

4. Uehara M., Hayashi S., Hyperlinear palms. // Arch.Dermatol. 1981. - V.II7.Aug. - P.490-491.

5. Uehara M., Takada K. Use of soap in the management of atopic dermatitis.// Clin.exp.Dermatol. 1985.- 10/5. - P.419-425.

УДК.616.89-616.516.5-053

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕЙРОДЕРМИТА У ПОДРОСТКОВ

Н.В.Кунгуров

В настоящее время установлено, что длительное перенапряжение нервной системы может не только вызвать аллергическую реакцию, но и усугубить течение нейродермита [4,6,11]. Тесную связь частоты рецидивов дерматоза у детей с эмоционально-психическими стрессами подчеркивают многие специалисты [1-3,7-9].

Имеются данные, что в период полового созревания и, особенно у подростков, нервно-психические нарушения диагностируются чаще, чем у детей младшего школьного возраста. При этом в симптоматике у них преобладают элементы эмоциональной оценки болезни и её последствий, что значительно повышает уровень суицидального риска [3-6,10,12].

Наши предварительные исследования позволили установить, что особенностью течения нейродермита у больных пубертатного возраста является повышение по сравнению с другими периодами детства значимости психо-травмирующих ситуаций в рецидивировании дерматоза. Обострение кожного процесса и усиление зуда после нервно-эмоционального стресса отмечены более чем у 40% больных.

Учитывая важную роль хронической психо-травмирующей ситуации

в патогенезе нейродермита, мы совместно с врачом-психиатром* провели комплексное обследование 51 подростка. Из них у 22 (43,1%) диагностирован ограниченный кожный процесс (высыпания занимали менее 2% от всей площади кожи), у 29 (56,9) – распространенный. Юношей было 22 (43,1%), девушек – 29 (56,9%).

Для изучения психической сферы использовались: миннесотский многофазный личностный тест в модификации Ф.Б.Березиной, М.П.Мирошниковой, личностный опросник Айзенка, личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) для выявления основных типов отношений к болезни по А.Е.Личко, М.Я.Ивановой, пато-характерологический диагностический опросник для диагностики типов психопатий и акцентуаций характера в подростковом возрасте.

Нервно-психические нарушения выявлены у 35 (68,6%) обследованных. По степени выраженности их больные разделены на группы: с невротическими реакциями – 9 подростков (14,6%), невротизмами – 13 (25,5%) и психогенными патологическими формированиями личности – 13 (25,5%). Не отмечено нарушений психической сферы у 16 (31,4%) обследованных (табл. I).

У больных с временными невротическими реакциями симптоматика, по нашему мнению, обуславливалась наличием кожного процесса. Были выделены следующие типы реакций: тревожно-депрессивный и истероипохондрический. Как правило, появлению невротических реакций предшествовал рецидив дерматоза, который в 64% случаев был спровоцирован психогенно (неприятности в школе или дома, ссоры со сверстниками), но всегда являлся фактом большой эмоциональной значимости для больных. Клинически выявлялось кратковременное снижение настроения, в основном в утренние часы, чаще после пробуждения, нарушения адаптации в виде псевдоаутизации. Стремление

*Исследование проводилось совместно с А.М.Изьмовым

Таблица I

Характеристика психического состояния подростков с нейродермитом

Клиническая форма нейродермита	Число больных	Не выявлены нервно-психические нарушения	Степень выраженности психических нарушений		
			временные невротические расстройства	невротические расстройства	невротическое развитие личности
Ограниченный	22	n=11 50% $p_1 < 0,01$	n=7 31,8% $p_1 < 0,05$	n=3 13,6% $p_1 > 0,1$	n=1 4,5% $p_1 < 0,005$
Распространенный	29	n=5 17,2% $p_1 < 0,01$	n=2 6,9% $p_1 < 0,05$	n=10 34,5% $p_1 > 0,1$	n=12 42,4% $p_1 < 0,005$
Пол					
Юноши	22	n=11 50% $p_2 < 0,001$	n=2 9,1% $p_2 > 0,1$	n=2 9,1% $p_2 < 0,05$	n=7 31,8% $p_2 > 0,1$
Девушки	29	n=5 17,2% $p_2 < 0,01$	n=7 24,1% $p_2 > 0,1$	n=11 37,9% $p_2 < 0,05$	n=6 20,7% $p_2 > 0,1$
Всего	51	n=16 31,4% (20+53)%	n=9 17,6% (9+32)%	n=13 25,5% (17+41)%	n=13 25,5% (17+41)%

Примечание: p_1 - достоверность различия показателя больных с ограниченным нейродермитом и с распространенным,
 p_2 - достоверность различия показателей у юношей и девушек

к обществу себе подобных на время обострения было обусловлено болезненным переживанием своего косметического дефекта, повышенной подозрительностью, тревожной мнительностью, но в целом поведение больных было психологически понятным.

У большинства больных дебют кожного заболевания приходится на ранний детский возраст, однако течение нейродермита было не тяжелым, рецидивы редки, процесс носил ограниченный характер, без поражения видимых участков кожи. На временный характер невротических расстройств указывали умеренно выраженная тревожность и интравертированность в сочетании со скромностью, чувствительностью, гармоничный или чувствительный тип отношения к болезни, быстрая редукция невротических расстройств после короткого курса транквилизаторов с антидепрессантами в сочетании с рациональной психотерапией.

Во второй группе больных диагностировались два типа невротическая депрессия), основной причиной которых также было наличие дерматоза, являющегося с детства хронической психической травмой. У трех больных чаще наблюдался астено-ипохондрический тип неврастения, проявляющийся вялостью, отсутствием свежести после сна, жалобами соматического характера на неприятные ощущения в области сердца, живота на фоне сниженного настроения.

У двух больных клиническая картина соответствовала гиперстеническому типу неврастения, при котором преобладали явления раздражительной слабости и повышенной возбудимости в сочетании с легкой истоцаемостью. Вспышки раздражения возникали по незначительным ситуационным поводам, проявлялись также в непереносимости шума, яркого света и сопровожались вегетативной лабильностью.

У большинства больных этой группы выявлялся депрессивный невроз, представленный подавленным настроением, не достигающим

степени выраженной тоски, неразрывно связанным со сверхценными переживаниями, отражающими психотравмирующую ситуацию. Больные жаловались на ощущения грусти, общее снижение активности, отмечалось снижение школьной успеваемости, ограничение круга общения с утратой былых интересов, идеи несправедливого отношения к себе.

Экспериментально-психологические исследования, выявившие выраженную невротизацию, интравертированный тип личности, социальную отгороженность, объективно подтверждали наличие невроза, о чем свидетельствовали и типы отношений к болезни: неврастенический – с поведением по типу "раздражительной слабости" (с непереносимостью болевых ощущений, нетерпеливостью, неспособностью ждать облегчения), либо анозонозически – эргопатический – отрицания очевидного в проявлениях болезни, с "уходом от болезни в работу".

У девочек чаще, чем у мальчиков, наблюдалось усложнение астенического и депрессивного синдромов, приводящих к затяжному течению неврозов, являющегося переходным звеном к невротическому формированию личности. Ввиду начала нейродермита в раннем детском возрасте выявить преморбидные особенности личности не представлялось возможным, этиологическими факторами являлись также конфликты в семье (алкоголизм родителей, неполные семьи, смерть близких родственников), некоторые формы неправильного подхода родителей к воспитанию (доминирующая гиперпротекция, условия повышенной моральной ответственности). Во всех случаях нейродермит у подростков носил распространенный характер с частыми рецидивами, неустойчивыми ремиссиями, отсутствием эффекта от проводимой терапии. Затяжному течению неврозов способствовали поражения кожи видимых участков тела, в частности лица и шеи, интенсивный кожный зуд.

Последняя группа была представлена больными, нервно-психические расстройства которых укладывались в различные виды психогенных патологических формирований личности. У 8 чел. выявлялось невротическое формирование личности, причем в большинстве случаев по астеническому типу, у 3-х – по истерическому типу, которые возникали, как следствие затяжного течения неврозов. В клинической картине их расстройств ведущими являлись астенические проявления, которые характеризовались повышенной утомляемостью, расстройствами сна, головной болью. Происходила фиксация невротических проявлений с постоянным сдвигом настроения в сторону субдепрессии, повышенной готовностью к повторным невротическим реакциям, либо истерические проявления в виде ухода в болезнь, стремления к преувеличению тяжести своего заболевания, нежелания считаться с чьими-либо интересами, сознательного стремления быть в центре внимания. Возникновению невротического формирования способствуют такие факторы, как неполная семья, отсутствие взаимопонимания между родителями, потворствующая гиперпротекция.

Пато-характерологические типы формирования личности, выявленные у 5 больных, были разделены на астено-невротический и лабильный. С детства эти подростки обнаруживали признаки биологической неполноценности ЦНС – ночные страхи, сногворение, ночной энурез, заикание и т.д. Впоследствии клиническая картина была представлена повышенной утомляемостью, раздражительностью, склонностью к ипохондричности или крайней изменчивостью настроения.

Большое значение в генезе вышеуказанных формирований, кроме хронической психотравмирующей ситуации, имели гипопротекция, эмоциональное отвержение, повышенная моральная ответственность. Личностные методики указывают на высокую степень невротизации, отчетливые депрессивные тенденции, крайнюю неуверенность в себе с

отказом от социальных контактов: у больных определялись апатический (полное безразличие к своей судьбе и результатам лечения), эйфорический (необоснованно повышенное настроение, легкомысленное отношение к лечению), либо паранойяльный (уверенность, что болезнь-результат чьего-то злого умысла, крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам) типы отношений к болезни. У всех больных течение нейродермита было особо упорным. С раннего детского возраста процесс носил распространенный характер с поражением видимых участков кожи, наблюдалась высокая толерантность к проводимой терапии.

При анализе связи тяжести кожного процесса с состоянием психической адаптации отмечено, что нервно-психические нарушения диагностированы у 24 (83%) обследованных с распространенной формой дерматоза и у II (50%) - с ограниченными кожными проявлениями. Различия статистически значимы ($p_1 < 0,01$). Среди подростков с распространенным нейродермитом преимущественно диагностировались: невротическое развитие личности - у I2 (41,4%) и неврозы - I0 (34,5%), а у обследованных с ограниченным кожным процессом - временные невротические расстройства у 7 (31,6%) больных. Эти данные позволяют сделать заключение о влиянии распространенности и тяжести течения нейродермита на характер и выраженность психических расстройств. В то же время развитие психогенной декомпенсации отягощало течение нейродермита и социальную адаптацию больных.

В процессе обследования отмечено, что в пубертатный период психические нарушения чаще ($p_2 < 0,01$) определялись у девушек - 24 (83%), чем у юношей, - II (50%). Мы это связываем не только с более легким течением дерматозов у большинства последних, но и с особенностями преморбидного фона больных.

Учитывая полученные нами данные о взаимосвязи хронического течения дерматоза с характером висцеральной патологии и имеющиеся в литературе указания, что различные нервно-психические нарушения чаще развиваются у подростков с хроническим соматическим заболеванием [II], мы провели комплексное клинико-лабораторное обследование больных. В зависимости от степени выраженности психических нарушений их условно подразделили на две группы. В первую вошли подростки, у которых отсутствовали психические нарушения или выявлялись лишь временные невротические расстройства. Во вторую отнесены больные с неврозами или невротическим развитием личности (табл.2).

Таблица 2

Распределение подростков, больных нейродермитом, в зависимости от выраженности психических нарушений и сопутствующих заболеваний

Группы больных	Число больных	Очаги хронической инфекции		Характер поражения печени	
		множественные	один очаг	реактивный гепатит	функциональные нарушения
I	25	n=12 48%	n=13 52%	n=7 28%	n=18 72%
		p > 0,05	p > 0,05	p < 0,001	p < 0,001
II	26	n=20 76,9%	n=16 23,1%	n=19 73,1%	n=7 26,9%
		p > 0,05	p > 0,05	p < 0,001	p < 0,001
Всего	51	n=32 (48+76)%	n=19 (24+52)%	n=26 (36+66)%	n=25 (34+64)%

Примечание: p - достоверность различия показателей I и II групп обследованных

Анализ полученных данных показал, что имеется прямая взаимосвязь выраженности невротических расстройств у больных с ча-

стотой выявления очагов хронической инфекции. Так, множественные очаги хронической инфекции, преимущественно в желудочно-кишечном (энтероколит, дуоденит, холецистит, гастрит), носоглотке (тонзиллит, синуситы) и пиодермия выявлены у 20 больных (76,9%) II группы и у 12 (48%) - I ($p > 0,05$). На наш взгляд, может быть несколько вариантов объяснения данной взаимосвязи. Очаги хронической инфекции и связанные с ними интоксикация и метаболические расстройства отягощают течение нейродермита, а последнее способствует развитию психогенной декомпенсации. Возможно, что интоксикация одновременно влияет и на тяжесть течения дерматоза, и на характер нервно-психического реагирования больных.

Впервые выявлено, что у больных с выраженными психогенными расстройствами достоверно чаще диагностировался реактивный гепатит с нарушением многих функций печени ($p < 0,001$), чем у обследованных с временными невротическими реакциями. Так, гепатомегалия с лабораторно подтвержденным полисиндромным поражением печени отмечены у 19 чел. (73,5%) II группы и у 7 (28%) - I. Мы полагаем, что постоянное депонирование больших доз медиаторов нервной системы (норадреналин, дофамин и др.), происходящее вследствие хронической психотравмирующей ситуации, может приводить к нарушению микроциркуляции в печени. Это уменьшает компенсаторные возможности гепатоцита, усугубляет патологические процессы в печени, снижает её функциональную активность. А последнее отягощает как течение нейродермита, так и характер психических расстройств.

Таким образом, тяжесть течения нейродермита у подростков, состояние их нервно-психической адаптации и функциональная активность печени тесно взаимосвязаны и взаимообусловлены.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антоньев А.А., Суворова К.Н. Современные клинические аспекты атопического дерматита // Матер. У республ. конф. дерматовенерологов. - Тбилиси, 1985. - С.8-9.
2. Гарина Т.А. К вопросу об эпидемиологии атопического дерматита // Вест. дерматол. и венерол. - 1978. - № II. - С.14-18.
3. Горохова В.Н. Характеристика функционального состояния нервной системы больных экземой, нейродермитом, псориазом с учетом раннего начала дерматоза // Матер. пленума правления Всерос. научн. мед. общ-ва дермато-венерологов. - Курск, 1974. - С.16-18.
4. Жукова И.К., Самсонов Е.А. Клинико-психологическое обследование больных нейродермитом в процессе рефлексотерапии // Тез. докл. пленума научного совета по дерматологии и венерологии и АМН СССР. - Каунас, 1986. - С.45.
5. Изюмов А.М. Особенности нервно-психических расстройств у больных нейродермитом в подростково-юношеском возрасте // Патогенез и современные принципы диспансеризации больных кожными, венерическими заболеваниями и дерматомикозами. - Свердловск, 1984. - С.41-42.
6. Калашников Б.С. Психопатологические аспекты нейродермита в детском возрасте // Вопросы детской дерматологии. - Л., 1985. - С.24-28.
7. Скрипкин Ю.К., Марьянсис Е.Д. Психоэмоциональная сфера дерматологических больных и актуальные вопросы деонтологической тактики // Вест. дерматол. и венерол. - 1984. - № II. - с.34-47.
8. Торопова Н.П. Клинико-патогенетические особенности нейродермита у детей при заболеваниях органов пищеварения и организация лечебно-профилактической помощи: Автореф. дис.... докт. мед. наук. - Свердловск, 1981. - 429 с.

9. Ahmal J. Atopic dermatitis: A disease of general baso-active mediator dysregulation // Int.Arch.Allergy and Appl. Immunol. - 1976. - V.59. - P.233-239.

10. Bretin M.P., Dokot K., Spira A. Les tentatives de l'adolescente. Aspects epidemiologiques // Agents and Actions. - 1985. - V.42. - N 3. - P.255-259.

11. Greene J.W., Walker L.S., Hickson G., Thompson J. Stressful life events and somatic complaints in adolescents // Pediatrics. - 1985. - V.75. - N 1. - P.19-22.

12. Kim P., Ferrara A., Chess S. Temperament of asthmatic children // J.Pediatrics. - 1980. - V.97. - N 3. - P.483-486.

УДК 616.5-056.3-08

ЗНАЧЕНИЕ ЭЛИМИНИРУЮЩИХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ВОЗДЕЙСТВИЙ
В СИСТЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ

О.А.Сиявская

В настоящее время установлено, что при аллергодерматозах у детей во внутренних средах организма имеются сдвиги, характеризующие нарушение процессов гемостаза - накопление продуктов деградации фибриногена, фибрин-мономеров. В тяжелых случаях экзема констатируется гиперкоагуляция, склонность к претромботическому состоянию, при далеко зашедшем патологическом процессе (диффузный нейродермит) - признаки ДВС-синдрома с повышением активности фибринолиза. У многих детей с экземой и нейродермитом отмечается снижение функциональной активности тромбоцитов, загруженность их рецепторного аппарата. Наряду с этим в крови выявляются и нарушения гомеостаза: осколки аллергенов, циркулирующие иммунные