



# КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.5-009

## НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

**К.Ю. Ретюнский**  
**И.В. Соколова**

*Уральская государственная  
медицинская академия Росздрава,  
г.Екатеринбург*

*e-mail: retiunsk@mail.ru*

Статья содержит данные о клинико-параклинических закономерностях возникновения и развития нервно-психических расстройств у детей с атопическим дерматитом (АД) в сравнительно-возрастном аспекте. На основании установленных закономерностей авторами предложена психоневрологическая модель патогенеза АД, основанная на функциональной дефицитности корковых функций и дисрегуляции корково-подкорковых взаимодействий, приводящих к дисфункции 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: атопический дерматит у детей, психические нарушения при атопическом дерматите, патогенез, терапия, реабилитация.

**Актуальность проблемы.** Атопический дерматит является распространенным заболеванием в детской дерматологической практике. Следует отметить, что в последние годы отмечается постоянное увеличение числа детей, страдающих данной патологией. Наблюдается заметное утяжеление клинических проявлений и соболезненных 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 АД в силу недостаточно изученного патогенеза представляет 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 АД в сравнительно-возрастном аспекте ради оптимизации лечебно-реабилитационных подходов.

**Материал и методы исследования.** 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 АД длительностью течения не менее 2-х лет с момента манифестации. Дополнительным критерием включения в основную группу являлся общий интеллектуальный показатель (ОИП) по шкале Векслера во всех случаях не ниже среднего уровня ( $\geq 90$  баллов). К критериям исключения были отнесены случаи АД 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 АД в количестве 30 человек для каждой возрастной группы.

Учитывая сравнительно-возрастной подход к исследованию, дети основной группы были разбиты на подгруппы: 3-6 лет – 36 детей (34,3%), с 7-8 лет – 35 детей (33,3%) и с 9-12 лет – 34 ребенка (32,4%).

Клинико-анамнестическое, клинико-психопатологическое, клинико-динамическое, клинико-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.** В ходе настоящего исследования был проведен глубокий анализ всех факторов, внутренних (биологических) и внешних (средовых), оказывающих влияние на возникновение АД. Впоследствии 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, по мнению родителей, дебют АД произошел спонтанно, без влияния внешних стрессоров.

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% АД провоцировал возникновение невротических реакций у детей, чаще отражающих реакцию личности «избегающего типа» на генерализованные кожные проявления.

Согласно данным 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: нормальный тип – 7 детей (6,7%;  $n=105$ ); пограничный тип – 75 детей (71,4%;  $n=105$ ); 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 обу-

словлены функциональной недостаточностью глубоких 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 спазмированных 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, получила обоснование психоневрологическая модель патогенеза АД, согласно которой механизмы кожного страдания обусловлены дисрегуляцией корково-подкорковых взаимодействий вследствие повреждения 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 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 биологической 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, сопутствующие 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 вальпроевую кислоту и ее соли, вальпроаты (конвулекс, конвульсофин, депакин-хроносфера). Парциальная активность в корковых отделах делала предпочтительней и целесообразней назначения производных карбамазепина пролонгированных форм (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 психоорганического 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 психоорганического 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%.

**Обсуждение.** Повышенную нервность детей с АД традиционно объясняли страданиями из-за нестерпимого зуда. Как следствие, терапевтические усилия врачей были направлены на восстановление кожных покровов и редукцию 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. Ахутина, Т.В. Диагностика развития зрительно-вербальных функций./ Т.В. Ахутина, Н.М. Пылаева. – М., 2003; 23.
2. Дороженок, И.Ю. Депрессии у больных хроническими дерматозами. Депрессивные расстройства (фундаментальные, клинические, образовательные и экзистенциальные проблемы). / И.Ю. Дороженок // Сборник материалов международной научно-практической конференции. – Томск, 2003; 123-128.



3. Зайцева, О.Г. Психические расстройства у больных хроническими дерматозами / О.Г. Зайцева // [Диссертация кандидата медицинских наук]. СПб., 2000; 1-23.
4. Игнатъев, Д.В. Зудящий вопрос. Наружная терапия атопического дерматита / Д.В. Игнатъев // *Consilium medicum*. – 2003; 3 (4): 23-27.
5. Калюжная, Л.Д. Принципиально новое направление в наружной терапии атопического дерматита. /Л.Д. Калюжная// *Дерматология*. – Березень. 2005; 1: 42-45.
6. Львов, А.Н. Дерматозы, коморбидные психические расстройства: классификация, клиника, терапия и профилактика. / А.Н. Львов // [Автореф. дис. ... д-ра мед. наук]. – М., 2006; 1-41.
7. Раева, Т.В. Психические расстройства в дерматологической клинике (клинико-патогенетические и реабилитационные аспекты) / Т.В. Раева // [Автореф. дис. ... д-ра мед. наук]. – Томск 2006; 1-49.
8. Сергеев, Ю.В. Атопический дерматит. Новые подходы к профилактике и наружной терапии. / Ю.В. Сергеев // Рекомендации для практикующих врачей. – Издание второе. – М.: Медицина для всех; 2005; 5-11.

## **NEUROPSYCHICAL DISORDERS IN RATHER-AGE ASPECT AT CHILDREN WITH ATOPIC DERMATITIS**

**K.Yu. Retyunskiy**  
**I.V. Sokolova**

*Ural State Medical Academy,  
Yekaterinburg*

*e-mail: retiunsk@mail.ru*

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 with 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 with AD allows to achieve better results in treatment.

Key words: atopic dermatitis, neuropsychical disorders at children with atopic dermatitis, pathogenesis, therapy, rehabilitation