

Список літератури

1. Барабой, В. А. Окислительно-антиоксидантный гомеостаз в норме и патологии / В. А. Барабой, Д. А. Сутковой / под ред. акад. АМН Украины Ю. А. Зозули. — К.: Чернобыльинтеринформ, 1997. — Ч. 1, 2. — 204 с.

2. Высокогорский, В. Е. Характеристика обмена глутатиона при алкогольном абстинентном синдроме / В. Е. Высокогорский, И. Е. Грицаев, Е. С. Ефременко // Наркология. — 2006. — № 8. — С. 59—61.

3. Зенков, Н. К. Некоторые принципы и механизмы редокс-регуляции / Н. К. Зенков, Е. Б. Меньщикова // Кислород и антиоксиданты. — 2009. — № 1. — С. 3—64.

4. Минко, А. И. Наркология / А. И. Минко, И. В. Линский. — М.: Эксмо, 2004. — 736 с.

5. Наркология. Национальное руководство / под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 720 с.

6. Свободнорадикальное окисление и антиоксидантная терапия / [В. К. Казимирко, В. И. Мальцев, В. Ю. Бутылин, Н. И. Горобец]. — К.: Морион, 2004. — 160 с.

7. Bocci, V. Free radicals and antioxidants: how to reestablish redox homeostasis in chronic diseases / V. Bocci, G. Valacchi // Curr Med Chem. — 2013; 20(27): 3397—415.

8. Gómez-Crisóstomo, N. P. Oxidative Stress Activates the Transcription Factors FoxO 1a and FoxO 3a in the Hippocampus of Rats Exposed to Low Doses of Ozone / N. P. Gómez-Crisóstomo, E. Rodríguez Martínez, S. Rivas-Arancibia // Oxid Med Cell Longev. Epub 2014 May 22.

9. González-Guevara, E. Exposure to ozone induces a systemic inflammatory response: possible source of the neurological alterations induced by this gas / E. González-Guevara, J. C. Martínez-Lazcano, V. Custodio // Inhal Toxicol. — 2014 Jul; 26(8): 485—91.

10. Haleng, J. Oxidative stress is the primary event: Effects of ethanol consumption in brain / J. Haleng, J. Pincemail, J. O. Defraigne // Rev Med Liege. 2007 Oct; 62(10): 628—38.

11. Rendón-Ramírez, A. Oxidative damage in young alcohol drinkers: A preliminary study / A. Rendón-Ramírez, M. Cortés-Couto, A. B. Martínez-Rizo // Alcohol. — 2013 Nov; 47(7): 501—4. Epub 2013 Sep 27.

12. Ozone Ameliorates Age-Related Oxidative Stress Changes in Rat Liver and Kidney: Effects of Pre- and Post-ageing Administration / [M. H. Safwat, M. M. El-Sawalhi, M. N. Mausouf, A.A. Shaheen] // Biochemistry (Mosc). — 2014 May; 79(5): 450—80.

13. Деклараційний патент на корисну модель № 80155 Україна МПК А61К 31/00 А61К 35/00 А61Р 25/32 / Сосін І. К., Гончарова О. Ю., Сергієнко О. І., Страшок О. О., Правдін В. В., Чувєв Ю. Ф., Сквіра І. М.; заявник і патентовласник Харківська медична академія післядипломної освіти. — № u201214634, опубл. 13.05.2013, бюл. № 9.

Надійшла до редакції 13.10.2014 р.

СОСІН Іван Кузьмич, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри наркології Харківської медичної академії післядипломної освіти (ХМАПО), м. Харків; e-mail: iksosin@mail.ru

СТРАШОК Олег Олександрович, дисертант кафедри наркології ХМАПО, м. Харків; e-mail: oleg2086@bk.ru

SOSIN Ivan, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Narcology of Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education (KhMAPE), Kharkiv; e-mail: iksosin@mail.ru

STRASHOK Oleg, Competitor for PhD degree of Department Narcology of the KhMAPE, Kharkiv; e-mail: oleg2086@bk.ru

УДК 616.89: 616.5-009

О. А. Усков, М. В. Маркова
ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ПІДЛІТКІВ З АТОПІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ

А. А. Усков, М. В. Маркова
ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ПОДРОСТКОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

A. Uskov, M. V. Markova
FEATURES OF PSYCHOEMOTIONAL CONDITION OF ADOLESCENTS WITH ATOPIC DERMATITIS

Атопічний дерматит у дітей — серйозна міждисциплінарна медична проблема, з якою зустрічаються у повсякденній практиці лікарі різних спеціальностей. Проте ґрунтовні психологічні дослідження цієї галузі одиничні та розрізнені. У роботі було досліджено основні психологічні проблеми та особливості психоемоційного стану підлітків, які хворіють на атопічний дерматит. Встановлено, що у дітей з цим захворюванням виникають специфічні хвороба-асоційовані психологічні проблеми. Психоемоційний стан хворих підлітків характеризується широким спектром тривожних та депресивних переживань, пов'язаних не лише з захворюванням, але і взаємодією зі значимим оточенням, самовираженням. Зрушення у психологічному функціонуванні дітей негативно впливають на соціальну адаптацію підлітків та потребують психологічної корекції.

Ключові слова: атопічний дерматит, психоемоційний стан, підлітки.

Атопический дерматит у детей — серьезная междисциплинарная медицинская проблема, с которой сталкиваются в повседневной практике врачи различных специальностей. Однако глубокие психологические исследования в данной области единичные и разрозненные. В работе были исследованы основные психологические проблемы и особенности психоэмоционального состояния подростков, страдающих атопическим дерматитом. Установлено, что у детей с данным заболеванием возникают специфические болезнь-ассоциированные психологические проблемы. Психоэмоциональное состояние больных подростков характеризуется широким спектром тревожных и депрессивных переживаний, связанных не только с заболеванием, но и взаимодействием со значимым окружением, самовыражением. Сдвиги в психологическом функционировании детей негативно влияют на социальную адаптацию подростков и требуют психологической коррекции.

Ключевые слова: атопический дерматит, психоэмоциональное состояние, подростки.

Atopic dermatitis in children — a serious interdisciplinary medical problem that occur in everyday practice, doctors of various specialties. However, a thorough psychological research in this area isolated. In paper was investigated major psychological problems and emotional features of adolescents suffering from atopic dermatitis. Found that in children with this disease are specific disease-associated psychological problems. Psychoemotional state of patients is characterized by a wide spectrum of adolescent anxiety and depressive feelings associated not only with the disease but also a significant interaction with the environment, self-expression. The shift in the psychological functioning of children negatively affect social adaptation and adolescents need psychological treatment.

Key words: atopic dermatitis, psychoemotional state, adolescents.

© Усков О. А., Маркова М. В., 2014

Атопічний дерматит (АД) — серйозна міждисциплінарна медична проблема, з якою зустрічаються у повсякденній практиці лікарі різних спеціальностей. Діти та підлітки, хворі на цій дерматозом, спостерігаються у різних фахівців: дерматологів, алергологів-імунологів, педіатрів, пульмонологів, гастроентерологів та інфекціоністів. Це обумовлено широкою розповсюдженістю АД в дитячій популяції [2, 3]. Більше третини дітей до 3-х років, які проживають у великих містах, мають прояви цього захворювання [1].

За даними різних епідеміологічних досліджень захворюваність на АД коливається від 6,0 до 25,0 на 1000 населення та має тенденцію до збільшення. Так, на початку 1960-х років поширеність АД становила не більше 3%. На сьогодні поширеність захворювання в дитячій популяції США досягла 17,2%, у дітей в Європі — 15,6%, а в Японії — 24% [4]. За результатами стандартизованого епідеміологічного дослідження ISAAC (International Study of Asthma and Allergy in Childhood) поширеність симптомів АД склала від 6,2% до 15,5%. Також спостерігається схильність до більш важкого перебігу дерматозу, його патоморфозу, що приводить до обмеження життєдіяльності і соціально-психологічної дезадаптації [3, 4].

Однією з найважливіших особливостей АД у дітей є ранній початок і швидке формування хронічних форм [2]. Це захворювання частіше спостерігається у дівчаток, ніж у хлопчиків (1,5:1). У структурі алергічних захворювань АД у дітей є найбільш раннім і частим проявом атопії і виявляється у 80—85% дітей раннього віку з алергією [5]. До дворічного віку хвороба реєструється у 50% дітей, які мають алергічні захворювання; у віці 5 років — у 60%. Зазвичай АД поєднується з бронхіальною астмою або алергічним ринітом, при цьому у 40% дітей встановлюється бронхіальна астма, а у 25% хворих відзначаються симптоми алергічного риніту [2].

У 45% дітей перший епізод АД з'являється в перші 6 місяців життя, у 60% — протягом першого року. До 5-річного віку 85% дітей мають в анамнезі епізоди АД. Якщо захворювання починається до 2-річного віку, його симптоми персистують у 20% дітей, у 17% таких дітей спостерігаються інтермітуючі симптоми до 7-річного віку [6].

Клінічна картина АД змінюється з віком [6]. Для грудних дітей типовими є еритематозні папули і везикули на щоках, лобі, шкірі волосистої частини голови, характерним є симптом свербіння. Дитяча фаза АД триває від 2 років до пубертатного періоду. У дітей даного віку рідше, у порівнянні з немовлятами, спостерігаються ексудативні елементи, тоді як переважають папули, макули з ліхеніфікацією, що свідчить про хронічний перебіг хвороби, коли в патологічний процес втягаються верхні і нижні кінцівки (ділянки зап'ясть, гомілковостопних суглобів, ліктьові і підколінні ямки). Доросла фаза АД починається в пубертатному періоді і часто триває до зрілого віку. Основні зони ураження — суглобові згини, обличчя і шия; плечі і ділянка лопаток; дорзальна поверхня кінцівок, пальців рук і ніг. Висипання являють собою сухі, покриті лусочками еритематозні папули і макули, при хронічному ураженні формуються великі ліхеніфіковані ділянки.

Існують значні відмінності в діагностиці та терапії АД дерматологами та педіатрами в різних країнах. Тому Європейська академія алергії та клінічної імунології (European Academy of Allergy and Clinical Immunology, EAACI) та Американська академія алергії, астми та імунології (American Academy of Allergy, Asthma and Immunology, AAAAI) створили команди експертів і доручили їм знайти консенсус, який би був посібником для клінічної практики як у Європі, так і в Америці [6].

Даний консенсус є частиною ініціативи PRACTALL, схваленої обома академіями.

Багато наукових публікацій присвячено проблемам клініки, діагностики та терапії АД як у дорослих так, і дітей, тобто суто медичним аспектам хвороби.

Однак неухильне збільшення кількості пацієнтів з АД та тенденція до хронізації і більш тяжкого перебігу захворювання свідчать про необхідність пошуку нових методів та підходів до лікування.

Одним з сучасних напрямків комплексної терапії у дерматології є вивчення впливу психологічних факторів на розвиток та перебіг шкірних захворювань, застосування психологічних інтервенцій, психофармакотерапії [7—9]. Проте незважаючи на те, що практично у кожній статті з приводу АД у дітей наголошується на важливій ролі психогенної складової, ґрунтовні дослідження у цій сфері одиничні та розрізнені, і в основному орієнтовані на нейропсихіатричні паттерни [10, 11].

Метою роботи було визначити основні психологічні проблеми та дослідити психоемоційний стан, а саме — прояви тривожності та депресії у підлітків, які хворіють на АД.

Вивчення тривоги проводили за методикою багатомірної оцінки дитячої тривожності [12], депресії — за допомогою підліткового варіанту опитувальника депресії Бека (BDI) [13]. Для визначення змісту психологічних труднощів, асоційованих з захворюванням, було використано структуроване інтерв'ювання.

У дослідженні взяли участь 108 дітей з АД — основна група (ОГ, 67 дівчат та 41 — хлопців), та 48 соматично здорових підлітків, які склали групу порівняння (ГП, 29 дівчат та 19 хлопців). Вік опитуваних становив 15—17 років. Психологічне обстеження проводили за інформованою згодою дітей та їх батьків, з дотриманням принципів етики та деонтології.

Загальний спектр психологічних труднощів у підлітковому віці стосувався міжособистісних стосунків, навчання, самовираження і самовизначення. Однак, у опитуваних з АД, окрім вищезазначених питань, провідною провідними були труднощі, обумовлені наявністю дерматозу.

Дані, отримані під час інтерв'ювання, було згруповано у 4 групи за основними психологічними проблемами, пов'язаними з хворобою:

- 1) психолого-сенсорні. Наявність повторюваних неприємних відчуттів на шкірі (свербіння, сухість, біль при наявності пошкоджень цілісності шкірного покриву);
- 2) психолого-візуальні. Видимі симптоми хвороби (почервоніння, мокнуття, ліхеніфікація), що погіршували зовнішній вигляд;
- 3) терапієобумовлені. Тривале, часто повторюване лікування, необхідність постійного контролю за фізичним самопочуттям;
- 4) обмежувальні. Необхідність дотримуватися обмежень (їжа, засоби для гігієни, одяг) у зв'язку з потребою уникати потенційних провокуючих рецидиву хвороби чинників.

На психологічному рівні кожна група мала специфічне змістове навантаження. Психолого-сенсорні труднощі, в основі яких лежали дискомфортні фізичні відчуття, були джерелом постійного нервово-психічного збудження, що спричиняло дисбаланс у роботі нервової системи. Психічними проявами дисфункціонування були виснаженість, емоційна лабільність, дратівливість, тривожність, тобто симптоми, що пов'язані з регуляцією психічної діяльності та наявністю психологічного ресурсу.

Група психолого-візуальних проблем прив'язувалася до паттернів рольової самоідентифікації, формування фізичного образу «Я» та соціалізації. У підлітковому віці привабливий зовнішній вигляд часто асоціюється з соціальним успіхом. Відмінності зовнішності у свідомості підлітка могли ставати суттєвими перепонами до досягнення ним бажаної сходинки у соціальній ієрархії. Видимі «дефекти» також є зручним об'єктом для агресії та маніпуляції з боку однолітків. Відчуття власної непривабливості і невпевненість були підґрунтям для виникнення проблем у міжособистісних стосунках.

Терапієобумовлені психологічні проблеми склали окремий пласт негараздів, пов'язаний з формуванням певного специфічного стилю життя з хворобою.

Обмежуючі заходи мають психотравматичний та фруструючий вплив на психіку дорослого, не кажучи про дитину. У підлітковому віці стрес додатково підсилюють відсутність достатнього рівня самоконтролю та протестне ставлення до заборон.

Було виявлено відмінності психоемоційного стану у підлітків з АД та соматично здорових дітей. Діагностовано, що серед дітей з АД, порівняно зі здоровими опитуваними, була більшою кількість осіб з високою три-

вожністю. У дівчат з ОГ спостерігалися високі та/або дуже високі рівні тривоги на відміну від дівчат з ГП за шкалами загальної тривожності (ОГ — $52,2 \pm 5,0$ % та ГП — $27,6 \pm 4,5$ %, $p < 0,05$), тривоги, пов'язаної з оточенням ($40,3 \pm 4,9$ % та $20,7 \pm 4,1$ % у ОГ та ГП, відповідно, $p < 0,05$), стосунками з батьками ($44,8 \pm 5,0$ % у ОГ та $24,1 \pm 4,3$ % у ГП, $p < 0,05$), тривоги в ситуаціях самовираження та перевірки знань (ОГ — $223,9 \pm 4,3$ та $22,4 \pm 4,2$ %; ГП — $26,9 \pm 2,5$ та $6,9 \pm 2,5$ %, $p < 0,05$), зниження психічної активності ($73,1$ % у ОГ та $27,6$ % у ГП, $p < 0,05$) та підвищення вегетативної реактивності (у ОГ — $72,2$ % та 31 % — у ГП, $p < 0,05$) (табл. 1).

Серед хлопців виявлено більшу кількість осіб з високою загальною тривожністю ($48,8 \pm 5,0$ % у ОГ та $21,1 \pm 4,1$ % у ГП, $p < 0,05$) та підвищеною вегетативною реактивністю (ОГ $48,8 \pm 5,0$ % та $21,1 \pm 4,1$ % у ГП, $p < 0,05$) (див. табл. 2). Більш глибокий аналіз, а саме спільне групування опитуваних з високою та дуже високою тривожністю, встановив також значимі відмінності за шкалами 2 (тривога у ставленні до ровесників, $56,1$ % у ОГ та $31,6$ % у ГП, $p < 0,05$), 7 (ситуаціях самовираження, $58,5$ % та $31,6$ % відповідно у ОГ та ГП, $p < 0,05$) та 9 (зниження психічної активності, $53,7$ % у ОГ та $26,4$ % у ГП, $p < 0,05$).

Таблиця 1

Структура тривожних проявів у дівчат основної та групи порівняння (% ± m)

| Шкали | Основна група, n = 67 | | | | Група порівняння, n = 29 | | | |
|-------|-----------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | Н | С | В | ДВ | Н | С | В | ДВ |
| 1 | 9,0 ± 2,9 | 17,9 ± 3,8 | 52,2 ± 5,0 | 20,9 ± 4,1 | 3,4 ± 1,8 | 62,1 ± 4,9 | 27,6 ± 4,5 | 6,9 ± 2,5 |
| 2 | 6,0 ± 2,4 | 31,3 ± 4,6 | 40,3 ± 4,9 | 22,4 ± 4,2 | 3,4 ± 1,8 | 65,5 ± 4,8 | 20,7 ± 4,1 | 10,3 ± 3,0 |
| 3 | 9,0 ± 2,9 | 37,3 ± 4,8 | 38,8 ± 4,9 | 14,9 ± 3,6 | 6,9 ± 2,5 | 55,2 ± 5,0 | 27,6 ± 4,5 | 10,3 ± 3,0 |
| 4 | 13,4 ± 3,4 | 52,2 ± 5,0 | 19,4 ± 4,0 | 14,9 ± 3,6 | 3,4 ± 1,8 | 69,0 ± 4,6 | 17,2 ± 3,8 | 10,3 ± 3,0 |
| 5 | 6,0 ± 2,4 | 26,9 ± 4,4 | 44,8 ± 5,0 | 22,4 ± 4,2 | 10,3 ± 3,0 | 51,7 ± 5,0 | 24,1 ± 4,3 | 13,8 ± 3,4 |
| 6 | 16,7 ± 3,7 | 47,8 ± 5,0 | 17,9 ± 3,8 | 17,9 ± 3,8 | 3,4 ± 1,8 | 65,5 ± 4,8 | 17,2 ± 3,8 | 13,8 ± 3,4 |
| 7 | 9,0 ± 2,9 | 29,9 ± 4,6 | 37,3 ± 4,8 | 23,9 ± 4,3 | 3,4 ± 1,8 | 69,0 ± 4,6 | 20,7 ± 4,1 | 6,9 ± 2,5 |
| 8 | 14,9 ± 3,6 | 40,3 ± 4,9 | 22,4 ± 4,2 | 22,4 ± 4,2 | 6,9 ± 2,5 | 58,6 ± 4,9 | 27,6 ± 4,5 | 6,9 ± 2,5 |
| 9 | 4,5 ± 2,1 | 22,4 ± 4,2 | 40,3 ± 4,9 | 32,8 ± 4,7 | 10,3 ± 3,0 | 62,1 ± 4,9 | 20,7 ± 4,1 | 6,9 ± 2,5 |
| 10 | 0 | 26,9 ± 4,4 | 43,3 ± 5,0 | 29,9 ± 4,6 | 3,4 ± 1,8 | 65,5 ± 4,8 | 20,7 ± 4,1 | 10,3 ± 3,0 |

Примітки. Шкали: 1 — загальна тривожність; 2 — тривога у ставленні до ровесників; 3 — тривога, пов'язана з оточенням; 4 — тривога у відносинах з учителями; 5 — тривога у стосунках з батьками; 6 — тривога, пов'язана з успішністю у навчанні; 7 — тривога, яка виникає у ситуаціях самовираження; 8 — тривога у ситуаціях перевірки знань; 9 — зниження психічної активності, пов'язане з тривогою; 10 — підвищена вегетативна реактивність, обумовлена тривогою. Н — низький, С — середній, В — високий та ДВ — дуже високий рівні. $p < 0,05$ (виділено жирним шрифтом)

Таблиця 2

Структура тривожних проявів у юнаків основної та групи порівняння (% ± m)

| Шкали | Основна група, n = 41 | | | | Група порівняння, n = 19 | | | |
|-------|-----------------------|-------------------|-------------------|------------|--------------------------|-------------------|-------------------|------------|
| | Н | С | В | ДВ | Н | С | В | ДВ |
| 1 | 12,2 ± 3,3 | 22,0 ± 4,1 | 48,8 ± 5,0 | 17,1 ± 3,8 | 5,3 ± 2,2 | 68,4 ± 4,6 | 21,1 ± 4,1 | 5,3 ± 2,2 |
| 2 | 9,8 ± 3,0 | 34,1 ± 4,7 | 41,5 ± 4,9 | 14,6 ± 3,5 | 15,8 ± 3,6 | 52,6 ± 5,0 | 31,6 ± 4,6 | — |
| 3 | 12,2 ± 3,3 | 53,7 ± 5,0 | 26,8 ± 4,4 | 7,3 ± 2,6 | 10,5 ± 3,1 | 68,4 ± 4,6 | 15,8 ± 3,6 | 5,3 ± 2,2 |
| 4 | 4,9 ± 2,2 | 56,1 ± 5,0 | 24,4 ± 4,3 | 14,6 ± 3,5 | 5,3 ± 2,2 | 73,7 ± 4,4 | 15,8 ± 3,6 | 5,3 ± 2,2 |
| 5 | 7,3 ± 2,6 | 36,6 ± 4,8 | 31,7 ± 4,7 | 24,4 ± 4,3 | 5,3 ± 2,2 | 52,6 ± 5,0 | 26,3 ± 4,4 | 15,8 ± 3,6 |
| 6 | 9,8 ± 3,0 | 41,5 ± 4,9 | 29,3 ± 4,5 | 19,5 ± 4,0 | 10,5 ± 3,1 | 47,4 ± 5,0 | 26,3 ± 4,4 | 15,8 ± 3,6 |
| 7 | 17,1 ± 3,8 | 24,4 ± 4,3 | 34,1 ± 4,7 | 24,4 ± 4,3 | 10,5 ± 3,1 | 57,9 ± 4,9 | 26,3 ± 4,4 | 5,3 ± 2,2 |
| 8 | 12,2 ± 3,3 | 36,6 ± 4,8 | 31,7 ± 4,7 | 19,5 ± 4,0 | 15,8 ± 3,6 | 42,1 ± 4,6 | 26,3 ± 4,4 | 15,8 ± 3,6 |
| 9 | 9,8 ± 3,0 | 36,6 ± 4,8 | 29,3 ± 4,5 | 24,4 ± 4,3 | 10,5 ± 3,1 | 63,2 ± 4,8 | 21,1 ± 4,1 | 5,3 ± 2,2 |
| 10 | 4,9 ± 2,2 | 29,3 ± 4,5 | 48,8 ± 5,0 | 17,1 ± 3,8 | 21,1 ± 4,1 | 47,4 ± 5,0 | 21,1 ± 4,1 | 10,5 ± 3,1 |

Примітки. Умовні позначення див. у примітках до табл. 1. $p < 0,05$ (виділено жирним шрифтом)

Оцінка вираженості тривожності виявила вищі її рівні у дівчат ОГ за показниками загальної тривожності ($5,9 \pm 2,4$ та $4,45 \pm 2,32$ бали, $p < 0,05$), тривоги у ставленні до ровесників ($5,6 \pm 2,5$ та $4,34 \pm 2,16$ бали, $p < 0,05$), оточення ($5,9 \pm 2,6$ та $4,76 \pm 2,53$ бали, $p < 0,05$), батьків ($6,5 \pm 2,4$ та $4,8 \pm 2,8$ бали, $p < 0,05$), у ситуаціях самовираження ($5,6 \pm 2,5$ та $3,9 \pm 2,18$ бали, $p < 0,01$), встановила більше зниження психічної активності, пов'язане з тривогою ($7,01 \pm 2,16$ та $4,79 \pm 2,34$ бали, $p < 0,01$), та вищу вегетативну реактивність порівняно з дівчатами ГП ($6,88 \pm 2,26$ та $4,55 \pm 2,65$ бали, $p < 0,01$) (табл. 3).

Щодо юнаків — у підлітків з АД були вищими показники загальної тривожності ($5,76 \pm 2,9$ та $4,0 \pm 2,24$ бали у ОГ та ГП, $p < 0,05$), тривоги у ставленні до ровесників ($5,56 \pm 2,55$ бали у ОГ та $3,89 \pm 2,56$ бали у ГП, $p < 0,05$), зниження психічної активності, обумовлене тривогою (ОГ — $6,17 \pm 2,7$ бали і ГП — $4,68 \pm 2,19$ бали, $p < 0,05$) та підвищена вегетативна реактивність ($6,32 \pm 2,35$ та $4,21 \pm 2,95$ бали у ОГ та ГП відповідно, $p < 0,01$) (див. табл. 3).

Щодо депресивних станів встановлене таке. У ГП була значимо більшою кількістю осіб, які мали задовільний емоційний стан ($72,4 \pm 4,5$ % дівчат та $84,2 \pm 3,6$ % — хлопців), порівняно з підлітками ОГ ($53,7 \pm 5,0$ % дівчат та $61,0 \pm 4,9$ % — хлопців), $p < 0,05$ (табл. 4).

За вираженістю у підлітків ОГ діагностовано вищі показники депресивних проявів, а саме — $10,22 \pm 6,1$ бали у дівчат та $8,71 \pm 5,81$ бали у хлопців з ОГ на відміну від $6,93 \pm 3,79$ та $5,84 \pm 3,42$ бали у ГП, відповідно ($p < 0,05$) (табл. 5).

Рівень депресивних переживань серед обстежених з «депресією» був також вищим у підлітків з ОГ ($15,61 \pm 4,82$ та $14,4 \pm 5,16$ бали серед хлопців та дівчат у ОГ порівняно з $14,4 \pm 5,16$ та $12,33 \pm 2,52$ бали у ГП, $p < 0,05$).

Під час порівняння дівчат та юнаків встановлено, що у дівчат ОГ вираженість депресивних проявів була вищою, ніж у хлопців з ОГ ($10,22 \pm 6,1$ та $8,71 \pm 5,81$ бали, $p < 0,05$).

Таблиця 3

Вираженість проявів тривожності у обстежуваних основної та групи порівняння ($x \pm \sigma$)

| Шкали | Основна група, $n = 108$ | | Група порівняння, $n = 48$ | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | дівчата, $n = 67$ | хлопці, $n = 41$ | дівчата, $n = 29$ | хлопці, $n = 19$ |
| Загальна тривожність | $5,9 \pm 2,4$ | $5,76 \pm 2,9$ | $4,45 \pm 2,32$ | $4,0 \pm 2,24$ |
| Тривога у ставленні до ровесників | $5,6 \pm 2,5$ | $5,56 \pm 2,55$ | $4,34 \pm 2,16$ | $3,89 \pm 2,56$ |
| Тривога, пов'язана з оточенням | $5,9 \pm 2,6$ | $4,95 \pm 2,6$ | $4,76 \pm 2,53$ | $3,9 \pm 2,42$ |
| Тривога у відносинах з учителями | $4,5 \pm 2,6$ | $4,9 \pm 2,5$ | $4,2 \pm 2,3$ | $3,8 \pm 2,0$ |
| Тривога у стосунках з батьками | $6,5 \pm 2,4$ | $6,1 \pm 2,8$ | $4,8 \pm 2,8$ | $5,1 \pm 2,8$ |
| Тривога, пов'язана з успішністю у навчанні | $4,1 \pm 2,58$ | $4,71 \pm 2,35$ | $3,72 \pm 2,12$ | $4,0 \pm 2,13$ |
| Тривога, яка виникає у ситуаціях самовираження | $5,6 \pm 2,5^*$ | $5,07 \pm 2,81$ | $3,9 \pm 2,18$ | $4,0 \pm 2,26$ |
| Тривога, яка виникає у ситуаціях перевірки знань | $5,3 \pm 3,0$ | $5,8 \pm 2,7$ | $4,4 \pm 2,6$ | $4,9 \pm 3,1$ |
| Зниження психічної активності, пов'язане з тривогою | $7,01 \pm 2,16^*$ | $6,17 \pm 2,7$ | $4,79 \pm 2,34$ | $4,68 \pm 2,19$ |
| Підвищена вегетативна реактивність, обумовлена тривогою | $6,88 \pm 2,26^*$ | $6,32 \pm 2,35^*$ | $4,55 \pm 2,65$ | $4,21 \pm 2,95$ |

Примітка: $p < 0,05$, * — $p < 0,01$

Таблиця 4

Структура депресивних станів у обстежуваних основної та групи порівняння ($\% \pm m$)

| Показники | Основна група, $n = 108$ | | Група порівняння, $n = 48$ | |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| | Дівчата, $n = 67$ | Хлопці, $n = 41$ | Дівчата, $n = 29$ | Хлопці, $n = 19$ |
| Задовільний емоційний стан | $53,7 \pm 5,0$ | $61,0 \pm 4,9$ | $72,4 \pm 4,5$ | $84,2 \pm 3,6$ |
| Виявлено прояви депресії, з них: | $46,3 \pm 5,0$ | $39,0 \pm 4,9$ | $27,6 \pm 4,5$ | $15,8 \pm 3,6$ |
| легка депресія | $34,3 \pm 4,7$ | $26,8 \pm 4,4$ | $27,6 \pm 4,5$ | $15,8 \pm 3,6$ |
| помірна депресія | $11,9 \pm 3,2$ | $12,2 \pm 3,3$ | — | — |
| тяжка депресія | — | — | — | — |

Примітка: $p < 0,05$

Таблиця 5

Вираженість депресії у обстежуваних основної та групи порівняння, $x \pm \sigma$

| Показники | Основна група, $n = 108$ | | Група порівняння, $n = 48$ | |
|--|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| | дівчата, $n = 67$ | хлопці, $n = 41$ | дівчата, $n = 29$ | хлопці, $n = 19$ |
| Середні значення депресії в ОГ та ГП | $10,22 \pm 6,1$ | $8,71 \pm 5,81$ | $6,93 \pm 3,79$ | $5,84 \pm 3,42$ |
| Вираженість симптомів у осіб з депресією | $15,61 \pm 4,82$ | $14,4 \pm 5,16$ | $12,43 \pm 2,64$ | $12,33 \pm 2,52$ |

Примітка: $p < 0,05$

Власне депресивні стани в обстежуваних підлітків супроводжувалися:

- зниженням настрою;
- пасивністю та апатичністю;
- порушенням сну (сонливість, безсоння);
- зниженням концентрації уваги;
- зміною апетиту (зниження або навпаки переїдання);
- очікуванням невдач, невпевненістю у собі;
- підвищеною образливістю;
- зневірою у власні сили;
- девіантною поведінкою;
- вживанням алкоголю, психоактивних речовин.

Такі зміни вторинно негативно відбивалися не лише на загальному емоційному фоні, але і приводили до порушення міжособистісних відносин, зниження успішності у навчанні, зменшення будь-якої активності, в тому числі і прихильності до терапії АД. Формувалося патологічне коло: депресивні настрої → психологічне та соціальне дисфункціонування → поглиблення депресивних проявів.

Таким чином, результати проведеного обстеження дозволили дійти таких висновків.

У підлітків, які хворіють на АД, поряд з типовими психологічними труднощами цього вікового періоду, одними з провідних проблем виступають негаразди, пов'язані з захворюванням.

Психоемоційний стан дітей з АД характеризується широким спектром тривожних та депресивних переживань, пов'язаних не лише з захворюванням, але і взаємодією зі значимим оточенням, самовираженням.

Для підлітків з АД притаманні високі рівні загальної тривожності, зниження психічної активності та підвищена вегетативна реактивність.

Зрушення у психологічному функціонуванні негативно впливають на соціальну адаптацію підлітків, що потребує організації заходів медико-психологічного характеру для нівелювання психотравмуючого характеру захворювання.

Список літератури

1. Агафонов А. С. Атопический дерматит у детей и инфекции, осложняющие течение болезни [Электронный ресурс] / А. С. Агафонов, В. А. Ревякина // Лечащий врач. — 2011. — № 1. — Режим доступа : <http://www.lvrach.ru/2011/01/15435095/>.
2. Тамразова О. Б. Патогенетическая терапия детей, страдающих тяжелыми формами атопического дерматита [Электронный ресурс] / О. Б. Тамразова // Русский медицинский журнал. — 2013. — № 24. — С. 1170—1173. — Режим доступа : http://www.rmj.ru/articles_8606.htm.

3. Смирнова Г. И. Современная концепция лечения атопического дерматита у детей [Текст] / Г. И. Смирнова. — М., 2006. — 130 с.

4. Ревякина В. А. Атопическая болезнь: диагностика, терапия, профилактика [Текст] / В. А. Ревякина // Вопросы современной педиатрии. — 2005. — № 4. — С. 55—58.

5. Атопический дерматит и инфекции кожи у детей: диагностика, лечение и профилактика [Текст] : пособие для врачей / А. А. Баранов, В. А. Ревякина, Н. Г. Короткий и др. — М., 2004. — 104 с.

6. Гладкий А. С. Диагностика и лечение атопического дерматита у детей и взрослых: консенсус EAACI/AAAAI/PRACTALL [Электронный ресурс] / А. С. Гладкий // Здоровье Украины. — 2006. — № 19/1.. — Режим доступа : <http://health-ua.com/articles/1394.html>.

7. Львов А. Н. Дерматозы, коморбидные психические расстройства: классификация, клиника, терапия и профилактика [Текст] : автореф. дис. на соискание уч. степени д-ра мед. наук / А. Н. Львов. — М., 2006. — 41 с.

8. Зайцева О. Г. Психические расстройства у больных хроническими дерматозами [Текст] : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук / О. Г. Зайцева. — СПб., 2000. — 23 с.

9. Раева Т. В. Психические расстройства в дерматологической клинике (клинико-патогенетические и реабилитационные аспекты) [Текст] : автореф. дис. на соискание уч. степени д-ра мед. наук / Т. В. Раева. — Томск, 2006. — 49 с.

10. Ретюнский К. Ю. Нервно-психические расстройства у детей с атопическим дерматитом [Текст] / К. Ю. Ретюнский, И. В. Соколова // Научные ведомости Белгородского государственного университета. — 2011. — № 13. — Т. 4. — С. 30—34.

11. Сидоренко О. А. Роль психоэмоциональных нарушений при атопическом дерматите у детей [Текст] / О. А. Сидоренко, Н. Г. Короткий // Педиатрическая фармакология. — 2008. — Т. 5. — № 2. — С. 54—56.

12. Психодиагностическая методика для многомерной оценки детской тревожности [Текст] : пособие для врачей и психологов / под ред. Л. И. Вассермана. — СПб., 2007. — 35 с.

13. Фетискин Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп [Текст] / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. — М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. — 490 с.

Надійшла до редакції 16.09.2014 р.

УСКОВ Олександр Анатолійович, лікар-дерматолог медичного центру «Сімейна консультація», м. Харків

МАРКОВА Маріанна Владиславівна, доктор медичних наук, професор, професор кафедри сексології і медичної психології, Харківська медична академія післядипломної освіти, e-mail: mariannochka@i.ua

USKOV Alex, Dermatologist of medical center "Family counseling", Kharkiv

MARKOVA Marianna Vladyslavivna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of Department of Sexology and Medical Psychology of Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv; e-mail: mariannochka@i.ua