

Нервно-психические расстройства в сравнительно-возрастном аспекте у детей с atopическим дерматитом

Соколова И.В., врач-психотерапевт медицинского центра «Уральский», г. Екатеринбург
Ретюнский К.Ю., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии ГОУ ВПО УГМА
Росздрава, г. Екатеринбург

Neuropsychic disorders in rather-age aspect at children with atopic dermatitis

Sokolova I.V., Retyunskiy K.Yu.

Резюме

Цель настоящей работы заключалась в установлении клинико-параклинических закономерностей возникновения и развития нервно-психических расстройств у детей с atopическим дерматитом (АД) в сравнительно-возрастном аспекте ради разработки биопсихосоциального подхода к лечению и реабилитации. Суть подхода заключалась в комплексной патогенетической психотерапии, психологической и нейропсихологической коррекции, социальной и педагогической работе. В основную группу были включены 105 детей в возрасте от 3 до 12 лет страдающих АД. С учетом результатов проведенного исследования была предложена психоневрологическая модель патогенеза АД, основанная на функциональной дефицитности корковых функций и дисрегуляции корково-подкорковых взаимодействий, приводящих к дисфункцию вегетативных центров и нарушению регуляции обменных (трофических) процессов кожи. Использование комплексной медико-психолого-социальной реабилитации детей с АД позволяет добиться более высоких терапевтических результатов.

Ключевые слова: atopический дерматит, диагностика, патогенез, терапия

Summary

The work purpose was the establishment of clinical-paraclinical laws of occurrence and development of psychological frustration at atopic dermatitis in rather-age aspect and working out of the biopsychosocial approach to treatment and rehabilitation of children about AD including: complex pathogenetic psychopharmacotherapy, principles of psychological correction, social work. 105 children have been included in the basic group at the age from 3 till 12 years suffering AD. Taking into account results of the carried out research we develop psychoneurological model pathogenesis AD, caused functional immaturity the cortex of cerebral hemispheres breaking regulation of cortex-subcortex interactions, the vegetative centres defining dysfunction participating in regulation of exchange (trophic) processes of a skin. Application of the complex approach to medical psychological and social rehabilitation of children about AD allows to achieve better results in treatment.

Key words: atopic dermatitis, diagnostics, pathogenesis, therapy

Введение

Атопический дерматит является частым заболеванием в детской дерматологической практике. Следует отметить, что в последние годы отмечается постоянное увеличение числа детей, страдающих этой патологией. Наблюдается заметное утяжеление клинических проявлений и соболезенных ему нервно-психических расстройств в различных возрастных группах. Так, согласно данным исследователей, заболеваемость АД в популяции развитых стран достигает 5-20% населения [1, 2], среди детей от 13 до 37% [3]. Лечение atopического дерматита в силу недостаточно изученного патогенеза представ-

ляет сложную терапевтическую задачу. Несмотря на всеобщее признание важной роли нервно-психических нарушений в развитии данного заболевания, стандарты терапии представляют собой преимущественно симптоматическое лечение поражений кожных покровов [4-7]. Как следствие, неубедительные результаты терапии. Все вышесказанное предопределило цель настоящего исследования.

Цель исследования заключалась в установлении клинико-параклинических закономерностей становления и развития нервно-психических расстройств при atopическом дерматите в сравнительно-возрастном аспекте ради оптимизации лечебно-реабилитационных подходов.

Материалы и методы

Выборка больных определялась целью исследования. В основную группу были включены 105 детей в возрасте от 3 до 12 лет, состоящих на учете дерматолога по поводу atopического дерматита длительностью течения с момента манифестации не менее 2-х лет. Дополнительно

Ответственный за ведение переписки -
Соколова Ирина Викторовна,
620027, Екатеринбург, пер. Красный 4, корп. А., кв. 29
Моб. телефон 89122496453;
E-mail: asokol@k66.ru

ным критерием включения в основную группу являлся общий интеллектуальный показатель (ОИП) по шкале Векслера во всех случаях не ниже среднего уровня (≥ 90 баллов). К критериям исключения отнесены случаи атопического дерматита с сопутствующей умственной отсталостью, дегенеративными заболеваниями ЦНС, эпилепсией, шизофренией.

Контрольную группу составили дети, соответствующие по полу и возрасту, показателям интеллекта основной группе, но без клинических проявлений атопического дерматита в количестве 30 человек для каждой возрастной группы.

Учитывая сравнительно-возрастной подход к исследованию, дети основной группы были разбиты на подгруппы: 3-6 лет – 44 ребенка - 41,9% (24 мальчика и 20 девочек), 7-8 лет – 40 детей – 38,1% (26 мальчиков и 14 девочек), 9-12 лет – 21 ребенок – 20% (9 мальчиков и 12 девочек).

Клинико-anamnestическое, клинко-психопатологическое, клинко-динамическое, клинко-катамнестическое исследования дополнялись неврологическим обследованием по общепринятой схеме (Л.О. Бадалян, 1984), электрофизиологическим, ультразвуковым (УЗДГ) и нейропсихологическим исследованием («Детская нейропсихологическая методика» Т.В. Ахутиной) [8].

Для оценки эффективности разработанной комплексной лечебно-реабилитационной программы для детей с АД нами были использованы критерии клинической и статистической значимости изменений, процентная доля пациентов с улучшением, стойкость изменений, степень негативных эффектов. Для комплексной оценки тяжести клинических проявлений АД рассчитывался индекс SCORAD.

Полученные результаты обрабатывались с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0, приведены в форме $M \pm \sigma$. Достоверными различия сравниваемых показателей считались при $P < 0,05$.

Результаты и обсуждение

В ходе настоящего исследования проведен глубокий анализ всех факторов, внутренних (биологических) и внешних (средовых), оказывающих влияние на возникновение АД, а также изучались нервно-психические нарушения у детей с данной патологией. При анализе анамнестических данных установлено влияние генетической предрасположенности к АД в 68 случаях (64,8%; $n=105$). Патогенные факторы пренатального и перинатального периода, обуславливающие церебральную недостаточность, определялись во всех случаях основной группы.

Манифестация атопического дерматита у 95 детей (90%, $n=105$) основной группы произошла на первом году жизни. Психотравмирующие ситуации, вероятно, имели ограниченное значение в качестве триггерного фактора при АД. Почти в половине случаев (43,8% случаев) родителями отмечались изменение привычного уклада жизни ребенка, испуг, эмоциональное напряжение в дисгармоничных семьях. В остальных случаях дебют

АД произошел на фоне внешнего благополучия.

В возрасте до 3-х лет у детей основной группы преобладали синдромы органической невропатии (96 случаев, 91,4%; $n=105$), в дошкольном возрасте, с 4 до 7 лет доминировал астено-гипердинамический синдром (83 случая - 79%; $n=105$), в младшем школьном возрасте ведущими являлись нарушения церебрального ряда с эмоциональной лабильностью, раздражительной слабостью, формированием аффективно-возбудимых черт, дисфориеподобных пароксизмов (53,3%). В 44,8% атопический дерматит провоцировал возникновение неврогических реакций у детей, чаще отражающих реакцию личности «избегаящего типа» на генерализованные кожные проявления.

По результатам неврологического исследования в основной группе в подавляющем большинстве случаев (91 случай – 86,7%; $n=105$) обнаруживалось 5 и более резидуально-неврологических знаков, свидетельствующих о резидуально-органическом поражении головного мозга.

У детей, страдающих АД, были выявлены три типа ЭЭГ-картины:

1. Нормальный тип – 7 детей (6,7%; $n=105$);
2. Пограничный тип – 75 детей (71,4%; $n=105$);
3. Патологический тип – 23 ребенка (21,9%; $n=105$).

Особенности ЭЭГ пограничного и патологического типа свидетельствуют в пользу органического поражения головного мозга во всех возрастных группах (дизритмичность – 77,1%, эпилептиформность в фоновой записи – 21,9% и при нагрузке – 65,7%). Преимущественная локализация очагов патологической активности при АД отнесена к лимбико-ретикулярным подкорковым структурам.

Анализ проведенного нейропсихологического исследования показал, что в подавляющем большинстве исследуемых случаев (более 95%) установлены многочисленные зоны дефицитарности, свидетельствующие о несформированности большого числа нейропсихологических функций. Нейропсихологические нарушения при АД обусловлены функциональной недостаточностью глубинных мозговых структур (лимбико-ретикулярного комплекса).

По данным УЗДГ сосудов головы и шеи установлено, что в 93 случаях (88,6%; $n=105$) у детей с АД определяется синдром церебральной ангиодистонии с наиболее характерным признаком в виде гиперконстрикторной реакции на функциональные нагрузки. Отмечалось статистически достоверное повышение, как линейной скорости кровотока (ЛСК) в артериях вертебробазиллярного бассейна, так и индекса резистентности при сохранении ламинарности потока, что являлось отражением повышенного тонуса артерий. На основании косвенных ультразвуковых признаков у всех больных основной группы выявлялась умеренная венозная дисциркуляция в виде асимметрии потоков по венам Розенталя, ретроградных потоков по глазничным венам при сохранении, или даже усилении, потоков по вертебральным венам при ортостазе. Дилатированное венозное русло при спазмирован-

ных артериях определяло возникновение повышенного внутричерепного давления. В 74,3% случаев в основной группе были установлены ультразвуковые признаки экстравазальной компрессии сосудов в сегменте V3 (уровень сегментов шейных позвонков C1-C2), что с высокой степенью вероятности может служить указанием на перинатальную травму с дислокацией позвонков шейного отдела данной локализации.

С учетом полученных результатов в настоящем исследовании получило обоснование психоневрологическая модель патогенеза АД. Согласно которой, патогенез АД связан с дисрегуляцией корково-подкорковых взаимодействий, обусловленных влиянием патогенных факторов на ранних этапах онтогенеза. Как следствие, дисфункция вегетативных центров предопределяет нарушение обменных (трофических) процессов кожи и формирование клинических признаков АД. Выявление «у истоков» болезни «слабых звеньев центральной регуляции», нарушающих структурно-функциональную организацию мозга, с последующей комплексной коррекцией является эффективным вектором оптимизации терапии АД.

Нами был предложен биопсихосоциальный подход к лечению и реабилитации детей с АД, включающий комплексную патогенетическую психофармакотерапию, нейропсихологическую и психологическую коррекцию, социальную и педагогическую работу.

Комплексная терапия проводилась 76 детям с АД и включала стандартную базовую терапию в пределах медико-экономических стандартов по дерматологии, принятых правительством Свердловской области, и оригинальные методы, являющиеся авторскими разработками.

Для комплексной оценки тяжести клинических проявлений рассчитывался индекс SCORAD, среднее значение которого до начала терапии составило $78,4 \pm 2,6$. Клинический контроль эффективности терапии проводился до начала лечения и далее один раз в неделю в течение восьми недель. Группу сравнения составили 30 детей в возрасте 3-12 лет, получавших традиционную терапию дерматолога.

Принимая за основу утверждение, что измененный мозг является психической основой патофизиологических механизмов АД, в комплекс психофармакотерапии нами включены ноотропные, сосудистые, дегидратационные, рассасывающие средства, принимаемые курсами по 30 дней и повторяемые до 4 раз в год в течение 2-3-х лет.

С учетом наличия клинических признаков пароксизмальности мозга (парасомнии, дисфории, сопутствующих АД заикание, тики, энурез) и параклинических данных (эпилептиформная активность на ЭЭГ) спектр используемых психофармакологических препаратов должен быть расширен за счет подключения к терапии антиконвульсантов. Преимущественная генерализованная патологическая активность в подкорковых структурах, согласно данным ЭЭГ, позволяет в качестве препарата выбора использовать вальпроовую кислоту и ее соли, вальпроаты (конвулекс, конвульсофин, депакин). Парциаль-

ная активность в корковых отделах делала предпочтительней и целесообразней назначения препаратов карбамазепина (финлепсин-ретард, тегретол ЦР).

В ходе настоящего исследования наибольшая эффективность терапии АД вальпроатами (конвульсофин) достигнута при суточной дозе – 15-20 мг/кг, распределенной на 2 приема. Средняя терапевтическая доза конвульсофина у детей 3-6 лет с АД составляет 0,15-0,3 г/сут., для детей 7-8 лет 0,3-0,45 г/сут., у детей 9-12 лет – 0,45-0,6 г/сут.

Парциальная активность делала предпочтительней назначения препаратов карбамазепина (финлепсин-ретард, тегретол ЦР). Карбамазепин использовался в дозе 10-20 мг/кг, также распределенный на 2 приема в сутки.

Воздействие на ключевые механизмы патогенеза способствовало редукции кожной симптоматики при АД, так и коморбидных нервно-психических нарушений психорганического круга. Подбор лекарственных средств и дозировок проводился с учетом физиологических особенностей, возраста ребенка, побочных действий препаратов, характера течения и степени выраженности кожных проявлений АД, сопутствующих нервно-психических нарушений.

Целесообразность длительной курсовой медикаментозной терапии противоорганическими средствами не менее 2-3 лет, несмотря на достигнутое наступление ремиссии кожных проявлений АД в течение первых месяцев терапии, определялась практическим отсутствием рецидивов. Досрочное прекращение терапии в подавляющем большинстве случаев обуславливал обострение течения кожного процесса.

К другим вспомогательным методам терапии АД относятся нейропсихологическая коррекция, психотерапия, социальная работа, фитотерапия, физиотерапия и рефлексотерапия.

Критериями эффективности терапии служили нормализация общего состояния ребенка, сокращение сроков достижения ремиссии кожного процесса и ее продолжительность. Клинический мониторинг показал, что применение комплексного биопсихосоциального подхода в терапии больных атопическим дерматитом детей способствовало уменьшению воспалительных явлений, инфильтрации и лихенификации кожи в местах высыпаний уже на 5-9 (в среднем на 7) день терапии. У детей, получавших традиционную терапию, улучшение состояния с уменьшением воспалительных явлений отмечалось на 11-15 (в среднем на 13) сутки лечения. Регресс кожных проявлений у детей в основной группе наступал в среднем на 10 дней раньше, чем при проведении традиционного лечения.

При этом отмечалось значительное ослабление интенсивности кожного зуда, восстановление сна, улучшение общего состояния ребенка, наблюдался регресс невротических реакций личности, соболезненных расстройств психорганического круга. Средний показатель SCORAD до лечения атопического дерматита составлял 78,4, а после комплексной терапии – 35,9 (снижался более чем в 2 раза) ($P < 0,05$).

При комплексной патогенетической психофармакотерапии, психологической коррекции АД в условиях стационара на протяжении 30-35 дней выздоровление достигнуто в 55% случаев, значительное улучшение – в 25%, незначительное улучшение, либо полное отсутствие положительной динамики – в 20%.

Выводы

Повышенную нервность детей с атопическим дерматитом традиционно объясняли их страданиями из-за нестерпимого зуда. Как следствие, терапевтические усилия врачей были направлены на восстановление кожных покровов и редуциацию зуда. Психоневрологическая модель патогенеза объясняет возникновение АД дисфункцией вегетативных центров вследствие раннего пре- и перинатального поражения ЦНС и наличием сопутствующих психических нарушений психоорганического и невротического круга.

Важная роль в формировании внутримозговой патологической системы, определяющей нарушения структурно-функциональной организации мозга, принадлежит эпилептизации мозга. Патогенетическая психофармакотерапия с иными методами комплексной медико-психолого-социальной реабилитации является эффективным вектором оптимизации терапии детей с АД. Ее применение позволяет добиться более высоких результатов в сравнении с традиционными средствами лечения. ■

Литература:

1. Калюжная Л.Д. Принципиально новое направление в наружной терапии атопического дерматита. *Дерматология*. Березень. 2005; 1: 42-45.
2. Сергеев Ю.В. Атопический дерматит. Новые подходы к профилактике и наружной терапии. Рекомендации для практикующих врачей. Издание второе. М: Медицина для всех; 2005; 5-11.
3. Игнатъев Д.В. Зудящий вопрос. Наружная терапия атопического дерматита. *Consilium medicum*. 2003; 3 (4): 23-27.
4. Зайцева О.Г. Психические расстройства у больных хроническими дерматозами. [Диссертация ...кандидата медицинских наук]. СПб 2000; 1-23.
5. Дороженко И.Ю. Депрессия у больных хроническими дерматозами. Депрессивные расстройства (фундаментальные, клинические, образовательные и экзистенциальные проблемы). Сборник материалов международной научно-практической конференции. Томск 2003; 123-128.
6. Львов А.Н. Дерматозы, коморбидные психические расстройства: классификация, клиника, терапия и профилактика. [Автореферат диссертации ...доктора медицинских наук]. Москва 2006; 1-41.
7. Раева Т.В. Психические расстройства в дерматологической клинике (клинико-патогенетические и реабилитационные аспекты). [Автореферат диссертации ...доктора медицинских наук]. Томск 2006; 1-49.
8. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Диагностика развития зрительно-вербальных функций. Москва 2003; 23.