



Е. В. Гостищева

## Исследование психоэмоционального статуса у детей с атопическим дерматитом

ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского» МОЗ Украины,  
г. Симферополь

**Ключевые слова:**

атопический дерматит, дети,  
психоэмоциональный статус.

Для оценки психоэмоционального статуса как одного из критериев качества жизни провели исследование показателей 40 детей с атопическим дерматитом. Выяснили, что, используя шкалу оценки уровня реактивной и личностной тревожности, можно расширить возможности получения информации о состоянии здоровья пациента. У детей в стадии обострения атопического дерматита отмечен повышенный уровень реактивной и личностной тревожности, но на фоне лечения уровень тревожности снижается от высокого до умеренного.

**Дослідження психоемоційного статусу у дітей, які хворі на атопічний дерматит**

О. В. Гостищева

Для оцінювання психоемоційного статусу як одного із критеріїв якості життя виконали дослідження показників 40 дітей, які хворі на атопічний дерматит. Встановили, що, використовуючи шкалу оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності, можна розширити можливості отримання інформації про стан здоров'я пацієнта. У дітей у стадії загострення атопічного дерматиту відзначили підвищення рівня реактивної й особистісної тривожності, а на тлі лікування рівень тривожності знижується від високого до помірного.

**Ключові слова:** атопічний дерматит, діти, психоемоційний статус.

**Research of the psycho-emotional status in children with atopic dermatitis**

E. V. Gostishcheva

The study was conducted in 40 children with atopic dermatitis with a view to assessing the psycho-emotional status as one of the criteria for quality of life. The study showed that using a scale assessing the level of reactive and personal anxiety can increase the possibility of obtaining information about the state of health of the patient. The children in the acute phase of atopic dermatitis have elevated levels of reactive and personal anxiety, and the treatment by changing the level of anxiety from high to moderate.

**Key words:** atopic dermatitis, children, psycho-emotional status.

По данным ВОЗ, ежегодно регистрируют до 1 млн новых случаев заболевания атопическим дерматитом (АД) [1,3,6]. АД как хроническое заболевание существенно ухудшает качество жизни ребенка и его семьи, приводит к изменениям в эмоциональной сфере, нарушает привычный для детей образ жизни, гармоничное и духовное развитие. Заболевание приводит к психопатологическому формированию личности, его социальной дезадаптации (трудности в выборе профессии, создании семьи) и ранней инвалидизации. Чтобы оценить состояние психологического, физического и социального здоровья ребенка необходим комплексный показатель, которым, собственно, и является показатель качества жизни. Неблагоприятные факторы качества жизни отягощают течение любой болезни, особенно уязвимы пациенты с косметическими недостатками кожи, в частности, с АД [4,8].

Качество жизни, согласно одному из медицинских трактований, – это восприятие пациентом своего положения в зависимости от болезни в контексте его систем ценностей, планов, возможностей и психоэмоционального статуса. Однако на сегодня работ по изучению психоэмоционального статуса у детей с атопическим дерматитом недостаточно.

**Цель работы**

Изучение психоэмоционального статуса детей с атопическим дерматитом.

**Пациенты и методы исследования**

Для решения поставленной задачи обследовали 65 детей, среди них 40 с АД в периоде обострения и спустя месяц от начала лечения и 25 практически здоровых детей в возрасте от 10 до 17 лет. У всех детей с АД определяли интегральный показатель SCORAD путем оценки объективных (интенсивность и распространенность) и субъективных (нарушение сна и интенсивность дневного кожного зуда) критериев. По шкале SCORAD в баллах оценивали шесть объективных симптомов: эритема, отек/папулезные элементы, корки/мокнутие, экскориации, лихенификацию/шелушение, сухость кожи. Интенсивность каждого признака оценивали по 4-уровневой шкале: 0 – отсутствие, 1 – слабая, 2 – умеренная, 3 – сильная. При оценке площади поражения использовали «правило девятки». Расчет индекса SCORAD производили по формуле:  $SCORAD = A/5 + 7B/2 + C$ , где А – сумма баллов распространенности поражения кожи; В – сумма баллов интенсивности клинических симптомов; С – сумма баллов интенсивности субъективных нарушений по визуальной аналоговой шкале [7].

Для психологического тестирования применяли шкалу оценки уровня реактивной и личностной тревожности (Ч.Д. Спилберга, Ю.Л. Ханина). Этот тест – наиболее надежный и информативный способ самооценки уровня

тревожности на момент опроса (реактивной тревожности (РТ) как состояния и личностной тревожности (ЛТ) как устойчивой характеристики человека). ЛТ характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. РТ характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью. Но тревожность не является изначально негативной чертой. Определенный уровень тревожности – естественная и обязательная особенность активной личности. При этом существует индивидуальный оптимальный уровень «полезной тревоги».

Наличие низкого уровня тревожности свидетельствует о недооценке пациентом своего состояния и требует повышения чувства ответственности и внимания к своему состоянию. Высокая ЛТ говорит в пользу невротического конфликта с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями. Франц Александер в 1950 г. предложил рассматривать АД как классическое психосоматическое заболевание, обострения которого могут быть спровоцированы психогенно.

Шкала оценки состоит из двух частей, отдельно оценивали реактивную (РТ, высказывания 1–20) и личностную (ЛТ, высказывания 21–40) тревожности. Показатели РТ и ЛТ рассчитывали по формулам:

$$РТ = \sum 1 - \sum 2 + 35,$$

где  $\sum 1$  – сумма всех зачеркнутых цифр на бланке по пунктам шкалы 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;  $\sum 2$  – сумма всех зачеркнутых цифр на бланке (пункты 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20).

$$ЛТ = \sum 1 - \sum 2 + 35,$$

где  $\sum 1$  – сумма всех зачеркнутых цифр на бланке по пунктам шкалы 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;  $\sum 2$  – сумма всех зачеркнутых цифр на бланке (пункты 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39).

При интерпретации результаты оценивали так: до 30 – низкая тревожность, 31–45 – умеренная тревожность, 46 и более – высокая тревожность [2].

Статистическую обработку данных выполняли с использованием t критерия Стьюдента.

### Результаты и их обсуждение

В исследовании приняли участие дети с АД в периоде обострения. Из общего количества у 5 больных (12,5%) отметили легкое течение АД, у 24 (60%) – средней степени тяжести, у 11 (27,5%) – тяжелое течение заболевания (табл. 1).

Таблица 1

#### Распределение степени тяжести атопического дерматита с учетом пола

SCORAD	Легкая		Средняя		Тяжелая		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Мальчики	2	5	14	35	3	7,5	19	47,5
Девочки	3	7,5	10	25	8	20	21	52,5
Всего	5	12,5	24	60	11	27,5	40	100

Как видно из таблицы 1, достоверных различий по степени тяжести течения заболевания у мальчиков и девочек не обнаружили, но отметили тенденцию к преобладанию более чем в 2 раза количества девочек с тяжелой степенью АД.

В диагностическом периоде низкая РТ отмечена у 2 пациентов (5%). В обоих случаях это были мальчики (10,5% от общего количества мальчиков) со средней степенью тяжести АД.

Умеренная РТ обнаружена у 12 (30%) больных, среди которых 3 мальчика с АД средней степени тяжести, 2 – с легкой степенью тяжести и 7 девочек, из которых 4 – со средней степенью тяжести и 3 – с легкой.

У 26 пациентов с АД отмечен высокий уровень РТ (65%). Это были мальчики и девочки с тяжелой степенью АД и большая часть пациентов со средней степенью АД. У таких пациентов отсутствовало чувство внутреннего удовлетворения, они ощущали скованность, напряжение, отмечали отсутствие уверенности в себе.

При исследовании ЛТ низкого уровня не обнаружили. Умеренную ЛТ отметили у 21 пациента (52,5%). Это были все мальчики и девочки с легкой степенью тяжести АД. Со средней степенью тяжести АД – 16 пациентов (9 мальчиков и 7 девочек). 19 детей с АД (47,5%) в диагностическом периоде беспокоили плаксивость, они не чувствовали себя в безопасности, сильно переживали разочарования, им не хватало уверенности в себе, ощущали тревогу из-за пустяков, что говорило в пользу высокой ЛТ. Это были все мальчики и девочки с тяжелой степенью АД. Среди пациентов со средней степенью тяжести – 5 мальчиков и 3 девочки.

Таблица 2

#### Динамика показателей уровня тревожности при поступлении и выписке

	РТ низкая	РТ умеренная	РТ высокая	Всего
Контроль	5 20%	20¶¶¶¶¶ 80%	-	25 100%
АД поступление	2 5%	12**** 30%	26**** 65%	40 100%
АД выписка	-	37++++ 92,5%	3 7,5%	40 100%
	ЛТ низкая	ЛТ умеренная	ЛТ высокая	Всего
Контроль	5 20%	20   80%	-	25 100%
АД поступление	-	21 52,5%	19 47,5%	40 100%
АД выписка	-	36§§§§§ 90%	4§§§§ 10%	40 100%

Примечания: \*\*\*\* – P<0,001 – достоверность между уровнями РТ тревожности при поступлении; +++++ – P<0,001 – достоверность между уровнями РТ тревожности при поступлении и выписке; ¶¶¶¶¶ – P<0,001 – достоверность уровней РТ тревожности между группой контроля и поступлением; || – P<0,02 – достоверность уровней ЛТ тревожности между группой контроля и поступлением; §§§§ – P<0,001 – достоверность между уровнями ЛТ тревожности при поступлении и выписке.

АД приводит также к снижению качества жизни ввиду необходимости диетического питания, выбора определенной одежды, температурного режима, отказа от косметических средств, ограничения межличностных контактов из-за смущения и подавленности, вызванных состоянием кожи [5].

При повторном обследовании детей спустя 30 дней от начала терапии провели повторное исследование РТ и ЛТ. Уменьшилось количество пациентов с высоким уровнем РТ с 26 (65%) до 3 (7,5%).

На фоне терапии основного заболевания отмечены изменения результатов исходного тестирования, а именно снижение ЛТ с высокой до умеренной. У 36 человек (90%) обнаружили умеренный уровень ЛТ, а у 4 пациентов (10%) сохранялся высокий уровень ЛТ.

Как РТ, так и ЛТ, сохранялась у девочек, поступавших с тяжелой степенью АД.

Как видно из *таблицы 2*, отмечены достоверные различия уровней РТ и ЛТ между группой контроля и поступлением, а также имеют место достоверные различия между уровнями РТ и ЛТ при поступлении и выписке.

Среди обследованных детей контрольной группы у 20 (80%) отмечена умеренная как РТ, так и ЛТ, у 5 (20%) – низкий уровень РТ и ЛТ.

## Выводы

Обнаружили связь между психоэмоциональным состоянием и течением АД у детей.

У детей с тяжелым течением АД диагностировали высокий уровень как реактивной, так и личностной тревожности. На фоне лечения отметили не только клинически положительную динамику, но и изменения психоэмоционального состояния ребенка.

Изучение психоэмоционального состояния детей с atopическим дерматитом – это неинвазивный достоверный способ оценки эффективности назначенной терапии, а также реакции пациентов на проводимые лечебно-профилактические мероприятия.

Используя шкалу оценки уровня реактивной и личностной тревожности (Ч.Д. Спилберга, Ю.Л. Ханина) для изучения психоэмоционального статуса, можно расширить возможности получения информации о состоянии здоровья пациента с atopическим дерматитом, а динамика результатов тестирования в ходе лечения может иметь важное диагностическое значение наряду с клиническими параметрами.

## Список литературы

1. *Гостищева Е.В.* Иммунологические нарушения у детей с atopическим дерматитом и функциональными расстройствами в билиарной системе и способы их коррекции / Гостищева Е.В. // Молодой ученый. – 2013. – №6 (53). – С. 757–760.
2. *Карелин А.* Большая энциклопедия психологических тестов / Карелин А. – М.: ЭКСМО, 2007. – С. 32–34.
3. *Кобец Т.В.* Влияние функциональных нарушений в билиарной системе на развитие и течение atopического дерматита у детей / Кобец Т.В., Гостищева Е.В. // Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины. – 2012. – Т. 2, №1–2 (5–6). – С. 53–57.
4. *Ковалева Л.Н.* Особенности психосоциального статуса у больных экземой и atopическим дерматитом в южном регионе Украины / Ковалева Л.Н., Хрущ В.И. // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2006. – №2. – С. 13–17.
5. *Перцева Т.А.* Качество жизни больных, страдающих аллергическими заболеваниями / Перцева Т.А., Конопкина Л.И., Ботвинникова Л.А. // Астма та алергія. – 2002. – №1. – С. 32–37.
6. *Чернишов П.В.* Особливості внутрішньоклітинної продукції інтерферону-гамма та інтерлейкіну-4 Т-лімфоцитами-хелперами у хворих на atopічний дерматит / Чернишов П.В. // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2006. – №2. – С. 5–7.
7. Severity scoring of atopіc dermatitis: the SCORAD index. Consensus Report of the European Task Force on Atopіc Dermatitis // Dermatology. – 1993. – Vol. 186 (1). – P. 23–31.
8. *Arima M.* Psychosomatic analysis of atopіc dermatitis using a psychological test / Arima M., Shimizu Y., Sowa J., Narita T., Nishi I., Iwata N., Ozaki N., Hashimoto S., Matsunaga K. // J. Dermatol. – 2005. – Vol. 32 (3). – P. n160–168.

## Сведения об авторе:

Гостищева Е.В., соискатель каф. пропедевтики педиатрии ГУ «КГМУ им. С.И. Георгиевского».

Надійшла в редакцію 02.07.2013 р.