

## ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Набиева Д. Д.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,  
кафедра дерматовенерологии и детской дерматовенерологии,  
г.Ташкент, Республика Узбекистан*

**Ключевые слова:** дети, атопический дерматит, психосоматические нарушения, вегетативного тонуса, раздражительность.

**Резюме:** Было исследовано психосоматические нарушения у 58 детей дошкольного возраста с атопическим дерматитом. Исследования показали, что у них в период обострения отмечается ипохондричные состояния (29,3%) или состояния резкого возбуждения, раздражительности и тревожность (70,7%). Данные состояния более часто встречаются у пациентов с тяжелым течением атопического дерматита.

**Key words:** children, atopic dermatitis, psychosomatic disorders, vegetative tone, irritability.

**Resume:** It was investigated psychosomatic disorders in 58 preschool children with atopic dermatitis. Studies have shown that they have hypochondriacal conditions (29.3%) or acute excitations, irritability and anxiety (70.7%) during the period of exacerbation. These conditions are more common in patients with severe atopic dermatitis.

**Актуальность.** История детской дерматологии последние годы характеризуется ростом заболевания связанных с иммунопатологическими нарушениями организма, в частности отмечается неуклонное возрастание встречаемости аллергических заболеваний кожи среди всех слоёв населения [2,3]. При этом, среди аллергических заболеваний одним из наибольшее медико-социальное значимыми являются бронхиальная астма, аллергический ринит, атопический дерматит среди детей. В частности, встречаемость атопического дерматита (АтД) в различных странах колеблется и составляет от 10 до 28% [1,7]. Актуальность проблемы АтД среди детей обусловлена тем, что данное заболевание существенно нарушает привычный для детей образ жизни. В частности, высыпания на коже, зуд, нарушение сна, множественные ограничения в выборе и режиме питания, трудности, возникающие в общении со сверстниками, способствуют формированию психосоматических нарушений со снижением качество жизни ребенка [4]. В тоже время, атопический дерматит (АтД) является заболеванием, нередко протекающим в виде тяжелого дерматоза, с кожными гнойными осложнениями, а также отрицательно действующий на психосоматическое состояние детей [3,6]. Иногда отмечается сочетание АтД от 40 до 60 % случаев с аллергическим ринитом, конъюнктивитом, бронхиальной астмой, где комплексная базисная терапия недостаточно эффективна, придают еще большую значимость изучаемой проблеме [5,7]. В ряде эпидемиологических исследований показано, что особенности течения атопического дерматита во многом связаны с возрастом, полом, особенностями питания, климатогеографическими факторами, техногенными воздействиями, условиями жизни семьи, а также соблюдением правил здорового образа жизни [8].

**Цель работы.** Исследование психосоматического состояния у детей дошкольного с атопическим дерматитом (АтД).

**Задачи:** 1. Отбор пациентов дошкольного возраста с АтД, с последующим распределением их на обследуемые группы, в зависимости от клинического течения патологии;

2. Изучение состояния вегетативного тонуса у пациентов дошкольного возраста с АтД;

3. Анализ психосоматических нарушений у пациентов с атопическим дерматитом.

4. Взаимное сопоставление полученных данных психосоматических нарушений при АтД, со степенью клинического течения патологии.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 58 детей (30 мальчиков и 28 девочек) в возрасте от 2 до 5 лет с атопическим дерматитом. Обследование и лечение данных пациентов проводилось в условиях поликлиники и клиники при Ташкентском педиатрическом медицинском институте с помощью общеклинических, лабораторных, функциональных методов (клинический осмотр ребенка, общий анализ крови и мочи, копроовоцистоскопия, биохимический анализ крови, бактериологическое исследование кала на дисбактериоз, а также ультразвуковое исследование внутренних органов - по показаниям). Определение специфических иммуноглобулинов класса E (к пищевым, бытовым, эпидермальным, пыльцевым аллергенам) в сыворотке крови проводили иммуноферментным (ИФА) методом.

Все исследования выполняли после письменного разрешения родителей или опекунов обследуемых детей, на проведение диагностических исследований и комплекса лечебно-профилактической работы.

Оценивали клинические проявления атопического дерматита в период обострения на основании шкалы атопического дерматита (scoring of atopic dermatitis - SCORAD, 1997).

Индекс SCORAD вычисляли по формуле:

$SCORAD = S/5 + 3,5 \times \text{интенсивность} + \text{субъективные симптомы}$ .

Психосоматический статус пациентов определяли с помощью

В зависимости от клинического течения заболевания все пациенты были разделены на обследуемые группы:

1-я группа — 28 (48,3%) детей с легкой степенью тяжести АтД;

2-я группа — 19 (32,8%) детей со средней степенью тяжести АтД;

3-я группа — 11 (18,9%) детей с тяжелой степенью тяжести АтД.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ Statistica 6.0. В частности, полученные данные обрабатывали методами описательной статистики (среднее, стандартное отклонение, медиана, квартили, минимальное и максимальное значение).

**Результаты исследования.** При сборе анамнеза у 39 (67,2%) детей первые проявления атопического дерматита наблюдалось в возрасте до 1 года. При этом у 9 (81,8%) из 11 детей с тяжелым течением АтД (3-я группа) в анамнезе имелось указание на то, что в первом году жизни у них был диагностирован ранний дебют

АтД. Со слов матерей, первые признаки заболевания у детей проявлялись в виде незначительной сыпи на лице, чаще всего связанные с погрешностями в диете кормящих грудью матерей, или после введения продуктов прикорма в виде фруктовых соков или пюре. После медикаментозного и не медикаментозного лечения данные признаки исчезали, но в последующем любые погрешности в диете, а также при использовании гигиенических средств высыпания повторялись.

Было проведено исследование клинического течения заболевания на основании системы SCORAD (1997). Данная система охватывает такие показатели, как: площадь поражения (S), эритема, наличие отека, папулы, корки, сухости, зуда, нарушение сна.

В ходе исследования нами было выявлено тенденция преобладание площадь поражения (S), интенсивность клинических проявлений и степень нарушения сна у девочек, по отношению к мальчикам.

Данные показатели менялись в зависимости от степени тяжести патологического процесса и пола пациента. В частности, у девочек площадь поражения (S) в 1,8 раза, интенсивность клинических проявлений в 1,6 раза, зуд в 1,4 раза, степень нарушения сна в 1,8 раза, а индекс SCORAD в 1,6 раза превышали значения перечисленных показателей у мальчиков. Выявленная тенденция подтверждалась и при рассмотрении клинических проявлений АтД. В частности, диффузные формы АтД в 1,5 раза чаще встречались у девочек, а ограниченные формы в 1,3 раза у мальчиков.

При изучении клинической формы АтД, было выявлено, что диффузные формы АтД в 1,5 раза чаще встречались — у 19 (67,9%) из 28 девочек, ограниченные формы в 1,3 раза чаще регистрировали — у 22 (73,3%) из 30 мальчиков.

При изучении клинического течения заболевания особое внимание уделили изучению вегетативного тонуса пациентов. Как показали исследования, у пациентов с АтД преобладающим являлся ваготонический тип — n=25 (43,1%) и смешанный тип — n=19 (32,8%), меньше всего встречался симпатикотонический тип — n=14 (24,1%) вегетативного тонуса у пациентов.

При изучении исходного вегетативного тонуса у детей с АтД дошкольного возраста, преобладающим являлся ваготонический тип (43,1%) и смешанный тип (32,8%). Реже всего встречался симпатикотонический тип (24,1%) вегетативного тонуса у пациентов. Полученные нами данные свидетельствуют о различном вкладе парасимпатического и симпатического отделов в вегетативный гомеостаз у пациентов. При изучении вегетативного тонуса в зависимости от тяжести заболевания, было отмечено преобладание симпатикотонического типа у 5 (45,5%) пациентов из 3-й группы, над ваготоническим и смешанным типом (36,4 и 18,2% соответственно) вегетативного тонуса. Притом, как у детей из 1-й группы преобладали ваготонический и смешанный тип (46,4 и 35,7% соответственно) вегетативного тонуса. Аналогичную картину встречаем и среди детей из 2-й группы исследования, где также преобладали ваготонический и смешанный тип (42,1 и 36,8% соответственно) вегетативного тонуса.

Исходя из поставленной перед нами цели, было изучено психосоматическое

состояние пациентов. Следует отметить, что определенное значение в развитии АД играют психосоматические расстройства у детей, в частности сильный зуд, раздражительность, тревожный поверхностный сон, неадекватность реакций, белый дермографизм, что является классическим проявлением психосоматической патологии.

При оценке психосоматического статуса у пациентов в зависимости от клинического течения патологии выявляли следующие психосоматические нарушения указанные на таблице.

**Таблица 1.** Психосоматические нарушения при атопическом дерматите у детей в период обострения заболевания.

Клинические признаки	Клиническое течение АД (%)						Всего (n=58)	
	Легкое течение n=28		Средне- тяжелое n=19		Тяжелое течение n=11		n	%
	n	%	n	%	n	%		
нарушение сна	16	57,14	15	78,95	10	90,91	41	70,69
снижение аппетита	17	60,71	14	73,68	9	81,82	40	68,97
раздражительность	15	53,57	11	57,89	7	63,64	33	56,90
тревожность	7	25,00	8	42,11	6	54,55	21	36,21
реактивная депрессия	4	14,29	6	31,58	7	63,64	17	29,31
замкнутость	3	10,71	5	26,32	6	54,55	14	24,14
плохой контакт со сверстниками	4	14,29	5	26,32	7	63,64	16	27,59
страх	2	7,14	4	21,05	4	36,36	10	17,24
необоснованная враждебность ко всем	0	0,00	3	15,79	5	45,45	8	13,79
агрессивное отношение к родственникам	3	10,71	4	21,05	4	36,36	11	18,97
чрезмерная пассивность	2	7,14	3	15,79	3	27,27	8	13,79

По результатам исследования у пациентов с АД среди психосоматических нарушений в основном превалирует астеновегетативный симптомо-комплекс. В частности, нарушение сна - 70,7% (n=41), снижение аппетита - 68,9% (n=40), раздражительность - 56,9% (n=33), тревожность - 36,2% (n=21).

Как показали исследования, психосоматические нарушения более выражены у пациентов с тяжелой степенью течения заболевания. В частности, реактивная депрессия была диагностирована 29,3% (n=17) пациентов, и самую большую группу среди них составили пациенты с тяжелой степенью заболевания - 41,2% от общего числа пациентов с реактивной депрессией. Одновременно такие показатели, как нарушение сна (90,9%), снижение аппетита (81,8%), раздражительность (63,6%),

также более часто отмечаются среди пациентов с тяжелой степенью заболевания.

Одновременно при определении интеллектуальной способности пациентов, было определено, что детей страдающие АД, в основном опережают своих сверстников, но при этом в 27,6% случаев они плохо входят с ними в контакт.

**Выводы.** По результатам исследования были сделаны следующие выводы:

1. Среди пациентов дошкольного возраста с атопическим дерматитом преобладает ваготонический (43,1%) и смешанный тип (32,8%) исходного вегетативного тонуса, реже встречается симпатикотонический тип (24,1%).

2. У пациентов с атопическим дерматитом дошкольного возраста, в период обострения отмечается ипохондричные состояния (29,3%) или состояния резкого возбуждения, раздражительности и тревожность (70,7%). Данные состояния более часто встречаются у пациентов с тяжелым течением атопического дерматита.

### Литература

1. Каверина Е.В., Фомина А.В. Анализ мнений врачей о качестве оказания медицинской и лекарственной помощи больным хроническими кожными заболеваниями. Вестник РУДН. Серия: Медицина. - 2016. - № 1. - С. 118-122.

2. Мачарадзе Д.Ш. Атопический дерматит: новое в лечении. ВСП. - 2013. - № 5. - С. 80-85.

3. Пивень Е.А., Пивень Н.П. Гигиеническая характеристика больных хроническими дерматозами с различной тяжестью течения заболевания. Вестник РУДН. Серия: Медицина. - 2015. - № 1. - С. 55-61.

4. Сизова В.Ю., Волчанский Е.И. Динамика клинических проявлений среднетяжелых форм атопического дерматита на фоне применения транскраниальной электростимуляции у детей и подростков // Волгоградский научно-медицинский журнал. - 2010. - № 4 (28). - С. 27-28.

5. Смирнова Г.И. Атопический дерматит и инфекции кожи у детей. Российский педиатрический журнал. - 2014. № 2. С. 49-56.

6. Торопова Н.П., Сорокина К.Н., Лепешкова Т.С. Атопический дерматит детей и подростков - эволюция взглядов на патогенез и подходы к терапии. Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2014. - № 6. - С. 50-59.

7. Ханбабян А. Б., Каюмова Л. Н., Кочергин Н. Г. Некоторые аспекты патогенеза и терапии атопического дерматита. Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2014. - № 2. - С. 17-20.

8. Штрахова А.В., Харисова А.Р. Психосоматические аспекты нейродермита, телесный образ «я» и его границы у пациентов с атипичными дерматитами. Сообщение 1. Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: психология. - 2013. - № 3 (6). - С. 101-109.