

Дубенский В.В.¹, Гутянский О.Г.², Дубенский Вл.В.³, Гутянская Е.Ю.³,
Некрасова Е.Г.¹

Психовегетативный статус и неврологические симптомы у больных идиопатической экземой

¹ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, Тверь, Россия;

²ГБУЗ «Областной клинический врачебно-физкультурный диспансер», Тверь, Россия;

³ГБУЗ «Центр специализированных видов медицинской помощи имени В.П. Аваева», Тверь, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Экзема, на долю которой приходится 30–40% в структуре кожной патологии, относится к распространенным заболеваниям с поражением 1–2% взрослого населения планеты. **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Под наблюдением находились 68 больных идиопатической экземой кистей. **РЕЗУЛЬТАТЫ.** Неврологическая симптоматика выявлена у 75% больных; наиболее часто регистрировали миодефанс (66,1%) и нарушение чувствительности по корешковому типу (52,9%). Нарушения психоэмоционального состояния больных проявлялись признаками депрессии у 38,1% больных, личностной и реактивной тревожностью у 63,8 и 72% больных соответственно. Преобладание показателей депрессии и реактивной тревожности установлено у мужчин, а личной тревожности – у женщин. Дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника выявлены у 91,1% больных, у 52,9% обследованных – два и более состояния. Наиболее выраженные изменения наблюдались в С5–С7 сегментах позвоночника и в 57,3% совпадали со стороной воспалительного процесса на коже. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Полученные данные обосновывают коррекцию психовегетативного синдрома и лечение дорсопатии при экземе кистей.

Ключевые слова: экзема идиопатическая; диагностика; психовегетативный синдром; дорсопатии; лечение.

Для цитирования: Дубенский В.В., Гутянский О.Г., Дубенский Вл.В., Гутянская Е.Ю., Некрасова Е.Г. Психовегетативный статус и неврологические симптомы у больных идиопатической экземой // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2020;23(5):312–316.

DOI: <https://doi.org/10.17816/dv48942>

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила 29.10.2020

Принята к печати 09.12.2020

Dubensky V.V.¹, Gutyansky O.G.², Dubensky V.V.³, Gutyanskaya E.Yu.³, Nekrasova E.G.¹

Psychovegetative status and neurological symptoms in patients with idiopathic eczema

¹Tver State Medical University, Tver, Russian Federation;

²Regional Clinical Medical and Physical Culture Dispensary, Tver, Russian Federation;

³Avaev's Medical Center, Tver, Russian Federation

INTRODUCTION: The study included 68 patients with idiopathic hand eczema.

RESULTS: Neurological symptoms were detected in 75% of patients; the most frequently recorded symptoms were myoedema (66.1%) and radicular sensory impairment (52.9%). Disorders of the psychoemotional state of patients were manifested by signs of depression in 38.1% of patients and personal and reactive anxiety in 63.8% and 72% of patients, respectively. The prevalence of indicators of depression and reactive anxiety and personal anxiety were found in men and women, respectively. The manifestation of the psychovegetative syndrome was found in 75% of patients. Degenerative-dystrophic changes in the spine were observed in 91.1% of patients, and two or more conditions were observed in 52.9% of the examined patients. The most pronounced changes were observed in C5–C7 segments of the spine, and in 57.3% of the patients, these changes were associated with the side of the inflammatory process on the skin.

CONCLUSION: The obtained data substantiate the correction of the psychovegetative syndrome and treatment of dorsopathy in hand eczema.

Key words: idiopathic eczema; diagnosis; psychovegetative syndrome; dorsopathies; treatment.

For citation: Dubensky VV, Gutyansky OG, Dubensky VV, Gutyanskaya EYu., Nekrasova EG. Psychovegetative status and neurological symptoms in patients with idiopathic eczema. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*. 2020;23(5):312–316. (in Russian). DOI: <https://doi.org/10.17816/dv48942>

Acknowledgements. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Received 29 Oct 2020

Accepted 09 Dec 2020

Актуальность

Экзема относится к распространённым заболеваниям с поражением 1–2% взрослого населения планеты, на её долю приходится 30–40% в структуре кожной патологии [1, 2].

Экзема (от греч. *ekzeo* – *вскипаю*) – острое или хроническое рецидивирующее аллергическое заболевание кожи, формирующееся под влиянием экзогенных и эндогенных триггерных факторов и характеризующееся полиморфной сыпью, острой воспалительной реакцией (обусловленной серозным воспалением кожи) и сильным зудом [1]. Шифр по Международной классификации болезней (МКБ-10) L.30.

В основе развития экземы лежат процессы реактивности, что приводит к повышению восприимчивости кожи к экзогенным и эндогенным раздражителям по нейрогенному и аллергическому механизмам. К эндогенным факторам относятся нейропсихические травмы, неврозы, аллергические и иммунодефицитные состояния при хронических инфекциях, заболеваниях органов пищеварения, сахарном диабете и др. [1–3]. Стрессовые ситуации, поражение периферических нервов, нарушение трофики кожи являются важными пусковыми факторами в развитии экземы у лиц с генетической предрасположенностью. У больных экземой часто констатируют функциональные нарушения в деятельности центральной нервной системы, преобладание обусловленных рефлексов над активностью условных, нарушение равновесия между деятельностью симпатического и парасимпатических отделов вегетативной нервной системы (с преобладанием парасимпатических влияний). Известно, что рецидивы экземы кистей часто связаны с различными психогениями (в том числе с переживаниями при утрате близких, служебных и семейно-бытовых конфликтах и т.п.). Кроме того, имеются указания на роль нейротрофического фактора в развитии экземы кистей, подтверждённые неврологическим обследованием [4–9]. При этом между частотой обострений экземы кистей и определённым нейротрофическим фактором отчётливая связь не всегда очевидна, а выявляемые психовегетативные и неврологические симптомы у больных экземой чаще расцениваются только как сопутствующие. Согласно современным исследованиям, дорсопатии шейного

отдела позвоночника сопровождаются сосудистыми нарушениями, причём в период обострения нейроваскулярные расстройства выявляются на поражённой стороне. При этом под дорсопатией понимают вертебральные и экстравертебральные синдромы в области туловища и конечностей, сопровождаемые болью невисцеральной этиологии, связанные с дегенеративными заболеваниями позвоночника, что, видимо, может иметь существенное значение в патогенезе экземы кистей. Нейрососудистые синдромы характеризуются рефлекторными вегетативными проявлениями, они часто обусловлены ирритацией симпатических эффекторных образований, окружающих сосуды, реже – стенозом сдавленных сосудов. Сосудистые нарушения при этом нередко носят смешанный характер: изменяется кровоток как артериальной, так и венозной сети [1–3, 6, 10]. Рефлекторные нейрососудистые нарушения развиваются вследствие патологической пульсации из поражённого отдела позвоночника по направлению к вегетативным структурам. Импульсы, достигая периферических сосудов, вызывают их спазм или расширение. Таким образом, создаются два возможных варианта рефлекторного нейрососудистого синдрома – вазоспастический и вазодилаторный, что приводит к нарушению потоотделения, снижению температуры, удлинению времени появления белого, асимметрии белого и красного дермографизма, изменению чувствительности к ультрафиолетовым лучам и гидрофильности тканей. Вследствие трофических нарушений могут возникать ониходистрофии кистей с явлениями гиперкератоза или, наоборот, истончение ногтевых пластин с их повышенной ломкостью [11]. Однако значение нейроваскулярных расстройств в формировании экстравертебральных синдромов шейного уровня позвоночника изучено недостаточно [6, 12]. Всё это обосновывает необходимость исследований нейрососудистых изменений при экземе кистей с определением их патогенетической значимости и коррекции.

Цель исследования – изучение нейрососудистых изменений при идиопатической экземе кистей, обусловленных экстравертебральными проявлениями дорсопатии шейного отдела позвоночника, определение их патогенетической значимости и тактики ведения данной категории больных.

Для корреспонденции:

Некрасова Елизавета Георгиевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры дерматовенерологии ФГБОУ ВО «Тверской ГМУ» Минздрава России, 170100, г. Тверь, Россия. E-mail: nekrasova-7@mail.ru

For correspondence:

Elizaveta G. Nekrasova, MD, PhD, docent, Department of Dermatovenerology with a course of Cosmetology of Tver State Medical University, Tver, 170642, Russian Federation. E-mail: nekrasova-7@mail.ru

Information about the authors:

Dubensky V.V., <https://orcid.org/0000-0003-2674-1096>; Gutiansky O.G., <https://orcid.org/0000-0002-9807-5857>;
Dubensky V.I., <https://orcid.org/0000-0002-5583-928X>; Gutianskaya E.Yu., <https://orcid.org/0000-0002-8457-1315>;
Nekrasova E.G., <https://orcid.org/0000-0002-2805-6749>

Материал и методы

Проведено клиническое и инструментальное обследование 68 пациентов ГБУЗ «Центр специализированных видов медицинской помощи им. В.П. Аваева» (Тверь), из них 31 мужчина и 37 женщин в возрасте от 15 до 65 (средний возраст $37,5 \pm 11,2$) лет, с применением стандартных лабораторно-инструментальных методов (реография, магнитно-резонансная томография и/или рентгенография шейного отдела позвоночника). Изучение состояния вегетативной регуляции при экземе кистей в нашем исследовании было направлено на установление значимости психовегетативных нарушений в развитии общей картины экземы, а именно:

- *психовегетативных расстройств* как результата отражения общей картины нейрососудистой патологии при дорсопатии с локализацией в шейном отделе позвоночника, что создаёт условия для неблагоприятной динамической перестройки центральной и периферической регуляции систем организма;
- *психовегетативных расстройств* как реакции личности больного на психотравмирующий фактор, связанный с сильным зудом, нарушением сна, внешним видом кожи кистей из-за высыпаний, что может быть пусковым механизмом психоэмоциональной дезадаптации личности больного.

Исходя из этих данных, методика исследования психовегетативных нарушений была направлена на оценку изменений, характерных для психовегетативного синдрома (обусловлен нарушением функционирования надсегментарных образований), и выявления признаков синдрома периферической вегетативной недостаточности (вследствие расстройства сегментарных вегетативных аппаратов).

Результаты и обсуждение

Субъективная симптоматика отмечена у всех (100%) больных экземой кистей и носит смешанный характер болевого, корешкового или мышечно-тонического синдрома с вегетативными нарушениями (табл. 1, 2).

Таким образом, неврологическая симптоматика выявлена у 75% больных: преобладающими неврологическими симптомами при экземе кистей являются болезненное повышение тонуса мышц шеи, или миодефанс (у 66,1%), и нарушение чувствительности по корешковому типу (у 52,9%).

Проведение магнитно-резонансной томографии и рентгенологических исследований у больных экземой установили следующую патологию: снижение высоты межпозвоночных дисков в 63,2%, краевые костные разрастания в 44,1%, смещение зубовидного отростка и ротационный подвывих С1 в 19,1%,

Таблица 1

Жалобы больных экземой кистей, $n = 68$

Основные жалобы	Частота жалоб	
	абс.	%
Специфические:		
высыпания на коже кистей	68	100
зуд кожи в области поражения	63	92,6
отёчность кожи	37	54,4
Неврологические:		
боли в области шеи	21	30,8
боль, иррадирующая в плечо, предплечье, кисть	15	22
онемение пальцев кистей	5	7,3
напряжение мышц шейного отдела позвоночника	11	16,1
«похрустывание» или ограничение подвижности в шее при движениях	19	27,9
дистальный гипергидроз	28	41,1

Таблица 2

Основные неврологические симптомы у больных экземой кистей, $n = 68$

Основные неврологические симптомы у больных экземой кистей	Частота симптомов в группе больных	
	абс.	%
Нарушение чувствительности по корешковому типу	42	61,7
Повышение тонуса <i>m. trapezius</i> , <i>m. scalenus anterior</i> с одной или с двух сторон	45	66,1
Ограничение подвижности	26	38,2
«Хруст» при ротации головы	22	32,3
Положительный симптом Нери в шейном отделе	13	19,1
Болезненность при пальпации:		
паравертебральных точек	36	52,9
периартикулярных тканей	24	35,2

Показатели психовегетативного статуса больных экземой

Показатель психовегетативного статуса	Больные, $n = 68$			
	женщины, $n = 37$		мужчины, $n = 31$	
	абс.	%	абс.	%
Вегетативные функции, в том числе:	11	29,7*	17	51,6*
вегетативная лабильность	7	18,9	12	38,7
вегетативная дистония	4	10,8	5	12,9
ваготония	5	13,5	1	3,2
симпатикотония	21	56,7	13	41,9
Психоэмоциональный статус:				
депрессия, в том числе:	13	35,1*	14	45,1*
критический уровень	6	16,2	9	29
выраженная	7	18,9	5	16,1
реактивная тревожность, в том числе:	24	64,8*	24	75,3
средняя степень	16	43,2	17	54,8
выраженная степень	8	21,6	7	22,5
личностная тревожность, в том числе:	17	45,9*	16	37,8
средняя степень	15	40,5	16	5,6
высокая степень	2	5,4	10	32,2

Примечание. * – $p < 0,001$.

лестничную нестабильность, или спондилолистез, в 25%, выпрямление физиологического лордоза в шейном отделе в 42,6%, формирование патологического кифоза в 10,2%, признаки протрузии межпозвоночных дисков в 7,3% случаев. Дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника выявлены у 91,1% больных, чаще наблюдались в сегментах C5–C7, реже в C7–D1. Наличие двух и более рентгенологических признаков дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника отмечено у 52,9% обследованных.

Проведение корреляционного анализа позволило установить отрицательную связь ($r = -0,36$) давности заболевания экземой кистей с выраженностью признаков дорсопатии, что наряду с другими факторами может свидетельствовать об определённом значении дистрофических изменений позвоночника в патогенезе экземы. При этом в 57,3% случаев выявлена односторонность неврологических поражений и экземы, а в 60,3% отмечалось одновременное обострение экземы и появление неврологических симптомов.

Изучение психоэмоционального состояния больных экземой кистей выявило признаки депрессии (38,1%), а также личностной (63,2%) и реактивной (72%) тревожности. Средний и высокий уровни депрессии и тревожности характеризуют скрытый и явный невротический конфликт, сопровождаемый, с одной стороны, угнетением эмоционального фона, с другой – повышением склонности к беспокойству и астенизации личности в период обострения экземы. Реактивная тревожность достаточно часто коррелирует с вегетативной лабильностью ($r_s = 0,49$), что может быть обусловлено напряжением механиз-

мов вегетативной регуляции как отклика на сложный процесс социально-психологической адаптации пациентов в период обострения экземы. При этом показатели депрессии и реактивной тревожности статистически значимо чаще ($p < 0,001$) выявлялись у мужчин, чем у женщин (45,1 и 35,1%; 77,3 и 64,8% соответственно), личная тревожность отмечалась чаще у женщин, чем у мужчин (45,9 и 37,8% соответственно). Из вегетативных нарушений наиболее часто выявлялись показатели симпатического тонуса (50% больных), которые преобладали у женщин – 56,7% против 41,9% у мужчин ($p < 0,001$); табл. 3.

Наиболее выраженные изменения вегетативных функций были установлены по результатам кардиоваскулярных проб – глазосердечному рефлексу (проба Ашнера) и ортостатической пробе. При пробе Ашнера получено урежение частоты пульса при дозированном надавливании на глазное яблоко (приблизительно на 2,1 уд.⁻¹), причём у 35,1% женщин и 22,1% мужчин установлены парадоксальные реакции. Нарушение регуляции кардиоваскулярной системы при ортостатической пробе выражалось в значительном учащении пульса (в среднем на 8,7 уд. в 1 мин) при вставании, чаще у женщин (61,3%), чем у мужчин (38,7%). В группе сравнения (больные сопоставимы с неврологической патологией без экземы, $n = 20$) урежение пульса было более выраженным (на 6,2 уд. в 1 мин), а учащение пульса при ортопробе не превышало 5,7 уд. в 1 мин.

Основные изменения на реовазограммах характеризуются вазоспастическим синдромом (спазм артериальных сосудов верхних конечностей, сочетающийся со снижением тонуса вен), что указывает на трофические нарушения, обусловленные дорсопатии-

ей (нейротрофический процесс), как ведущий пусковой механизм в развитии экземы кистей. Ирритация рецепторов соответствующего межпозвоночного диска или корешка, оболочек спинного мозга позвоночника может стать причиной рефлекторного раздражения вегетативных узлов. Генерация потока импульсов в нервные окончания предплечья и кистей рефлекторным путём дезорганизует нормальные трофические процессы в этих участках (в том числе в стенках сосудов).

Таким образом, лечение кожного процесса при экземе и проявлений неврологических нарушений необходимо проводить в комплексе [13]. Однако, учитывая аллергическую составляющую в патогенезе экземы, имеются большие ограничения в применении системных нестероидных препаратов, обезболивающих, а также биостимуляторов, витаминов и их коферментов. До купирования кожного процесса при экземе представляется логичным в коррекции неврологических симптомов ограничиться немедикаментозными и местными средствами воздействия, а именно массажем мышц воротниковой зоны; лечебной физкультурой, направленной на укрепление мышц шеи; электрофорезом шейного отдела позвоночника с рассасывающими, биостимулирующими и улучшающими микроциркуляцию средствами; блокадой паравerteбральных болевых точек передней лестничной мышцы. Основное этиотропное и патогенетическое лечение неврологической патологии перенести на период ремиссии кожного процесса.

Заключение

Полученные данные обосновывают необходимость лечения психовегетативного синдрома и диссоциации как факторов этиопатогенеза у больных экземой кистей с селективным использованием системных лекарственных средств в период ремиссии экземы, местным и немедикаментозным воздействием в период обострения кожного процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральные клинические рекомендации. *Дерматовенерология, 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем*. М.: Деловой экспресс; 2016:616-7, 622.
2. Кубанова А.А., Скрипкин Ю.К., Акимов В.Г., Знаменская Л.Ф. Экзема. В кн.: Бутов Ю.С., Скрипкин Ю.К., Иванов О.Л., ред. *Дерматовенерология. Национальное руководство*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2017:424-5.
3. Самцов А.В., Барбинов В.В., ред. *Дерматовенерология*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016:210-1.
4. Караваева Т.А., Королькова Т.Н. Психологические механизмы и психосоматические соотношения при различных дерматозах // *Клиническая дерматология и венерология*. 2018;17(5):7-17.
5. Иванов О.Л., Львов А.Н., Дороженко И.Ю. Психодерматологические расстройства. В кн.: Бутов Ю.С., Скрипкин Ю.К., Иванов О.Л., ред. *Дерматовенерология. Национальное руководство*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2017:406-12.

6. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И., Гехт А.Б., ред. *Неврология. Национальное руководство*. Т. 1. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018.
7. Сухарев А.В., Назаров Р.Н. Медико-психологическая коррекция в условиях дерматологического стационара // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2006;6(4):25-7.
8. Терентьев С.Ю., Ермошина Н.П., Яковлева Н.В. Психологические особенности больных экземой и псориазом // *Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова*. 2009;17(3):93-8.
9. Тимофеева А.Н., Бобынцев И.И., Силина Л.В. Влияние комплексной терапии с афобазолом на показатели дерматологического, психофизиологического и иммунного статуса у больных хронической экземой // *Успехи современного естествознания*. 2014;11(2):29-33.
10. Кубанова А.А., Дубенский В.В., Дубенский В.В. Основы современной фармакотерапии заболеваний кожи. В кн.: Бутов Ю.С., Скрипкин Ю.К., Иванов О.Л., ред. *Дерматовенерология. Национальное руководство*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2013:176-7, 182.
11. Дороженко И.Ю., Матюшенко Е.Н., Олисова О.Ю. Дисморфобия у дерматологических больных с фациальной локализацией процесса // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2014;17(1):42-7.
12. Румянцева С.А. Современные концепции терапии ксефокамом радикулярных болевых синдромов // *Медицина неотложных состояний*. 2006;6(7):29-33.
13. Олисова О.Ю., ред. *Кожные и венерические болезни*. М.: Практическая медицина; 2015.

REFERENCES

1. Federal clinical guidelines. *Dermatology 2015: Diseases of the Skin. Sexually transmitted infections*. Moscow: Business Express; 2016:616-7, 622. (in Russian)
2. Kubanova AA, Skripkin YuK, Akimov VG, Znamenskaya LF. Eczema. In: Butov YuS, Skripkin YuK, Ivanov OL, eds. *Dermatovenerology. National leadership*. Moscow: GEOTAR-Media; 2017:424-5. (in Russian)
3. Samtsov AV, Barbinov VV, eds. *Dermatovenerology*. Moscow: GEOTAR-Media; 2016:210-1. (in Russian)
4. Karavaeva TA, Korolkov TN. Psychological mechanisms and psychosomatic relationships in various dermatoses. *Clinical Dermatology and Venereology. Russian Journal*. 2018;17(5):7-17. (in Russian)
5. Ivanov OL, Lvov AN, Dorozhenok IYu. Psychodermatological disorders. In: Butov YuS, Skripkin YuK, Ivanov OL, eds. *Dermatovenerology. National leadership*. Moscow: GEOTAR-Media; 2017:406-12. (in Russian)
6. Gusev EI, Kononov AN, Skvortsova VI, Gekht AB. eds. *Neurology. National leadership*. Vol. 1. Moscow: GEOTAR-Media; 2018. (in Russian)
7. Sukharev AV, Nazarov RN. Medical-psychological correction in terms of the dermatological hospital. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*. 2006;9(4):25-7. (in Russian)
8. Terentyev SYu, Ermoshina NP, Yakovleva NV. Psychological features of eczematous and psoriatic patients. *IP Pavlov Russian Medical Biological Herald*. 2009;17(3):93-8. (in Russian)
9. Timofeeva AN, Bobyntsev II, Silina LV. Effect of combined therapy for afobazol indicators dermatological, psychophysiological and immunologic status in patients with chronic eczema. *Advances in Modern Natural Sciences*. 2014;(11-2):29-33. (in Russian)
10. Kubanova AA, Dubensky VV, Dubensky VIV. Fundamentals of modern pharmacotherapy of skin diseases. In: Butov YuS, Skripkin YuK, Ivanov OL, eds. *Dermatovenerology. National leadership*. Moscow: GEOTAR-Media; 2013:176-7, 182. (in Russian)
11. Dorozhenok IYu, Matyushenko EN, Olishova OYu. Dysmorphophobia in dermatological practice. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*. 2014;17(1):42-7. (in Russian)
12. Rumyantseva SA. Modern concepts of xefocam therapy for radicular pain syndromes. *Emergency Medicine*. 2006;6(7):29-33. (in Russian)
13. Olishova OYu, ed. *Skin and Venereal Diseases*. Moscow: Praktical Medicina; 2015. (in Russian)