruritus Itch: Teaching Aid]. Vitebsk: Vitebskiy gosudarstvennyy meditsinskiy universitet, 2014. S. 24.
5. Kirienko VO, Makurina HI, Yakymenko YeS. Porusheniya fiziologichnykh markeriv psikhoeotsiinoho napruzheniya ta yikh korektsiya z vykorystanniam temperaturno-miografichnoho treninhu v kompleksnii terapii psoriatichnoi khvoroby u khvorykh z nadmirnoiu masoiu tila ta arterialnoiu hipertenzieiu [Violation of physiological markers of psychoemotional stress and their correction with the use of temperature-miographic training in the complex therapy of psoriatic disease in patients with excessive body weight and arterial hypertension]. Ukrainskiy zhurnal dermatologii, venerologii, kosmetologii. 2015;1:25.
6. Kornetov NA. Semiotika, diagnostika i taktika vedeniya terapii depressivnogo rasstroystva v klinicheskoy meditsine [Semiotics, diagnostics and tactics of treatment of depressive disorder in clinical medicine]. Byulleten sibirskoy meditsiny. 2014;3(3):5–24.



9. Dimitrov D., Szepletowski J.C. Instruments to assess stigmatization in dermatology. *Postepy Hig Med Dosw (Online)*. 2017. Vol. 71. P. 901–905.  
 10. European Dermatology Forum. Update of the Guideline on Chronic Pruritus. 2014; 68 p.  
 11. Falconer W. Dissertation on the Influence of the Passions Upon Disorders of the Body. London: Dilli a. Phillips; 1788.  
 12. Marshall R. J. The pharmacology of mianserin an update. *Br J Clin Pharmacol*. 1983. Vol. 15, Suppl. 2. P. 263S–268S.  
 13. Nutten S. Atopic dermatitis: global epidemiology and risk factors. *Ann. Nutr. Metab*. 2015. Vol. 66 (suppl. 1). P. 8–16.  
 14. Whitlock F.A. Psychophysiological aspects of skin disease. London: Saunders; 1980.

7. Novik AA, Ionova TI, Kaynd P. Kontseptsiya issledovaniya kachestva zhizni v meditsine [The concept of the study of quality of life in medicine]. SPb., Elbi; 1999. 140 p.  
 8. Pavlova OV. Immunomoduliruyushchaya terapiya psoriaza u bolnykh s soputstvuyushchimi shizotipicheskimi rasstroystvami [Immunomodulatory therapy of psoriasis in patients with concomitant schizotypal disorders]. *Ros. zhurn. kozh. i ven. bol.* 2006;4:21–23.  
 9. Dimitrov D, Szepletowski J.C. Instruments to assess stigmatization in dermatology. *Postepy Hig Med Dosw (Online)*. 2017;71:901–905.  
 10. European Dermatology Forum. Update of the Guideline on Chronic Pruritus. 2014; 68 p.  
 11. Falconer W. Dissertation on the Influence of the Passions Upon Disorders of the Body. London, Dilli a. Phillips; 1788.  
 12. Marshall RJ. The pharmacology of mianserin an update. *Br J Clin Pharmacol*. 1983. Vol. 15, Suppl. 2. P. 263S–268S.  
 13. Nutten S. Atopic dermatitis: global epidemiology and risk factors. *Ann. Nutr. Metab*. 2015;66(1):8–16.  
 14. Whitlock FA. Psychophysiological aspects of skin disease. London, Saunders; 1980.

## ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ И ИХ КОРРЕКЦИЯ

Я. Ф. Кутасевич, И. А. Олейник, И. А. Маштакова, О. Н. Стулий, И. А. Пятикоп  
 ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины»

### Резюме

В работе приведены данные по изучению психосоматического состояния больных аллергодерматозами.

**Цель** – повышение эффективности лечения больных аллергодерматозами путем включения в терапевтический комплекс психотропных средств.

**Материалы и методы.** Обследовано 79 больных, из них 18 – с атопическим дерматитом, 61 – с экземой, которые были распределены в три группы. Первая группа пациентов получала антигистаминные препараты I поколения (клемастина гидрофумарат или хлоропирамина гидрохлорид), вторая – Миасер (миансерина гидрохлорид) по 10 мг в сутки, третья – Миасер и антигистаминные препараты I поколения (клемастина гидрофумарат или хлоропирамина гидрохлорид).

**Результаты.** Изучены нарушения психоэмоционального состояния больных до и после лечения. Приведены данные об эффективности комбинированного применения миансерина с антигистаминными препаратами. Депрессивные и тревожные проявления были более купированы у больных второй и третьей групп. Уменьшение степени выраженности зуда наступало раньше, чем у пациентов, не получавших миансерин.

**Выводы.** Использование в комплексном лечении больных аллергодерматозами антидепрессивного препарата, содержащего миансерина гидрохлорид, способствует уменьшению интенсивности зуда, его более раннему купированию и более раннему наступлению регресса психосоматических нарушений. Таким образом, миансерина гидрохлорид оказывает влияние не только на депрессивные тревожные расстройства, нарушения настроения и сна, но и на наличие и интенсивность зуда. Препарат, содержащий миансерина гидрохлорид, в дозе 10 мг в сутки на ночь целесообразно использовать в лечении больных аллергодерматозами.

**Ключевые слова:** аллергодерматозы, психосоматические расстройства, миансерина гидрохлорид.

## PSYCHOSOMATIC DISORDERS IN PATIENTS WITH ALLERGODERMATOSIS AND THEIR CORRECTION

Ya. F. Kutasevych, I. O. Oliinyk, I. O. Mashtakova, O. M. Stuliy, I. O. Pyatikop  
 SE «Institute of Dermatology and Venereology of NAMS of Ukraine»

### Abstract

The paper presents data on the study of the psychosomatic state of patients with allergic dermatitis.

**The objective** is increasing the treatment effectiveness for patients with allergic dermatitis by involving in the therapeutic complex of psychotropic drugs.

**Materials and methods.** We examined 79 patients, 18 of them – atopic dermatitis, 61 – eczema, which were divided into three groups. The first group of patients received antihistamines I generation (clemastine hydrofumarate or chloropyramine hydrochloride), the second – Miaser 10 mg per day, the third – Miaser and antihistamines I generation (clemastine hydrofumarate or chloropyramine hydrochloride).

**Results.** The violations of the psychoemotional status of patients before and after treatment were studied. Data on the effectiveness of combined use of mianserin with antihistamines are presented. Depressive and anxiety manifestations were more reversible in patients with the second and third groups. Reduced severity of itching occurred earlier than in patients who did not receive mianserin.

**Conclusions.** The use in complex treatment of patients with allergic dermatitis of an antidepressant drug containing mianserin hydrochloride contributes to a decrease in the intensity of itching and its earlier repression and an earlier retardation of psychosomatic disorders. Consequently, mianserin hydrochloride affects not only depressive anxiety disorders, mood and sleep disorders, but also the presence and intensity of itching. A drug containing mianserin hydrochloride, at a dose of 10 mg per day per night is expediently used in the treatment of patients with allergic dermatitis.

**Key words:** allergodermatosis, psychosomatic disorders, mianserin hydrochloride.

### Відомості про авторів:

Кутасевич Яніна Францівна – д-р мед. наук, професор, директор ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України».

Олійник Ірина Олександрівна – д-р мед. наук, ст. наук. співроб., гол. наук. співроб. відділу дерматології, інфекційних та паразитарних захворювань шкіри ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України».

Маштакова Ірина Олексіївна – канд. мед. наук, ст. наук. співроб. відділу дерматології, інфекційних та паразитарних захворювань шкіри ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України».

Стулій Ольга Миколаївна – канд. мед. наук, наук. співроб. відділу дерматології, інфекційних та паразитарних захворювань шкіри ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України».

П'ятикоп Інна Олександрівна – канд. мед. наук, мол. наук. співроб. відділу дерматології, інфекційних та паразитарних захворювань шкіри ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України».