

© Антропов Ю.Ф., Балабанова В.А., 2005

Ю.Ф. Антропов, В.А. Балабанова

## ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОЖНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Российская медицинская академия последипломного образования,  
Российская детская клиническая больница, Москва

На репрезентативном материале (82 больных) проведено клиническое, клинико-психопатологическое и нейрофизиологическое обследование детей и подростков в возрасте от 2 до 17 лет с кожными аллергическими расстройствами. Установлен сопутствующий характер дерматоаллергологических нарушений при наиболее частом сочетании с алгическими проявлениями, функциональными нарушениями в пищеварительной, двигательной и мочевыделительной системах. Отмечено значительное количество (11,1) факторов риска (ФР) возникновения психических расстройств: генетических — 2,9, церебрально-органических — 3,4 и психосоциальных — 4,8. У обследованных выявлены 3 варианта биоэлектрической активности мозга с различными признаками нейродинамического дисбаланса. Психический статус обследованных характеризовался наличием депрессивных расстройств невротического уровня, преимущественно психогенного происхождения — у 85,4% больных и слабой степени выраженности — у 90,2% больных. Клинико-психопатологически выделены 5 типологических вариантов депрессии: тревожный, астенический, тоскливый, астено-тревожный и тревожно-тоскливый. Сравнительное изучение по группам с учетом клинических особенностей (аллергические проявления с зудом и кожный зуд) и временных характеристик (длительность заболевания до 5 лет и свыше 5 лет) выявило некоторые различия показателей как из числа ФР, так и психических нарушений. Комплексная терапия дерматоаллергологических расстройств с дифференцированным использованием антидепрессантов способствовала улучшению состояния у всех больных (высокого качества у 68,8%), тогда как в контрольной группе улучшение (низкого качества) достигнуто у 59,4% больных.

Authors performed clinical, psycho-pathological and neurophysiologic examination of 82 children and adolescents in the age 2—17 years old with signs of skin allergy. They proved concomitant character of dermatoallergologic disorders with most frequent associations with pain syndrome, functional disorders of gastrointestinal, locomotor system and urinary tract. They established high number (11,1) of risk factor for psychic disorders development: among them genetic — 2,9; cerebral organic — 3,4 and psychosocial — 4,8. Examined children showed three variants of brain bioelectric activity with different signs of neurodynamic imbalance. Psychologic state of examined patients was characterized by presence of depressive disorders on neurotic level, psychogenous in prevalence in 85,4% of cases and mild signs of such disorders in 90,2% of cases. Next variants of depression were selected — anxious, astenic, dreary, astenic-anxious and anxious-dreary. Comparative study of different groups counting clinical presentations of allergy (allergic signs with itch and itch only) and temporal characteristics (disease duration less and more than 5 years) showed some difference both in risk factors and in psychological disorders. Complex therapy of dermatoallergologic diseases with differentiated usage of anti-depressive drugs assisted to improve state of all patients (high quality of improvement in 68,8% of cases) in comparison with only mild improvement in 59,4% of cases in control group.

Проблема аллергии — «болезни века», как ее часто называют последнее время, — остается актуальной несмотря на многочисленные исследования, посвященные этому вопросу. Все более углубленное изучение механизмов развития аллергического процесса как бы отодвигает в сторону такой значимый фактор патогенеза, как психические (аффективные) нарушения, которые в части случаев квалифицируются как нервные, нередко рассматриваются как вызывающие рецидив, а чаще игнорируются дерматоаллергологами.

Вместе с тем еще основоположник отечествен-

ной школы дерматологии А.Г. Полотебнов [1] постоянно указывал на ведущую роль нервной системы в патогенезе многих кожных заболеваний. Он утверждал, что «лечение, направленное не против «сыпи», которая составляет только один из припадков нервного расстройства, а против основного, нервного страдания дает самые верные, самые блестящие результаты». Другой отечественный дерматолог П.В. Никольский [2], подробно проанализировал изменения в коже и ее заболевания, в том числе нервный зуд, экземы, эритемы, крапивницы и др., причиной их называл чувства (эмоции).

Изучавший дерматоневрозы Н.Н. Топорков [3] подчеркивал, что невротической разновидностью их являются чесуха и кожный зуд. Это отмечалось им при истерии, неврастении и после длительного нравственного напряжения.

Как отмечают E.D. Wittkover и E.P. Lester [4], у чувствительных и в особенности к этому предрасположенных людей порывы аффекта могут вызывать кожный зуд или усиливать его.

Согласно экспериментальным данным Ю.А. Макаренко [5], отрицательные эмоции создают фон, благоприятный для развития гиперсенсibilизации, тогда как положительные эмоции создают фон, способствующий развитию гипосенсibilизации. В группе гиперсенсibilизированных животных анафилактический шок протекал очень тяжело и в 60% случаев закончился смертельным исходом. Некоторые исследователи отмечают также, что при реактивной и эндогенной депрессии возникает дефицит Т-системы иммунитета [6].

Психогенез аллергических проявлений у детей чаще рассматривался в контексте различных нарушений кожных покровов. Так, обследовав группу больных с проявлениями аллергии, Н. Miller и D.W. Varuch [7] нашли, что 98,4% детей страдают от «материнского отвержения» (нарушения системы мать—дитя), тогда как в контрольной группе эти нарушения отмечались лишь у 24,3% детей. В основе аллергических кожных реакций у детей лежат два действенных фактора, отмечает В. Woodhead [8]. Первый — это конституциональная предрасположенность, а второй — наличие психологических трудностей у родителей и аффективное реагирование детей. Большая роль психологических особенностей ребенка, особенностей его микро-социума в формировании клинической картины аллергического заболевания подчеркивается отдельными авторами [9].

Рассматривая психосоматические отношения при аллергических заболеваниях (бронхиальная астма, поллиноз, пищевая аллергия), Д.Н. Исаев [10] пишет о наличии достаточно тесных корреляций между способностью клеток-мишеней к аллергическому ответу и состоянием вегетативного тонуса детей и их вегетативной реактивности. Преобладание парасимпатической активности — фактор, потенцирующий реакцию генетически предрасположенного организма на аллерген или на неантигенный провокатор. Аналогичный эффект может быть опосредован состоянием симпатикотонии с активацией  $\alpha$ -адренергического механизма. В то же время автор выделяет психогенную пищевую аллергию, которая связана с наличием психологической установки на непереносимость того или другого пищевого продукта.

Проблема аллергии все более актуализируется последнее время как за счет нарастания частоты и тяжести, в том числе кожных проявлений, так и расширения круга аллергенов, вызывающих

тяжелые, а порой угрожающие жизни иммунные ответы организма.

Для детского возраста значимость этой проблемы возрастает во много раз, так как наиболее заметные кожные аллергические проявления отмечаются на ранних возрастных этапах и существенно нарушают не только здоровье детей, но и их развитие, как физическое, так и психическое.

Исходя из значения состояния ЦНС для возникновения и развития аллергических реакций и состояний в детском возрасте, нами проведено исследование, целью которого являлось изучение психического статуса детей с различными аллергическими проявлениями, а также факторов, способствующих возникновению психических расстройств с кожными проявлениями на ранних возрастных этапах.

#### Материалы и методы исследования

Работа проводилась в Российской детской клинической больнице МЗ СР РФ (главный врач проф. Н.Н. Ваганов) в 1993—2004 гг.

Основными методами исследования были клинический, клиничко-психопатологический и клиничко-психологический. Дополнительно использовали статистический метод.

Были обследованы 82 ребенка (мальчиков 31, девочек 51) в возрасте от 2 до 17 лет (средний возраст  $11,1 \pm 0,8$  года) с различными кратковременными аллергическими высыпаниями на коже, сопровождающимися иногда отеком, чаще зудом, в некоторых случаях без зуда, явлениями кожного зуда без сыпи, обусловленными стрессовыми ситуациями, нервностью и изменением настроения, диагностированными как аллергические реакции, отек Квинке, поливалентная аллергия, пищевая аллергия, кожный зуд.

Средний возраст начала заболевания составил  $5,8 \pm 1,0$  года. Длительность заболевания до 1 года была у 8 детей (9,7%), от 1 года до 5 лет — у 36 (43,9%), от 5 до 10 лет — у 26 (31,7%), от 10 до 15 лет — у 11 (13,5%) и свыше 15 лет — у одного (1,2%) ребенка. Средняя длительность болезни составила  $5,4 \pm 0,9$  года.

У всех больных с аллергическими проявлениями и кожным зудом этот вид дерматологической патологии сочетался с функциональными нарушениями в других органах и системах.

Как ведущая соматическая патология, аллергические расстройства были отмечены только у 3,6% больных, у 96,4% выступали в виде сопутствующих расстройств. У 4,9% больных с аллергическими проявлениями патология кожных покровов была расценена как психосоматические состояния, а у 95,1% — как психосоматические (аллергические) реакции.

Полисистемность функциональных нарушений характеризовалась изменением функционирования от 2 до 6 соматических систем. Дерматоаллергологические нарушения чаще сочетались с алгическими

ми проявлениями (79,3% больных), в большей степени цефалгическими (57,3%), нарушениями в пищеварительной системе (67%), представленными преимущественно гастродуоденитами (20,7%) и дискинезией желчевыводящих путей (18,3%), реже с двигательными (29,3%) нарушениями, в половине (14,6%) случаев псевдоэпилептического характера, нарушениями в мочевыделительной системе (26,8%) при относительно большой частоте обменной нефропатии (18,3%). Еще реже кожные аллергические расстройства сочетались с сердечно-сосудистыми нарушениями — у 23,2% больных, эндокринными — у 22%, нарушениями терморегуляции — у 18,3%, другими кожными симптомами — у 15 (18,3%), респираторными — у 13 (15,9%), в том числе бронхиальной астмой — у 8,5% и речевыми нарушениями — у 9,8% больных.

Анамнестические и клинико-психологические данные позволили установить у детей с аллергическими кожными проявлениями наличие значительного количества факторов риска (ФР) возникновения психических расстройств, которые имели как биологический (генетический и церебрально-органический), так и психосоциальный характер.

В числе генетических (наследственных) ФР наиболее представлены патологические особенности личности (у 96,3% больных), преимущественно в виде акцентуированных черт характера по лабильно-истероидному (36,6%), истероидному (22%), эмоционально лабильному (18,3%), тревожно-замкнутому (9,8%) и сенситивному (7,3%) типам, которые формировались в онтогенезе на основе сангвинического (61,3%) и холерического (37,5%) и крайне редко флегматического (1,2%) темпераментов.

Патологические особенности личности были установлены у 68,3% матерей с преобладанием тревожно-мнительных (46,3%), аффективно возбудимых (8,5%), истероидных (7,3%) и эпилептоидных (4,9%) черт и у 40,2% отцов, преимущественно аффективно возбудимых (19,5%) и эмоционально лабильных (4,9%).

Психосоматические расстройства отмечались у 48,2% ближайших родственников, из них с патологией кожных покровов у 25,6%. Отягощенность наследственности психическими заболеваниями выявлялась у 27,7% больных: у 21,7% — непсихотического уровня, у 3,6% — психотического и у 2,4% — как непсихотического, так и психотического уровня. Психопатологические проявления на первом году жизни в виде аффективных расстройств эндогенного происхождения установлены у 8,4% больных.

На одного больного в среднем приходилось 2,9 генетических ФР.

Церебрально-органические ФР были представлены следующим образом: остаточные явления раннего органического поражения головного мозга у 92,8% больных (минимальная мозговая дисфункция у 90,4% и выраженная неврологическая пато-

логия у 2,4% детей); патология беременности (токсикоз, угроза прерывания, острые респираторные и другие заболевания, преждевременные и запоздалые роды) у 81,9% матерей; патология родов (стремительные роды, затяжные, раннее отхождение вод, различные виды родовспоможения, кесарево сечение) у 31,3% матерей; патология новорожденного (асфиксия, желтуха, родовая травма, кефалогематома) у 31,3%; нарушение вскармливания как биологический фактор у 53% детей (искусственное с рождения у 10,8%, грудное вскармливание до 6 мес у 42,2% детей); травмы, операции, интоксикации и различные заболевания, протекавшие в тяжелой форме, у 36,1%; психопатологические (соматогенные аффективные) проявления на первом году жизни у 14,6%; нарушения психического развития у 12,1% (задержка у 7,2%, ускорение у 4,8%), задержка моторного развития у 2,6% и у 4,8% больных нарушения психического и моторного развития сочетались.

Средний показатель отягощенности церебрально-органическими ФР составил 3,4.

Психосоциальные ФР в большей степени представлены патологией воспитания (у 75,6% больных), чаще в виде гиперпротекции (у 44,6%) и эгоцентрического (у 22,9%), редко гиперсоциализирующего воспитания (у 7,2%) и резкой смены характера воспитательных подходов (7,2%), крайне редко отвергающего воспитания (у 1,2%), нарушениями функционирования системы мать—дети — у 73,2%, наличием старших братьев и сестер — у 54,9%, неустойчивыми отношениями и конфликтами с родителями, одноклассниками и педагогами — у 42,7% с оценкой поведения у 24,4% детей как агрессивного, нарушением стереотипа поведения в связи с посещением дошкольных детских учреждений — у 41,5%, при этом у 24,4% детей реакция на посещение детских учреждений была отрицательной, психоэмоциональными перегрузками — у 24,4%, психопатологическими (аффективными) проявлениями на первом году жизни, связанными с депривацией, — у 19,5%, неполной семьей — у 19,3%, конфликтами в семье — у 12,2%, отрицательным отношением к посещению школы — у 10,9%, смертью родителей, родственников — у 9,8%, дополнительными занятиями в школе — у 7,3%, алкоголизацией родителей — у 6,1%, плохими материально-бытовыми условиями — у 8,4%, болезнью родителей и близких — у 4,9% больных.

Средний показатель психосоциальной отягощенности составил 4,8 ФР.

Общий средний показатель отягощенности ФР возникновения психических расстройств у обследованных детей, страдающих различными аллергическими проявлениями, составил 11,1 с преобладанием биологических (6,3) ФР, что значительно выше, чем у здоровых детей.

С помощью кардиоинтервалографии у 90% из 50 обследованных больных установлено нарушение вегетативного гомеостаза с преобладанием парасимпатикотонии у 66% — с симпатической вегетативной реактивностью у 16% больных, гиперсимпатической — у 40%, асимпатической — у 4% и нормальной — у 6%, с преобладанием симпатикотонии — у 24% больных — с симпатической вегетативной реактивностью у 10%, гиперсимпатической — у 6%, асимпатической — у 4% и нормальной — у 4% больных. У 10% больных установлен нормальный вегетативный гомеостаз с симпатической вегетативной реактивностью — у 2%, гиперсимпатической — у 6% и нормальной — у 2%.

Изучение структуры ЭЭГ у 21 больного с кожными аллергическими проявлениями, в том числе с ощущением зуда, являющегося по сути разновидностью боли или ноцицептивного раздражения, были выявлены 3 основных варианта изменения биоэлектрической активности мозга, как общемозговых, так и локальных, коррелирующих с длительностью заболевания.

Первый вариант изменений биоэлектрической активности отмечался у 8 (38,1%) больных с длительностью заболевания от 6 мес до 2 лет (средняя длительность 1,4 года) и характеризовался сохранным  $\alpha$ -ритмом в задних отделах полушарий. Исследование нейрофизиологических изменений передних областей коры больших полушарий обнаружило формирование в них специфических локальных изменений в виде преобладания в фронтальных отделах полушарий групп синхронизированной  $\beta$ -активности в сочетании с отдельными острыми волнами и групп парietального  $\theta$ -ритма также в сочетании с отдельными острыми волнами низкой амплитуды, которые, по-видимому, отражают ЭЭГ-характеристику таких проявлений ноцицептивных ощущений, как зуд.

В данной группе больных было также обнаружено, что наибольшее количество ЭЭГ-аномалий регистрируется во фронтальных и парietальных отделах неокортекса, что может служить локально-диагностическим критерием проявления такого ноцицептического раздражения, как зуд.

Второй вариант ЭЭГ-изменений наблюдался у 4 (19,0%) больных с длительностью заболевания от 3 до 6 лет (средняя длительность 5,2 года) и характеризовался редукцией локальных изменений и нарастанием общемозговых изменений биоэлектрической активности ирритативного характера, представленных частыми формами активности  $\beta$ -диапазона синхронизированного и асинхронного характера, снижением амплитуды биоэлектрической активности, дезорганизацией основного ритма в задних отделах полушарий,  $\beta$ -активностью и его полной редукцией. Описанный паттерн биоэлектрической активности свидетельствует о значительном повышении уровня возбудимости и лабильности коры больших полушарий за счет стойкого раздра-

жения ретикулярной формации мозга, ответственной за десинхронизацию корковой ритмики и формирование устойчивого патологического функционального состояния коры больших полушарий в виде компенсаторной гиперактивности, обусловленной ухудшением эмоционального статуса больного. Таким образом, по мере увеличения длительности существования дерматоаллергологических проявлений выявляются изменения биоэлектрической активности, распространяющиеся на всю кору в виде генерализованной, разлитой ирритации, обусловленные длительным раздражением ретикулярной формации ствола мозга и являющиеся, по-видимому, вторым вариантом ЭЭГ-эквивалента ноцицептивного ощущения в виде зуда, пролонгированного во времени. Полученные данные могут свидетельствовать о нейродинамическом дисбалансе в виде избыточности процессов коркового возбуждения и дефицита тормозных процессов активного избирательного характера.

Третий вариант изменений биоэлектрической активности наблюдался у 9 (42,9%) больных с длительностью заболевания от 8 до 13 лет (средняя длительность 12,5 лет) и характеризовался доминированием диффузной медленноволновой активности преимущественно  $\theta$ -диапазона в сочетании с группами полиморфных  $\Delta$ -волн, отсутствием основного  $\alpha$ -ритма в задних отделах полушарий, или наличием неустойчивых групп  $\alpha$ -подобных колебаний, замедленных по частоте до 8 гц, что свидетельствует о доминировании тормозных процессов в коре больших полушарий, резком снижении функционального состояния коры больших полушарий. Характерной и стабильной особенностью этой группы больных было наличие пароксизмальных вспышек  $\theta$ - $\Delta$ -активности при функциональной нагрузке — гипервентиляционной пробе, обусловленных дисфункцией диэнцефальных (таламических) отделов мозга, а также появлением у части больных локальных изменений в темпоральных отделах полушарий в виде преобладания  $\theta$ -активности ритмического характера с частотой 5—6 гц.

Таким образом, у больных данной группы выявляются признаки значительного нейродинамического дисбаланса в виде избыточности процессов коркового торможения, в результате чего отмечается резкое снижение функционального состояния коры больших полушарий, на фоне которых отмечается активация структур лимбического круга в виде доминирования темпорального  $\theta$ -ритма и пароксизмальной  $\theta$ -активности, обусловленной раздражением диэнцефальных отделов мозга. У этих больных также выявлен феномен реципрокных взаимоотношений между темпоральным  $\theta$ -ритмом и окципитальным  $\alpha$ -ритмом. Темпоральный  $\theta$ -ритм связан с кортико-лимбическими отношениями, и его можно рассматривать как результат активации филогенетически древних лимбических структур (эмо-

ционального мозга), на фоне редукции неокортикального окципитального  $\alpha$ -ритма, что коррелирует с клинической картиной обследованных больных, у которых, помимо соматического нарушения, выявляются базовые эмоциональные расстройства.

Клинико-психопатологическое обследование детей с кожными аллергическими проявлениями позволило выявить у всех больных депрессивные расстройства невротического уровня, характеризовавшиеся в основном незначительно выраженными снижением настроения и аффектом тоски (скука, уныние, грусть, печаль), тревожными (внутреннее беспокойство, напряжение, тревога, страхи, нередко навязчивые) и астеническими (усталость, вялость, утомляемость, раздражительность, настроенность на конфликт, гиперестезия) проявлениями. Наличие депрессивных расстройств в части наблюдений подтверждено с помощью шкалы Гамильтона, показатель которой в среднем составил  $12,5 \pm 2,1$  балла.

У 54 (65,9%) больных депрессия (психогенная, соматогенная, эндогенная) выступала как определяющая или преимущественная психическая патология у детей с акцентуацией черт характера, патологическим развитием личности и резидуально-органической недостаточностью ЦНС.

Депрессивные расстройства у 28 (34,1%) больных в виде синдрома или субсиндрома отмечались в структуре пограничных психических заболеваний, невротических реакций и состояний у акцентуированных личностей, астеноневротических состояний у акцентуированных личностей и лиц с ранним органическим поражением головного мозга, задержки психического развития резидуально-органического генеза, неврозоподобных церебрально-органически обусловленных состояний, трихотилломании и патохарактерологического развития личности.

Мало выраженные депрессивные расстройства отмечались у 90,2% больных (скрытая депрессия — у 2,4% больных, субдепрессия — у 87,8%), депрессия умеренной выраженности — у 9,8% больных.

Клиническая картина депрессии различной степени тяжести у детей с аллергическими проявлениями характеризовалась не только выраженностью депрессивного аффекта, но и субъективной оценкой ее с отсутствием при мало выраженной депрессии и наличием — при умеренно выраженной депрессии спонтанных жалоб на пониженное настроение.

У обследованных детей чаще (почти всегда) наблюдалась обратная зависимость между выраженностью депрессивных нарушений и обусловленными ими дерматологическими расстройствами: при слабой выраженности депрессивных проявлений более значительными были кожные, и наоборот.

У 85,4% больных депрессивные расстройства имели психогенное происхождение, у 9,7% — соматогенное и у 4,9% — эндогенное.

Клинико-психопатологически по ведущему аффекту были выделены следующие типологические варианты депрессии: 1) тревожная — у 24,4%; 2) астеническая — у 13,4%; 3) тоскливая — у 3,7%; 4) астенотревожная — у 51,2%; 5) тревожно-тоскливая — у 7,3% больных.

Тревожная депрессия определялась пониженным настроением с чувством беспокойства, внутреннего напряжения, тревоги или страха за собственное благополучие и/или близких, непоседливостью, суевностью обычно во второй половине дня с усилением этих проявлений к вечеру и затруднением засыпания. Астеническая депрессия характеризовалась, наряду со снижением настроения, вялостью, легкой утомляемостью, истощаемостью, усталостью, непереносимостью шума, капризностью и плаксивостью уже с утра, еще большим снижением продуктивности, иногда двигательной расторможенностью и раздражительностью к вечеру, чаще с сонливостью и ранним засыпанием. У этих детей и подростков нередко выявлялись относительно выраженные церебральные проявления — головные боли, головокружения, тошнота в транспорте. Тоскливая депрессия у этих больных в своем клиническом оформлении содержала только невыраженные проявления тоски — скуку, уныние, грусть, нежелание участвовать в занятиях, особенно утром, с некоторым повышением активности и продуктивности к вечеру. При астенотревожной депрессии, наиболее частой, отмечались выраженная утомляемость, вялость, пассивность, даже в играх. Легко и часто выявлялись излишнее беспокойство, тревога, нередко раздражительность, нараставшие во второй половине дня, с нарушением засыпания, сон тревожный, поверхностный. Тревожно-тоскливая депрессия, выявляемая также как и тоскливая у единичных больных с аллергическими нарушениями, характеризовалась более выраженной тревогой или страхом, внутренней напряженностью с ожиданием неприятностей, сопровождающихся скукой, унынием и более выраженными проявлениями тоски — подавленностью с чувством неспособности что-либо делать в первой половине дня и усилением деятельности во второй.

Отдельные типологические варианты депрессии в определенной степени коррелировали с ее этиологией. Так, астеническая депрессия обычно имела соматогенное, чаще церебрально-органическое происхождение, тревожная, астенотревожная и тревожно-тоскливая депрессии — психогенное, а тревожно-тоскливая и тоскливая — эндогенное происхождение.

В сравнительно-возрастном аспекте различные типологические варианты депрессии были представлены следующим образом: астенический — у детей от 2 до 13 лет с преимущественным проявлением до 8-летнего возраста, тревожный — с 2 до 16 лет с преимущественным проявлением до 9 лет,

астенотревожный — с 5 до 16 лет с преимущественным проявлением с 10 до 16 лет, тоскливый — с 7 до 15 лет и тоскливо-тревожный вариант депрессии — с 9 до 15 лет.

Наибольшее парасимпатическое влияние отмечалось у больных с астено-тревожной депрессией (78,6%), симпатическое было у 10,7%, нормальный гомеостаз отмечался у 10,7%, парасимпатикотония при астенической депрессии отмечалась у 70%, симпатикотония — у 20% и нормальный гомеостаз — у 10%, а при тревожной депрессии парасимпатикотония выявлялась у 55,3%, симпатикотония — у 31,6% и нормальный гомеостаз — у 13,2% обследованных.

Учитывая особенности клиники кожных аллергических проявлений, было проведено сравнительное изучение временных и половых особенностей, ФР возникновения и клиники психических расстройств в 2 группах больных: 1-я группа — 46 больных с кожными аллергическими сыпями без зуда и 2-я группа — 25 больных с кожным зудом без высыпаний.

В 1-й группе дерматоаллергологические проявления у 2 (4,3%) больных расценивались как психосоматические состояния, у 44 (95,7%) — как реакции, во 2-й группе отмечались только психосоматические реакции (100%).

Преобладание девочек в 1-й группе больных было более значительным (1:1,7), чем во 2-й (1:1,3), средний возраст больных составил 11,1±1,1 и 10,5±1,2 года, возраст начала заболевания — 5,5±1,3 и 5,7±1,7 года, а длительность заболевания — 5,5±1,1 и 5,2±1,5 года соответственно. Анализ ФР по группам позволил установить некоторое преобладание генетических (3,3 и 2,7) и психосоциальных (5,2 и 4,6) ФР в 1-й группе больных, церебрально-органических во 2-й — 3,5 и 3,7 при преобладании общего числа ФР — 11,8 и 11,4 в 1-й группе.

Из генетических ФР в обеих группах наибольшее значение имеют особенности личности больных — 95,7% и 100%, личностные особенности матерей — у 69,6% и 68%, наличие психосоматических расстройств у родственников — у 50% и 40%, с кожными нарушениями — у 26% и 16%, личностные особенности отцов — у 47,8% и 32% и психопатологическая наследственность — у 32,6% и 20% больных.

Из церебрально-органических ФР в 1-й и 2-й группах чаще отмечались остаточные явления раннего органического поражения головного мозга (93,5% и 96%), патология беременности — у 78,3% и 68% матерей, нарушения вскармливания — у 52,2% и 56%, травмы, операции и тяжелые заболевания в анамнезе — у 32,6% и 36%, патология родов — у 30,4% и 44%, патология новорожденного — у 23,9% и 44% и нарушения психомоторного развития — у 17,4% и 16% больных.

Наиболее значимыми психосоциальными ФР в

обеих группах были следующие: патология воспитания — у 80,4% и 88% больных и нарушение системы мать—дитя — у 67,4% и 80%, излишнее переживание за оценки — у 54,3% и 44%, наличие братьев и сестер — у 58,7% и 52%, конфликты с окружающими — у 50% и 32%, посещение детских учреждений — у 43,5% и 44%, психоэмоциональные перегрузки — у 21,7% и 28%, неполная семья — у 19,6% и 20%, психогенные аффективные нарушения на первом году жизни — у 17,4% и 24%, конфликты в семье — у 17,4% и 0%, изменение стереотипа поведения в дошкольном возрасте — у 13,4% и 4%, смерть родителей и близких родственников — у 8,7% и 8% больных.

Аффективные (депрессивные) расстройства по группам больных с кожными аллергическими проявлениями и зудом также имели некоторые различия.

Преобладание собственно депрессии отмечалось в обеих группах больных, но чаще во 2-й группе — 60,9% и 72%. Слабо выраженная депрессия значительно преобладала как в 1-й (89,1%), так и во 2-й (88%) группах, соответственно умеренно выраженная депрессия отмечалась одинаково редко (10,9% и 12%). Наиболее представленной в обеих группах была астено-тревожная депрессия (58,6% и 40%), реже тревожная (26,1% и 24%) и астеническая (10,9% и 20%), редко тревожно-тоскливая (2,2% и 12%) и тоскливая (2,2% и 4%).

Генез аффективной (депрессивной) патологии также отличался по группам. Частота психогенной депрессии составила 78,3% и 96%, соматогенной — 17,4% и 0%, эндогенной — 4,3% и 4% соответственно.

Проявления агрессивности у детей 1-й и 2-й групп с дерматоаллергологическими нарушениями отмечались в 26,1% и 24% случаев соответственно.

Нарушения вегетативного гомеостаза в 1-й группе выявлены у 97% больных, во 2-й — у 75% с преобладанием парасимпатического влияния у 69,6% и 50% больных, симпатического — у 27,3% и 25% больных, тогда как нормальный гомеостаз с нормальной вегетативной реактивностью отмечался у 3% детей 1-й группы и с гиперсимпатической — у 25% больных 2-й группы.

Изучение показателей, исходя из учета длительности существования кожных нарушений до 5 лет (средняя длительность заболевания 2,2±0,4 года) — группа А (44 больных) и свыше 5 лет (средняя длительность 9,1±0,8 года) — группа Б (38 больных), также выявило некоторые различия.

В группе А дерматоаллергологические проявления у 4 (7%) больных расценивались как психосоматические состояния, а у 53 (93%) — как реакции, в группе Б отмечались только психосоматические реакции (100%). Аллергические кожные проявления по группам отмечались у 24 (54,6%) и 22 (57,9%) больных, аллергические реакции с зудом — у 7 (15,9%) и 4 (10,5%) и зуд кожи — у 13 (29,5%) и 12 (31,6%) больных соответственно.

Преобладание девочек в группе А было более значительным (1:1,8), чем в группе Б (1:1,5). Средний возраст больных группы А был  $10,4 \pm 1,2$  года, группы Б —  $11,8 \pm 0,7$  года, средний возраст начала заболевания соответственно  $8,3 \pm 1,4$  и  $2,9 \pm 0,9$  года.

Анализ ФР в зависимости от длительности заболевания позволил установить некоторое преобладание генетических и психосоциальных ФР в группе Б — 2,8 и 3,1; 4,7 и 5,6, а церебрально-органических в группе А — 3,8 и 2,9 с незначительным преобладанием общего числа ФР в группе Б (11,3 и 11,6).

Из генетических ФР в обеих группах наибольшее значение имеют особенности личности больных (95,5% и 97,4%). Личностные особенности матерей отмечались у 72,7% и 63,2% больных, наличие психосоматических расстройств у родственников — у 50% и 47,4%, с кожными нарушениями — у 27,3% и 23,7%, личностные особенности отцов — у 40,9% и 39,5%, психопатологическая наследственность — у 20,5% и 36,8% и аффективные проявления на первом году жизни — у 4,6% и 26,3% соответственно.

Из церебрально-органических ФР в группах А и Б чаще отмечались остаточные явления раннего органического поражения головного мозга (93,2% и 92,1%), патология беременности установлена у 97,7% и 26,3%, нарушения вскармливания — у 54,5% и 55,3%, травмы, операции и тяжелые заболевания в анамнезе — у 34,1% и 36,8%, патология родов — у 31,8% и 28,9%, патология новорожденного — у 29,6% и 31,6%, соматогенные аффективные нарушения на первом году жизни — у 13,6% и 7,9% и нарушения психомоторного развития — у 20,5% и 10,5% больных.

Наиболее значимыми психосоциальными ФР в обеих группах были следующие: патология воспитания у 77,3% и 73,7% и нарушение системы мать—дитя у 70,5% и 76,3%. Излишние переживания за оценки отмечались у 56,8% и 57,9% больных, наличие братьев и сестер — у 52,3% и 57,9%, посещение детских учреждений — у 31,8% и 52,6%, конфликты с окружающими — у 29,5% и 57,9%, психоэмоциональные перегрузки — у 20,5% и 30%, психогенные аффективные нарушения на первом году жизни — у 20,5% и 18,4%, конфликты в семье — у 13,6% и 10,5%, дополнительные нагрузки в школе — у 11,5% и 2,6%, смерть родителей, родственников — у 11,5% и 7,9%, плохие материально-бытовые условия — у 11,4% и 0%, неполная семья — у 9,1% и 31,6%, изменение стереотипа поведения (миграция, переход в другую школу) — у 9,1% и 10,5%, болезнь родителей и близких родственников — у 2,3% и 7,9% больных.

Проявления агрессивности отмечались у 25% и 23,7% больных соответственно. Аффективные (депрессивные) расстройства у больных с разной

длительностью кожных аллергических проявлений и зуда также имели некоторые различия. Преобладание собственно депрессии отмечалось в обеих группах больных, но чаще в группе А — 70,5% и 60,5% соответственно. Слабо выраженная депрессия значительно преобладала как в группе А (88,6%), так и в группе Б (89,5%), соответственно умеренно выраженная отмечалась одинаково редко (11,4% и 10,5%). Наиболее представленной в обеих группах была астенотревожная депрессия (31,8% и 73,7%), реже тревожная (34,1% и 13,2%) и астеническая (22,7% и 2,6%), редко тревожно-тоскливая (6,8% и 7,9%) и тоскливая (4,6% и 2,6%).

Генез аффективной (депрессивной) патологии отличается по группам незначительно. Частота психогенной депрессии составила 84,1% и 86,8%, соматогенной — 11,4% и 7,9%, эндогенной — 4,5% и 5,3% соответственно в группах А и Б.

Нарушение вегетативного гомеостаза отмечено в группе А у 95,8%, в группе Б — у 84,6% больных с преобладанием парасимпатического влияния у 75% и 57,7%, симпатического — у 20,8% и 26,9% больных.

Комплексная патогенетическая терапия психосоматических расстройств, включающих кожные аллергические проявления, с использованием антидепрессантов привела к достижению выраженного эффекта у 68,75% больных (значительное улучшение — у 56,25%, выздоровление — у 12,5% больных), улучшение отмечалось у 31,25% больных, тогда как симптоматическая терапия, даже с использованием транквилизирующих средств, способствовала значительному улучшению состояния только у 6,25% больных. Улучшение в контрольной группе отмечалось у 59,4% больных, незначительное улучшение — у 15,6% и состояние без динамики — у 18,75% больных.

В качестве антидепрессантов эффективными при лечении тревожной депрессии у больных с аллергическими нарушениями, особенно на ранних возрастных этапах, являлись препараты растительного происхождения — адаптогены (экстракт элеутерококка, настойки лимонника, заманихи, родиолы, левзеи) в сочетании с транквилизирующими средствами (настойки боярышника, пустырника, пассифлоры, ново-пассит) и препаратами с ноотропным, сочетающимся с седативным, характером действия (пантогам, глицин, биотредин), а также препараты зверобоя — гелариум, деприм, негрустин, таблетки и настойка зверобоя, а также азафен в возрастных дозах.

Из транквилизирующих средств успешно использовали атаракс, оказывающий не только анксиолитическое воздействие, но способствующий смятению навязчивых отрицательных представлений и улучшению качества жизни у лиц, не только активно реагирующих, но и склонных к частому воспроизведению негативных событий.

При астенотревожной депрессии наряду с адап-



## пиразидол

тогенами, использовавшимися при тревожной депрессии, наиболее адекватными из антидепрессантов являлись отечественные препараты азафен и пиразидол в возрастных дозировках, которые в малых дозах оказывают наряду с антидепрессивным активирующее действие, уменьшая астенические проявления, а в средних — антидепрессивное и анксиолитическое, оптимально влияя при этом на нормализацию настроения и соответственно вегетативного гомеостаза. Из ноотропов при астенотревожной депрессии с успехом использовали ноотропил и пиридитол.

Таким образом, психический статус детей с кожными аллергическими проявлениями характеризуется наличием аффективной патологии в виде депрессии невротического уровня, имеющей преимущественно психогенное происхождение.

Особенностью депрессивных расстройств является малая выраженность и большая частота (65,9%) в виде собственно депрессии при меньшей представленности (34,1%) синдромальных или субсиндромальных вариантов в структуре других психических заболеваний, преимущественно невротического круга.

Типологические особенности депрессии у детей с кожными аллергическими проявлениями выступают преимущественно в виде астенотревожного и тревожного вариантов, редко астенического и крайне редко тоскливого и тревожно-тоскливого.

Значительная представленность как биологических (генетических и церебрально-органических), так и психосоциальных ФР возникновения психических расстройств также свидетельствует об определенной роли патологии ЦНС в виде аффективных расстройств в генезе аллергических проявлений у детей.

Особенности клинических проявлений кожной патологии у детей коррелируют со степенью представленности некоторых факторов патогенеза — преобладание психопатологической наследственности, личностных особенностей отцов и конфликтности в семье, с окружающими, а также миграции, смена школы при аллергических проявлениях без зуда и большая частота патологии родов, новорожденного и нарушения системы мать—дитя при зуде кожи. При аллергических реакциях чаще отмечается астенотревожная и тревожная депрессия, а при зуде — астеническая и тревожно-тоскливая.

При большей длительности дерматоаллергологических расстройств у детей достоверно чаще отмечаются психопатологическая наследственность, аффективные проявления на первом году жизни, посещение детских учреждений с негативной реакцией, неполная семья и конфликтность с окружающими, тогда как при меньшей длительности существования — патология беременности, нарушение психомоторного развития, плохие материально-бытовые условия и дополнительная на-





грузка в школе. С нарастанием длительности дерматоаллергологических проявлений увеличивается частота астенотревожной депрессии при уменьшении частоты астенической и тревожной депрессии.

У больных с аллергическими реакциями ноцицептивного характера в зависимости от длительности заболевания отмечаются ЭЭГ-проявления нарушений функционального состояния различных отделов мозга — фронтальных и париетальных отделов неокортекса, темпоральных и диэнцефаль-

ных отделов мозга, ретикулярной формации, коррелирующие с психопатологической симптоматикой.

Относительно высокая эффективность лечения больных с использованием антидепрессантов дополнительно свидетельствует о необходимости учета психоэмоционального статуса детей с кожными аллергическими проявлениями при выборе терапевтического подхода, не ограничиваясь применением только транквилизирующих средств, способствующих нередко усилению депрессии.

#### ЛИТЕРАТУРА

См. online-версию журнала <http://www.pediatrjournal.ru> № 6/2005, приложение № 3.

© Коллектив авторов, 2004

*V.C. Масюк<sup>1</sup>, T. Naahntela<sup>2</sup>, Klemola<sup>2</sup>, L. von Hertzen<sup>3</sup>*

### АТОПИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА г. ПЕТРОЗАВОДСК И г. ХЕЛЬСИНКИ

<sup>1</sup>Больница скорой медицинской помощи, г. Петрозаводск, РФ;

<sup>2</sup>Клиника кожных и аллергических заболеваний Хельсинкского университета,

<sup>3</sup>Финская ассоциация здоровых легких, г. Хельсинки, Финляндия

Авторы обследовали случаи атопии среди 210 детей младшего школьного возраста (7—9 лет) в г. Петрозаводск и г. Хельсинки. Анкетирование родителей показало, что в семейном анамнезе около половины финских детей имеют атопические заболевания (у 43,3% — атопическая экзема, у 49% — аллергический ринит и у 38,5% — бронхиальная астма), но отмечена редкая встречаемость этих состояний у русских детей (0,9%, 2,8% и 1,9% соответственно). Было обнаружено, что у финских детей кожные прик-тесты положительны на пыльцу березы в 14,4% и на шерсть кошек в 17,3% случаев (у русских детей соответственно 4,7% и 7,5%). Наши результаты соответствуют научным гипотезам, связывающим большое количество атопических реакций у детей с наследственной предрасположенностью, влиянием внешней среды, различным питанием, уровнем развития гигиены и образом жизни человека.

Authors studied cases of atopy in a group of 210 children in the age 7—9 years old in Petrozavodsk and Helsinki. Special questioning showed that about 50% of Finnish children had positive family history of atopy (atopic dermatitis in 43,3% of cases, allergic rhinitis in 49% of cases and bronchial asthma in 38,5% of cases), but occurrence of atopic diseases in Russian families was significantly more rare (0,9%, 2,8% and 1,9% correspondingly). Authors showed that Finnish children had positive prick-tests on birch pollen in 14,4% of cases and on cat hair allergen — in 17,3% of cases; Russian children had positive prick test in 4,7% and 7,5% of cases correspondingly. Our results confirms scientific hypothesis which connect high frequency of allergic reactions in children with familial predisposition, with influences of environmental factors, with peculiarities of diet, with development of hygiene and with mode of life.

Термин «атопия» впервые был использован Соса и Сооке в 1923 г. для описания клинических проявлений гиперчувствительности I (немедленного) типа, которая характеризуется аллергической реакцией, развивающейся сразу после контакта с аллергеном (антигеном) [1].

К основным клиническим проявлениям атопических заболеваний (АЗ) относятся экзогенная

бронхиальная астма, аллергический ринит, аллергические заболевания желудочно-кишечного тракта, лекарственная аллергия, атопический дерматит, крапивница и отек Квинке [2]. Эти состояния обычно наблюдаются у лиц с семейным анамнезом, отягощенным такими же или сходными заболеваниями, а также у лиц, которые сразу реагируют на обычные аллергены внешней среды

## Литература

1. Полотебнов А.Г. Дерматологические исследования.— Вып 1.— СПб., 1886.
2. Никольский П.В. // Варшавские университетские известия.— 1910.— №6.— С. 11–19.
3. Топорков Н.Н. //Врач. обозр.— 1926.— №10.— С. 445–447.
4. Wittkower E.D., Lester E.P. Hautkranheiten in psychosomatischer.— Sicht., Basle; 1963.— 39 s.
5. Макаренко Ю.А. Системная организация эмоционального поведения.— М., 1980.— 208 с.
6. Крыжановский Г.Н., Магаева С.В., Макаров С.В. Нейроиммунопатология.— М.,1997.— 283 с.
7. Miller H., Baruch D.W. // Psychosom. Med. —1948.— Vol. 10, N5.— P.275–278.
8. Woodhead B. // Arch. Dis. Childhood – 1948.— Vol. 21.— P. 98–104.
9. Minichin S., et al. //Arch. Gen. Psychiatr.— 1975.— Vol. 32, N8.— P. 1031–1040.
10. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. — СПб., 1996.— 454 с.