

## **АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ КАК МОДЕЛЬ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ: КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ**

**Мамедова М.А., Спрышков Н.Е., Дмитриев М.Н.**

*г. Ростов-на-Дону*

Атопический дерматит (АД) – хроническое или хронически рецидивирующее не-контагиозное воспалительное заболевание кожи (Намазова-Баранова Л.С., 2016; Ahn N., 2019; Edwards R., 2019). Его ведущими клиническими проявлениями являются экзематозные поражения кожи и зуд (Гребенченко Е.И., 2009; Ring J., 2006). Существует большое количество факторов predisпозиции и патогенеза АД (Lin T., 2017; Edwards R., 2016). Одним из самых значимых является психологический стресс, который запускает или усугубляет течение болезни, формируя дисрегуляцию по оси гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы (Лусс Л.А., 2010; Намазова-Баранова Л.С., 2016; Dalgard F., 2015; Lin T., 2017), что позволяет рассматривать эту патологию как одну из основных кожных форм психосоматических заболеваний (Лусс Л.А., 2010; Stumpf A., 2018).

Эпидемиологические характеристики АД могут различаться в различных регионах мира, однако отмечается четкая связь с возрастом дебюта заболевания - в 90 - 95% случаев заболевание развивается в первые 5 - 6 лет жизни, к моменту совершеннолетия симптомы остаются приблизительно у 10 - 30% больных (Avena-Woods C., 2017; Xie Q., 2019). Суммарная распространенность АД в Российской Федерации в зависимости от региона составляет от 6,2% до 15,5% (Намазова-Баранова Л.С., 2016).

Основным симптомом, объединяющим психическое и соматическое начало АД, является зуд - мучительное ощущение, сопровождаемое потребностью в ответном механическом раздражении кожи. В возникновении зуда при АД играют роль немиелинизированные С-волокна, передача возбуждения по которым может быть визуализирована на позитронной эмиссионной томографии, что позволяет локализовать паттерны активации в головном мозге во время зуда (Гребенченко Е.И., 2009). Затем информация поступает в обратном направлении по разветвлениям аксона на периферию – так называемый аксон-рефлекс, результатом чего является высвобождение нейропептидов, активирующих тучные клетки и запуск механизма аллергического воспаления (Ring J., 2006).

Феномен зуда и расчесывание связаны с эмоциональными нарушениями. Психологические феномены могут влиять на интенсивность течения заболевания и обостряться вследствие воздействия негативных психологических факторов (Ring J., 2006). Помимо собственно ощущения зуда как триггеры для расчесывания могут выступать высокий уровень тревожности и плохое настроение. Характерной особенностью больных АД является формирование избегающего поведения, прежде всего определенных стрессовых ситуаций, которое может на некоторое время предотвращать расчесывания.

В развитии АД помимо иммуноаллергологических и воспалительных аспектов необходимо рассматривать когнитивно-поведенческую проблему. Трудности в преодолении эмоциональных переживаний, не ограничивающихся зудом, приводят к появлению расчесывания, которое повышает чувствительность кожи, приводя к усилению зуда, что,

в свою очередь, стимулирует стереотипную реакцию расчесывания и вторичных симптомов АД, формируя так называемый «порочный круг». Избегание провоцирующих ситуаций или страх социальной стигмы при наличии заметной окружающим симптоматики приводят к еще большему страданию и снижению качества жизни (Edwards R., 2016). Поэтому феномен хронического зуда и формирование ритуалов расчесывания представляют трудность для исключительно соматического лечения (Stumpf A., 2018).

В связи с вышеизложенным актуальным является междисциплинарный подход в лечении АД, включающий психотерапевтические и психофармакологические подходы (Stumpf A., 2018). Вклад психиатра в алгоритм комплексной терапии АД как психосоматического расстройства связан прежде всего с высоким уровнем коморбидности с психическими расстройствами. Было обнаружено, что дети с АД имеют повышенный риск развития эмоциональных и поведенческих нарушений, включая синдром дефицита внимания, расстройства аутистического спектра. Вероятно, избыток воспалительных медиаторов, реализуемых в результате атопического воспаления, способствует манифестации синдрома дефицита внимания (Ahn H., 2019; Strom M., 2016). Распространенность депрессии среди пациентов с АД достигает 20,1%. Также было выявлено, что при АД у пациентов часто регистрируют высокие показатели по шкале депрессии (Patel K., 2019; Strom M., 2016; Werfel T., 2019), обнаруживают суицидальные идеи (Ahn H., 2019; Patel K., 2019).

В 2013 году проводилось международное исследование пациентов с АД в 13 европейских странах, включая Россию. Клинически значимый уровень депрессии зарегистрировали у 10,1% пациентов, клиническая тревога присутствовала у 17,2%, о суицидальных идеях сообщили 12,7% всех пациентов. Подавляющее большинство (68,0%) пациентов с АД в качестве причины суицидальных переживаний называли проблемы из-за своей кожной болезни (Dalgard F., 2015). Похожее исследование, проведенное в Сингапуре в 2016 - 2017 гг., показало, что степень выраженности тревоги и депрессии у пациентов с АД напрямую зависит от степени тяжести кожных проявлений (Lim V., 2016).

В настоящее время существуют международные пошаговые алгоритмы ведения пациентов с АД в зависимости от тяжести заболевания. Базовая терапия включает в себя использование увлажняющих средств для кожи с целью поддержания ее барьерной функции; использование местных противовоспалительных средств, в т.ч. из групп кортикостероидов и ингибиторов кальциневрина, используемых при обострениях или в качестве поддерживающей терапии; а также фототерапию, системные иммунодепрессанты, системные глюкокортикоиды (Edwards R., 2016; Feldman S., 2019; Werfel T., 2019).

Наличие значимой коморбидности с психическими расстройствами тревожно-аффективного спектра и психологические триггеры зуда предусматривают возможность комплексной терапии (Patel K., 2019). Поэтому в дополнение к базовым алгоритмам необходимо присоединять психофармакотерапию и психотерапию. Корректирующая терапия обеспечивает центральное противозудное и/или анальгезирующее действие (Belinskaia D., 2019). В международной практике в лечение зуда часто включают антигистаминные препараты, антидепрессанты, антагонисты опиоидных и 5HT<sub>3</sub> рецепторов (Brasileiro L., 2016). Из рекомендованных препаратов можно отметить антидепрессанты разного механизма действия: циталопрам; миансерин, тразодон, венлафаксин. Протовозудным эффектом может обладать антиконвульсант карбамазепин и нейрорептик хлорпротиксен (Belinskaia D., 2019; Brasileiro L., 2016).

Основными методами психотерапии при АД являются симптоматическая (СПТ): релаксационные методы, прогрессивная мышечная релаксация по Джекобсону, эриксонов-

ский гипноз; и патогенетическая личностно-ориентированная психотерапия (ПТГПТ): когнитивно-поведенческая, гештальт-терапия. СПТ является краткосрочным методом – обладает быстрым, но не стойким эффектом. У ПТГПТ эффект отсроченный, но более стойкий (Бабкина О.Ю., 2010; Намазова-Баранова Л.С., 2016). Основной задачей психотерапии является повышение толерантности пациента к зуду и трудным эмоциональным переживаниям, что достигается практикой осознанности симптомов АД и своего поведения в зависимости от них (E. Hedman-Lagerlöf, 2019).

Таким образом, рассматривая атопический дерматит как вариант психосоматических расстройств из группы зудящих дерматозов, в нашем кратком обзоре были показаны его основные клинические особенности, проанализирована коморбидность с психопатологическими феноменами и освещены вопросы комплексного лечения, в т.ч. базовые методики психотерапии и психофармакотерапии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бабкина О.Ю. Методы психотерапии в комплексном лечении больных бронхиальной астмой и другими аллергическими заболеваниями: автореф. дисс. ... канд. медицинских наук. – Санкт-Петербург, 2010. – 19 с.
2. Гребенченко Е.И. Механизм кожного зуда при атопическом дерматите / Е.И. Гребенченко, И.С. Гуцин, Е.С. Феденко // Российский аллергологический журнал. – 2009. – № 3. – С.3-12.
3. Лусс Л.А. Роль психосоматических расстройств при атопическом дерматите. Возможности коррекции / Л.А. Лусс // Доктор.ру – 2010. - № 2 (53). – С.55 - 58.
4. Намазова-Баранова Л.С. Атопический дерматит у детей: современные клинические рекомендации по диагностике и терапии / Л.С. Намазова-Баранова, А.А. Баранов, А.А. Кубанова и др. // Вопросы современной педиатрии. - 2016. - №3. - С.279 - 294.
5. Ahn H. Cross-sectional study of psychiatric comorbidities in patients with atopic dermatitis and nonatopic eczema, urticaria, and psoriasis. / H. Ahn, M. Shin, J. Seo et al. // *Neuropsychiatr Dis Treat.* - 2019. – Vol. 15. – P.1469 – 1478.
6. Avena-Woods C. Overview of atopic dermatitis. / C. Avena-Woods // *The American Journal of Managed Care.* – 2017. – Vol.23, Issue 8. - P.115 – 123.
7. Belinskaia D. Psychotropic Drugs for the Management of Chronic Pain and Itch / D. Belinskaia, M. Belinskaia, O. Barygin et al. // *Pharmaceuticals.* – 2019. – Vol. 12, Issue 2. – 99.
8. Brasileiro L. Psychotropics in different causes of itch: systematic review with controlled studies / L. Brasileiro, E.Nunes, D. Barreto // *An Bras Dermatol.* - 2016. - Vol. 91, Issue 6. - P.791 - 798.
9. Dalgard F. The psychological burden of skin diseases: A cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. / F. Dalgard, U. Gieler, L. Tomas-Aragones et al. // *The Journal of Investigative Dermatology.* – 2015. – Vol. 135, Issue 4. – P.984 - 991.
10. Edwards R. The Role of Psychosocial Processes in the Development and Maintenance of Chronic Pain / R. Edwards, R. Dworkin, M. Sullivan, D. Turk // *The journal of pain: official journal of the American Pain Society.* – 2016. - Vol. 17, Issue 9. – P.70 - 92.
11. Feldman S. The Challenge of Managing Atopic Dermatitis in the United States / S. Feldman, L. Cox, L. Strowd et al. // *Am Health Drug Benefits.* – 2019. – Vol. 12, Issue 2. – P.83 - 93.
12. Hedman-Lagerlöf E. Exposure-based cognitive behavior therapy for atopic dermatitis: an open trial / E.Hedman-Lagerlöf, A.Bergman, N.Lindfors, M.Bradley // *Cognitive Behaviour Therapy.* – 2019. – Vol. 48, Issue 4. – P.300 - 310.
13. Lim V. Anxiety and Depression in Patients with Atopic Dermatitis in a Southeast Asian Tertiary Dermatological Centre / V. Lim, R. Ho, S. Tee, M. Ho et al. // *Ann Acad Med Singapore.* – 2016. - Vol.45, Issue 10. – P.451 - 455.
14. Lin T. Association between Stress and the HPA Axis in the Atopic Dermatitis / T. Lin, L. Zhong, J. Santiago // *International j. of molecular sciences* – 2017. – Vol. 18, Issue 10. – P.2131.
15. Patel K. Association between atopic dermatitis, depression, and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis / K. Patel, S. Immaneni, V. Singam et al. // *J. of the American Academy of Dermatology.* – 2019. - Vol. 80, Issue 2. – P.402 - 410.

16. Ring J. Handbook of Atopic Eczema. Second Edition. / J. Ring, B. Przybilla, T. Ruzicka // New York: Springer Verlag Berlin Heidelberg. – 2006. – P.427.
17. Strom M. Association between atopic dermatitis and attention deficit hyperactivity disorder in U.S. children and adults. / M.Strom, A.Fishbein, A.Paller, J.Silverberg // Br J Dermatol. – 2016. – Vol. 175, Issue 5. – P.920 - 929.
18. Stumpf A. Psychosomatic and psychiatric disorders and psychologic factors in pruritus / A. Stumpf, G. Schneider, S. Ständer // Clinics in Dermatology – 2018. – Vol. 36, Issue 6. – P.704 - 708.
19. Werfel T. S2k guideline on diagnosis and treatment of atopic dermatitis - short version / T. Werfel, A. Heretizadeh, W. Aberer et al. // American Health & Drug Benefits. – 2019. – Vol. 12, Issue 2. – P.83 - 93.
20. Xie Q. Risk of Mental Disorders in Children and Adolescents With Atopic Dermatitis: A Systematic Review and Meta-Analysis // Q. Xie, X. Dai, X. Tang et al. // Frontiers in Psychology. – 2019. – 10: 1773.