

3. Gordiyuk, N. M. (2013). Lechenie bolnyh s perelomom nizhney chelyusti i nagnoeniem kostnoy ranyi. Visnik stomatologiyi, 4, 123–124.
4. Gulyuk, A. G., Taschyan, A. E., Gulyuk, L. N. (2012). Profilaktika oslozhneniy konsolidatsii pri perelomah nizhney chelyusti u bolnyh so strukturno-metabolicheskimi izmeneniyami kostnoy tkani. Visnik stomatologiyi, 2, 65–71.
5. Ruzin, H. P., Chyryk, O. I. (2013). Suchasni pryntsyupy medykamentoznoho likuvannya perelomiv nyzhnoi shchelepy. Ukrainskyi stomatolohichnyi almanakh, 6, 109–112.
6. Shayyab, M., Alsoleihat, F., Ryalat, S., Khraisat, A. (2012). Trends in the Pattern of Facial Fractures in Different Countries of the World. International Journal of Morphology, 30 (2), 745–756. doi: 10.4067/s0717-95022012000200065
7. Vakade, C. D., Rai, K. K., Kumar, H. R. S., Batra, J. (2014). Efficacy of post-operative antibiotics in the management of facial fractures: single day against five day regimen. Archives of CraniOroFacial Sciences, 1 (6), 76–80.
8. Sidelnikova, L. F., Dikova, I. G., Zaharova, S. M., Mogilevskaya, N. N. (2014). Effektivnaya gigiena polosti rta – vazhniy etap profilaktiki stomatologicheskikh zabolevaniy. Sovremennaya stomatologiya, 1, 66–69.
9. Armitage, G. C. (2010). Comparison of the microbiological features of chronic and aggressive periodontitis. Periodontology 2000, 53 (1), 70–88. doi: 10.1111/j.1600-0757.2010.00357.x
10. Petersen, P. E., Ogawa, H. (2005). Strengthening the Prevention of Periodontal Disease: The WHO Approach. Journal of Periodontology, 76 (12), 2187–2193. doi: 10.1902/jop.2005.76.12.2187
11. Newton, J. T., Asimakopoulou, K. (2015). Managing oral hygiene as a risk factor for periodontal disease: a systematic review of psychological approaches to behaviour change for improved plaque control in periodontal management. Journal of Clinical Periodontology, 42, S36–S46. doi: 10.1111/jcpe.12356
12. Løe, H. (2000). Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease. International Dental Journal, 50 (3), 129–139. doi: 10.1111/j.1875-595x.2000.tb00553.x

Дата надходження рукопису 13.06.2016

Барило Олександр Семенович, доктор медичних наук, доцент, кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії, Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018
E-mail: alexandrb381@gmail.com

Кравчук Павло Олександрович, лікар, відділення щелепно-лицевої хірургії, Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М. І. Пирогова, вул. Пирогова, 46, м. Вінниця, Україна, 21018
E-mail: wtfsidspears13@gmail.com

УДК 616.8-009:616.89-052

ОСОБИСТІСНІ ПАТЕРНИ У ХВОРИХ З ВУГРОВОЮ ХВОРОБОЮ

© М. В. Литвиненко

Вугрова хвороба – це актуальна проблема сучасної дерматології та психодерматології. У хворих з хронічним перебігом акне виявлено наростання невротизації, психічної нестабільності, підвищення ситуативної агресивності, схильність до депресивного відреагування, інтровертованості, зниження комунікабельності, підвищення сором'язливості. Дестабілізуючий вплив особистісних рис на стан психологічної та психосоціальної адаптації, вказував на необхідність розробки комплексної програми медико-психологічної допомоги

Ключові слова: вугрова хвороба, пацієнти, особистісні патерни, медико-психологічна допомога, психологічні мішені, психодерматологія

Acne is an actual problem of the modern dermatology and psychodermatology. In patients of near 20 years old acne usually regresses, but in 10–20 % dermatosis becomes chronic.

Aim – study of the personal features of patients with acne.

Materials and methods. 142 patients with chronic acne took part in the research – main group (MG), 75 female persons and 67 male ones, and 70 interrogated without dermal or whatever chronic somatic pathology – the group of comparison (GC), 35 girls and 35 boys, respectively. Freiburg personal questionnaire of B (FPI-B) form was used as diagnostic instrument.

Results. Patients with acne had more intense neurosality, depression, irritability, reactive aggression, shyness, emotional lability, introversion, in somatically healthy persons were observed communicativeness, equability, openness and extraversion, $p < 0,05$. In the structure of manifestation of personal features among interrogated from MG the part of persons with low neurosality, depression, reactive aggression was less and the one with middle level of inclination to depressive reaction and reactive aggression, low openness, introversion was more, $p < 0,05$. In patients with acne were separated several specific personal profiles: neurotic, introverted-depressive, aggressive-labile, sensitive, compensated ones.

Conclusions. Thus, in patients with acne were revealed personal features that distinguished them from the persons without chronic dermal pathology. In patients with chronic course of acne was revealed the growth of neuroticism, psychic instability, raise of situational aggression, inclination to depressive reaction, introversion, decrease of communicativeness, raise of shyness. Destabilizing influence of personal features on the state of psychological and psychosocial adjustment indicated the necessity of elaboration of the complex program of medical-psychological help

Keywords: acne, personal patterns, medical-psychological help, psychological targets, psychodermatology

1. Вступ

Вугрова хвороба – це одна з найпоширеніших проблем, з якою пацієнти звертаються до дерматологів та косметологів. Захворювання найчастіше починається у підлітковому віці, близько 85 % осіб мають дану патологію [1, 2]. У більшості пацієнтів близько 20 років акне регресують, однак у 10–20 % хворих дерматоз стає хронічним [3].

Стосовно вугрової хвороби можна виділити три основні рівні взаємозв'язків її патогенезу з психоемоційним станом [4]: загальні генетичні фактори і фактори навколишнього середовища, які спричиняють як розвиток вугрової хвороби, так і порушення ментальної сфери; провокація розвитку нозогенних психічних розладів косметичним дефектом; вплив змін психічної сфери на перебіг вугрової хвороби. Патогенетичними ланками вугрової хвороби у молодих пацієнтів вважають транзиторні зміни гормонального фону, пов'язані з різними емоційними реакціями [5]. Таким чином, стрес, пов'язаний з переживаннями з приводу своєї зовнішності, викликає патологічні гормональні реакції, які ще більш посилюють перебіг захворювання.

Хронічний рецидивуючий перебіг вугрової хвороби, локалізація уражень на видимих ділянках шкіри, погіршують якість життя пацієнтів та спричиняють розвиток психічних зрушень [6–8].

2. Обґрунтування дослідження

Формування психічних розладів взаємопов'язане з індивідуальними особливостями особистості. J. Коо та С. Лее виділяють дві групи хворих за критерієм впливу преморбідних особливостей у відреагуванні на порушення зовнішності [9]:

а) пацієнти, для яких стан шкіри стержневий компонент у побудові їх самооцінки, відповідно найменша недосконалість або дерматологічне захворювання порушує їх психічну рівновагу;

б) хворі, які вважають зовнішність малозначною, що у разі виникнення шкірної патології незначно відображається на психічному стані.

Особистісні властивості пацієнтів з соматичними захворюваннями відіграють важливу роль у відреагуванні на соматичне захворювання та поведінку під час лікування, що відображається як на психологічній адаптації так і на ефективності терапевтичних заходів. Виявлено, що підлітки, у яких виявлено проблеми з комплаєнсом мають своєрідні особливості особистісного розвитку [4]. Вони

відрізняються підвищеною або неадекватно зниженою тривожністю, особливостями спілкування (загальний низький рівень розвитку спілкування, переважання спілкування з дорослим в порівнянні зі спілкуванням з однолітками), інтересами (нерозвиненість інтересів, вузькість, прагматична спрямованість), специфічною самосвідомістю (переважна орієнтація або на зовнішній вигляд, або на внутрішній образ «Я»).

Психічні порушення пов'язані з патологічними типами реакції особистості на хворобу, є вторинними психологічними симптомокомплексами, що здатні самостійно приводити до соціальної дезадаптації [10].

3. Мета дослідження

Вивчення особистісних особливостей хворих з вугровою хворобою в аспекті визначення мішеней медико-психологічного впливу на їх психологічну та психосоціальну адаптацію.

4. Контингент та методи дослідження

Дослідження проводилося на базі Дочірнього підприємства Медичне науково-практичне об'єднання «Медбуд» ПАТ ХК «Київміськбуд» протягом 2014–2016 років. У тестуванні прийняло участь 142 хворих з вугровою хворобою з хронічним перебігом – основна група (ОГ), з них 75 осіб жіночої та 67 чоловічої статі (ОГ1 та ОГ2), і 70 опитуваних без шкірної чи будь-якої хронічної соматичної патології – група порівняння (ГП), відповідно 35 дівчат та 35 хлопців (ГП1 та ГП2).

У якості діагностичного інструментарію було використано Фрайбурзький особистісний опитувальник форми В (FPI-B) [11].

Математико-статистична обробка результатів дослідження проводилась з використанням пакетів спеціалізованого програмного забезпечення (SPSS 12.0 for Windows, Excel) за допомогою критеріїв перевірки статистичних гіпотез.

5. Результати дослідження

На основі статистичної обробки результатів тестування були отримані дані вираженості особистісних рис у пацієнтів з вугровою хворобою та соматично здорових осіб (табл. 1).

Окрім загальної вираженості особистісних рис у групах пацієнтів з вугровою хворобою та соматично здорових осіб було проаналізовано відмінності з урахуванням гендерної приналежності (табл. 2).

Таблиця 1

Вираженість особистісних рис у опитуваних ОГ та ГП, $\bar{x} \pm \sigma$

Параметри	ОГ, n=142	ГП, n=70
Невротичність	5,3±1,3*	4,5±2,0*
Спонтанна агресивність	4,1±1,1	3,8±0,8
Депресивність	5,2±1,5*	4,4±1,5*
Дратівливість	5,3±1,6*	4,6±1,3*
Комунікабельність	5,0±1,4*	5,6±1,1*
Врівноваженість	5,0±1,2*	5,8±1,2*
Реактивна агресивність	4,4±1,0*	4,0±1,1*
Сором'язливість	5,4±1,5*	4,8±1,2*
Відкритість	5,2±1,3*	5,8±1,1*
Екстраверсія/інтроверсія	4,7±1,2*	5,5±1,0*
Емоційна лабільність	5,0±1,4*	4,4±1,3*
Маскулінізм/фемінізм	4,9±1,2	5,1±1,5

Примітка: * – достовірність різниці на рівні $p < 0,05$

Таблиця 2

Вираженість особистісних рис у опитуваних в залежності від статі, $\bar{x} \pm \sigma$

Параметри	ОГ1, n=75	ГП1, n=35	ОГ2, n=67	ГП2, n=35
Невротичність	5,5±1,2*	4,7±2,0*	5,1±1,3*	4,3±2,0*
Спонтанна агресивність	3,9±1,0	3,7±0,6	4,2±1,1	4,0±1,0
Депресивність	5,4±1,5*	4,7±1,5*	4,9±1,6*	4,1±1,5*
Дратівливість	5,6±1,6*!	4,8±1,3*	4,8±1,6!	4,4±1,3
Комунікабельність	4,8±1,3*	5,5±1,0*	5,1±1,4*	5,8±1,2*
Врівноваженість	4,9±1,3*	5,6±0,9*	5,0±1,1*	5,9±1,4*
Реактивна агресивність	4,2±1,0*	3,7±0,9*!	4,5±1,0	4,3±1,2!
Сором'язливість	5,5±1,5*	4,9±1,4*	5,2±1,5*	4,7±1,0*
Відкритість	5,2±1,3*	5,7±0,9*	5,1±1,3*	5,8±1,2*
Екстраверсія/інтроверсія	4,6±1,2*	5,5±0,9*	4,8±1,3*	5,6±1,2*
Емоційна лабільність	5,2±1,3*!	4,6±1,4*	4,7±1,4!	4,2±1,3
Маскулінізм/фемінізм	4,2±0,7!	3,9±0,8!	5,8±1,0*!	6,3±1,0*!

Примітка: * – достовірність різниці на рівні $p < 0,05$ між опитуваними ОГ та ГП (міжгрупова), ! – внутрішньогрупова

Середні показники вираженості особистісних характеристик по групах було доповнено аналізом структури рис в залежності від рівня їх прояву – низького, середнього чи високого, що дало додаткову інформацію для розуміння формування індивідуально-психологічних особливостей (табл. 3–5). У табл. 3 наведені дані щодо загальної структури особистісних патернів, 4 та 5 – представлені результати окремо для жінок та чоловіків відповідно.

Таблиця 3

Структура особистісних рис в залежності від рівня прояву, %

Риса/рівень прояву	ОГ, n=142			ГП, n=70		
	Н	С	В	Н	С	В
Невротичність	5,6*	80,3	14,1	18,7*	65,3	9,3
Спонтанна агресивність	33,8	61,3	4,9	38,6	61,4	0
Депресивність	16,2*	62,0*	21,8	37,3*	41,3*	14,7
Дратівливість	14,8	63,4	21,8	21,3	61,3	10,7
Комунікабельність	15,5*	71,1	13,4	4,0*	66,7	22,7
Врівноваженість	9,9	75,4	14,8	5,3	66,7	21,3
Реактивна агресивність	19,7*	76,8*	3,5	41,3*	49,3*	2,7
Сором'язливість	16,9	62,7	20,4	13,3	70,7	9,3
Відкритість	12,7*	75,4	12,0	0*	76,0	17,3
Екстраверсія/інтроверсія	11,3*	82,4	6,3	0*	80,0	13,3
Емоційна лабільність	19,0	66,9	14,1	30,7	54,7	8,0
Маскулінізм/фемінізм	11,3	76,8	12,0	20,0	57,3	16,0

Примітка: * – достовірність різниці на рівні $p < 0,05$; Н – низький рівень прояву, С – середній рівень прояву, В – високий рівень прояву

Таблиця 4

Структура особистісних рис в залежності від рівня прояву серед жінок, %

Риса/рівень прояву	ОГ1, n=75			ГП1, n=35		
	Н	С	В	Н	С	В
Невротичність	0*	86,7	13,3	17,1*	68,6	14,3
Спонтанна агресивність	38,7	57,3	4,0	40,0	60,0	0
Депресивність	12,0	62,7	25,3	25,7	57,1	17,1
Дратівливість	8,0	64,0	28,0	20,0	65,7	14,3
Комунікабельність	21,3*	69,3	9,3	0*	82,9	17,1
Врівноваженість	14,7	69,3	16,0	0	85,7	14,3
Реактивна агресивність	24,0*	73,3*	2,7	54,3*	45,7*	0
Сором'язливість	13,3	62,7	24,0	28,6	57,1	14,3
Відкритість	12,0*	76,0	12,0	0*	88,6	11,4
Екстраверсія/інтроверсія	9,3*	85,3	5,3	0*	94,3	5,7
Емоційна лабільність	13,3	73,3	13,3	25,7	62,9	11,4
Маскулінізм/фемінізм	20,0	80,0	0	42,9	57,1	0

Примітка: * – достовірність різниці на рівні $p < 0,05$; Н – низький рівень прояву, С – середній рівень прояву, В – високий рівень прояву

Таблиця 5
Структура особистісних рис в залежності від рівня прояву серед чоловіків, %

Риса/рівень прояву	ОГ2, n=67			ГП2, n=35		
	Н	С	В	Н	С	В
Невротичність	11,9	73,1	14,9	22,9	71,4	5,7
Спонтанна агресивність	28,3	65,7	6,0*	37,1	62,9	0*
Депресивність	20,9*	61,2*	17,9	54,3*	31,4*	14,3
Дратівливість	22,4	62,7	14,9	25,7	65,7	8,6
Комунікабельність	9,0	73,1	17,9	8,6	60,0	31,4
Врівноваженість	4,5	82,1	13,4	11,4	57,1	31,4
Реактивна агресивність	14,9*	80,6*	4,5	34,3*	60,0*	5,7
Сором'язливість	20,9	62,7	16,4	0	94,3	5,7
Відкритість	13,4*	84,6	11,9	0*	74,3	25,7
Екстраверсія/інтроверсія	13,4	79,1	7,5	0	77,1	22,9
Емоційна лабільність	25,4	59,7	14,9	40,0	54,3	5,7
Маскулінізм/фемінізм	1,5	73,1	25,4	0	65,7	34,3

Примітка: * – достовірність різниці на рівні $p < 0,05$; Н – низький рівень прояву, С – середній рівень прояву, В – високий рівень прояву

Визначення вираженості та структури особистісних характеристик виявило суттєві відмінності у досліджуваних групах, аналіз та інтерпретація яких мала практичне клінічне значення.

6. Обговорення результатів дослідження

У пацієнтів з вугровою хворою були більш вираженими невротичність ($5,3 \pm 1,3$ балів у ОГ проти $4,5 \pm 2,0$ балів у ГП), депресивність ($5,2 \pm 1,5$ балів проти $4,4 \pm 1,5$ балів), дратівливість ($5,3 \pm 1,6$ балів проти $4,6 \pm 1,3$ балів), реактивна агресивність ($4,4 \pm 1,0$ балів проти $4,0 \pm 1,1$ балів), сором'язливість ($5,4 \pm 1,5$ балів проти $4,8 \pm 1,2$ балів), емоційна лабільність ($5,0 \pm 1,4$ балів проти $4,4 \pm 1,3$ балів), інтроверсія ($4,7 \pm 1,2$ балів), у соматично здорових осіб – комунікабельність ($5,6 \pm 1,1$ балів у ГП та $5,0 \pm 1,4$ балів у ОГ), врівноваженість ($5,8 \pm 1,2$ балів проти $5,0 \pm 1,2$ балів), відкритість ($5,8 \pm 1,1$ балів проти $5,2 \pm 1,3$ балів) та екстраверсія ($5,5 \pm 1,0$ балів, табл. 1), $p < 0,05$.

Гендерне порівняння вираженості особистісних рис у хворих та здорових респондентів виявило відповідність до загальногрупових показників за виключенням відсутності достовірної різниці у результатах щодо спонтанної агресивності незалежно від статі, дратівливості та емоційної лабільності у чоловіків (табл. 2).

Внутрішньогрупові відмінності полягали у тому, що у ОГ були вищими прояви дратівливості ($5,6 \pm 1,6$ балів у ОГ1 проти $4,8 \pm 1,6$ балів у ОГ2) та емо-

ційної лабільності у жінок ($5,2 \pm 1,3$ балів проти $4,7 \pm 1,4$ балів), у ГП – реактивної агресивності у чоловіків ($4,3 \pm 1,2$ балів у ГП2 та $3,7 \pm 0,9$ балів у ГП1), $p < 0,05$.

У структурі прояву особистісних рис серед опитуваних ОГ була меншою частка осіб з низькою невротичністю (5,6 % проти 18,7 %), депресивністю (16,2 % проти 37,3 %), реактивною агресивністю (19,7 % проти 41,3 %) та більшою із середнім рівнем схильності до депресивного реагування 62,0 % проти 41,3 %) та реактивної агресивності (76,8 % проти 49,3 %), низькою відкритістю (12,7 % проти 0 %), інтроверсією (11,3 % проти 0 %), $p < 0,05$, табл. 3. Гендерний аналіз виявив, що у структурі характерологічних рис серед жінок відмінними були відсутність у ОГ осіб з низьким рівнем невротичності (0 % у ОГ1 проти 17,1 % у ГП1), більша доля осіб з низькою вираженістю комунікабельності (21,3 % проти 0 %), відкритості (12,0 % проти 0 %), інтроверсії (9,3 % проти 0 %), та середнім рівнем реактивної агресивності (73,3 % проти 45,7 %), $p < 0,05$, табл. 4. У чоловіків була більша частка опитуваних з середнім та менша з низьким рівнем для депресивності (61,2 % у ОГ2 проти 31,4 % у ГП2; 20,9 % проти 54,3 %) та реактивної агресивності (80,6 % проти 60,0 %; 14,9 % проти 34,3 %), з низькими проявам відкритості (13,4 % проти 0 %), $p < 0,05$, табл. 5.

У пацієнтів з вугровою хворобою було виділено ряд специфічних особистісних профілів: невротичний, інтровертовано-депресивний, агресивно-лабільний, сензитивний, компенсований. Невротичний психотип (26,5 %) характеризувався невротичністю, нестійкістю та мінливістю афективних реакцій, дратівливістю, психічною виснажливістю, тривожністю. Інтровертовано-депресивному типу (17,7 %) були притаманні замкненість, низька комунікабельність, інтроверсія, схильність до відреагування на стрес зниженням настрою, песимізм. Агресивно-лабільний тип (7,5 %) проявлявся підвищеною агресивністю, неврівноваженістю емоційної сфери, дратівливістю, замкненістю. Для сензитивного психотипу (25,2 %) були властиві підвищена міжособистісна чутливість, сором'язливість, інтровертованість. Компенсований тип (23,1 %) характеризувався відкритістю, комунікабельністю, врівноваженістю. Наявність дестабілізуючих особистісних патернів несприятливо відобразалося на психологічній та психосоціалній адаптації пацієнтів.

7. Висновки

Таким чином, у хворих з акне були виявлені особистісні особливості, які відрізняли їх від осіб без хронічної дерматологічної патології. У пацієнтів з хронічним перебігом вугрової хвороби відмічалось наростання невротизації, психічної нестабільності, підвищення ситуативної агресивності, схильність до депресивного відреагування, замикання на собі зі зниженням комунікабельності і підвищенням сором'язливості, що відобразалося на індивідуально-психічній та психосоціалній адаптації. Окрім зміни вираженості ряду персональних

характеристик, визначено їх змістовне поєднання у психологічні типи з домінуванням певних особистісних рис, що мало важливе практичне значення для диференціації та індивідуалізації заходів медико-психологічного впливу для даного профілю пацієнтів.

Література

1. Keri, J. What's new in acne and rosacea? [Text] / J. Keri // *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*. – 2016. – Vol. 35, Issue 2. – P. 103–106. doi: 10.12788/j.sder.2016.030

2. Шупенко, О. М. Вугрова хвороба у чоловіків: сучасний стан проблеми та актуальність визначення комплексу додаткових чинників і механізмів, що мають значення у патогенезі дерматозу [Текст] / О. М. Шупенко, В. І. Степаненко // *Косметологія*. – 2009. – № 4 (35). – С. 46–61.

3. Collier, C. N. The prevalence of acne in adults 20 years and older [Text] / C. N. Collier, J. C. Harper, W. C. Cantrell, W. Wang, K. W. Foster, B. E. Elewski // *Journal of American Academy of Dermatology*. – 2008. – Vol. 58, Issue 1. – P. 56–59. doi: 10.1016/j.jaad.2007.06.045

4. Носачева, О. А. Психоемоциональное состояние детей и подростков с угревой болезнью [Текст] / О. А. Носачева, Г. А. Каркашадзе, Л. С. Намазова-Баранова // *Педиатрическая фармакология*. – 2012. – Т. 9, № 4. – С. 42–47.

5. Горячкина, М. В. Современные представления о патогенезе, клинике и терапии акне у женщин [Текст] / М. В. Горячкина, Т. А. Белоусова // *Русский медицинский журнал*. – 2012. – № 22. – С. 1153–1157.

6. Наумова, Л. О. Гормональні порушення як вагомий патогенетичний чинник виникнення вугрової хвороби у жінок [Текст] / Л. О. Наумова // *Міжнародний ендокринологічний журнал*. – 2014. – № 5 (61). – Режим доступу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/39145#prettyPhoto>

7. Волошина, Н. О. Оцінка якості життя у хворих на вульгарні вугри (акне) [Текст] / Н. О. Волошина // *Буковинський медичний вісник*. – 2014. – Т. 18, № 3 (71). – С. 39–42.

8. Голоусенко, И. Ю. Качество жизни и психологический статус женщин с акне [Текст] / И. Ю. Голоусенко, К. Б. Ольховская, А. О. Ляпон // *Лечебное дело*. – 2012. – № 4. – С. 15–19.

9. Koo, J. *Psychocutaneous Medicine* [Text] / J. Koo, C. Lee. – New York, 2003. – 376 p.

10. Волкова, Н. В. Психосоматические аспекты акне [Текст] / Н. В. Волкова, Л. К. Глазкова // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. – 2013. – № 4. – С. 51–54.

11. Вансовская, Л. И. *Практикум по экспериментальной и практической психологии* [Текст]: учеб. пос. / Л. И. Вансовская, В. К. Гайда, В. К. Гербачевский и др. – СПб.: Издательство С.-Петербургского университета, 1997. – 312 с.

References

1. Keri, J. (2016). What's new in acne and rosacea? *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*, 35 (2), 103–106. doi: 10.12788/j.sder.2016.030

2. Shupenko, O. M., Stepanenko, V. I. (2009). Acne in men: Current state and importance of the definition set of additional factors and mechanisms that are significant in the pathogenesis of dermatosis. *Cosmetology*, 4 (35), 46–61.

3. Collier, C. N., Harper, J. C., Cantrell, W. C., Wang, W., Foster, K. W., Elewski, B. E. (2008). The prevalence of acne in adults 20 years and older. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 58 (1), 56–59. doi: 10.1016/j.jaad.2007.06.045

4. Nosacheva, O. A., Karkashadze, G. A., Namazov-Baranova, L. S. (2012). Psycho-emotional state of children and adolescents with acne. *Pediatric Pharmacology*, 9 (4), 42–47.

5. Horyachkyna, M. V., Belousova, T. A. (2012). Modern knowledge about pathogenesis, clinic and therapy of acne in women. *Russian Medical Journal*, 22, 1153–1157.

6. Naumova, L. O. (2014). Hormonal disorders as an important pathogenetic factors of acne in women. *International Journal of Endocrinology*, 5 (61). Available at: <http://www.mif-ua.com/archive/article/39145#prettyPhoto>

7. Voloshina, N. O. (2014). Assessment of quality of life in patients with acne vulgaris. *Bukovina Medical Journal*, 18/3 (71), 39–42.

8. Holousenko, I. Y., Olhovskaya, K. B., Lyapon, A. O. (2012). Quality of life and psychological status of women with acne. *Medical practice*, 4, 15–19.

9. Koo, J., Lee, C. (2003). *Psychocutaneous Medicine*. New York, 376.

10. Volkova, N. V., Glazkova, L. K. (2013). Psychosomatic aspects of acne. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*, 4, 51–54.

11. Vansovskaya, L. I., Hayda, V. K., Gerbachevsky, V. K. et. al. (1997). *Experimental and Applied Psychology*. Sankt-Peterburg: St. Petersburg University, 312.

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Маркова М. В.
Дата надходження рукопису 23.05.2016*

Литвиненко Максим Валерійович, лікар-дерматолог, дочірнє підприємство «Медбуд» ПАТ ХК «Київміськбуд», пр. Червонозоряний, 17, м. Київ, Україна, 03037
E-mail: medbud@kiev.ua