

вое или безразличное настроение. Депрессия может быть неглубокой, невротической, связанной с разными психическими травмами или тяжелой, глубокой, когда выражена депрессивная триада: тоскливое настроение сочетается с замедлением мыслительных процессов и малой подвижностью.

У подростков депрессия чаще протекает атипично, имеет различные «маски». Скрытая за фасадом капризов, поведенческих, временных интеллектуальных нарушений, депрессия у подростков нередко чрезвычайно трудно выявляется. В отличие от взрослого, у подростка не хватает жизненного опыта, словарного ресурса, чтобы выразить свое состояние в депрессии. О депрессивных расстройствах у подростков можно догадаться по различным косвенным признакам. Вариантами депрессии у подростков являются такие формы депрессивных расстройств, как адинамическая, астеническая, тревожная, ипохондрическая, истерическая, делинквентная, с дисфориями, с идеями вины, с навязчивостями.

Лечение и реабилитационные мероприятия должны быть комплексными и проводится поэтапно.

Рекомендуется употребление в пищу морепродуктов (жирные сорта рыбы), овощей (томаты, бобовые, баклажаны, перец, картофель, шпинат), рис, макаронные изделия, ржаной хлеб, шоколад, джемы, фрукты (апельсины, сливы, бананы, изюм). Не злоупотреблять кофе, укропом.

Условием грамотной поддержки страдающих депрессией подростков является: ранняя диагностика расстройства; коррекция искаженных детско-родительских отношений, крайними проявлениями которых являются нечувствительность к переживаниям ребенка, жесткие меры принуждения и наказания; внимание к душевному состоянию ребенка; настойчивость в лечении и переубеждении ребенка; предельная корректность и высокий профессионализм всех специалистов, оказывающих помощь; обязательное активное участие самих детей в процессе выздоровления; полное доверие рекомендациям психиатра и психотерапевта.

УДК 616.517:514.762.51:591.181:615.213

ПСИХОДЕРМАТОЛОГИЯ И ДЕРМАТОПСИХИАТРИЯ (ТЕРМИНОЛОГИЯ И ПРОБЛЕМЫ ПАТОГЕНЕЗА НА ПРИМЕРЕ ПСОРИАЗА)

Шевченко-Битенский К.В.

ОНМедУ «Одесский национальный медицинский университет»
(г. Одесса, Украина).

«В современной дерматологии вы как величайшее, редчайшее исключение встретите больного человека; зато болезней, болезней – без конца!»

(А. Г. Полотебнов, 1886)

К величайшему сожалению узкоморфологические концепции, посвященные проблемам патогенеза дерматологических заболеваний, существуют не только со времен критики подобных взглядов со стороны первого в России профессора – дерматолога А. Г. Полотебнова (1838–1907 гг.), но продолжают существовать до наших дней.

Удивительная простота и легкость т.н. «линейных» теорий, имеющих ещё к тому же классическое логическое научное объяснение (P. S. Laplace, 1814) и такое же прогнозирование по принципам и законам линейной динамики «завораживают» множество исследователей. В силу этих причин до настоящего времени в изучении патогенеза псориаза все ещё существуют разрозненные вирусная, аутоиммунная, нейроэндокринная, генетическая, аутоинтоксикационная, паракератическая (первичное нарушение кератизации) и многие другие концепции. Настоящее исследование патогенеза основных дерматозов, в частности

псориаза, проводилось на основе классических концепций «условных рефлексов» И. М. Сеченова (1863) – И. П. Павлова (1906–1936); парабиоза Н. Е. Введенского (1899–1901); доминанты Ф. Ф. Ухтомского (1933); киндлинга J. Goddard (1967;1969); гомеостаза W. Kennon (1929–1932); стресса, адаптации и гетеростаза Г. Селье (1936;1973); нелинейной динамики биологических процессов (И. П. Пригожин, 1960; E. Lorens, 1986); устойчивого патологического состояния (Н. П. Бехтерева, 1971–1980); концепции механизмов церебральной памяти и работы нейронов (Э. Кандель, Нобелевская премия 2000 г.), а также пароксизмальности природы невротических расстройств (С. П. Калядко 2012); психоневрогенной теории псориаза (Е. М. Farber et.al., 1982; С. И. Довжанский; С. Р. Утц, 1992), и наконец, концепции диффузной нейроиммунноэндокринной системы (ДНИЭС) Роже Гиймена (R. Gillemin), Нобелевская премия 1977г за открытие нейроиммунноэндокринной регуляции в ЦНС.

Исходя из полученных результатов, можно констатировать, что:

1. центральная нервная система (в том числе и вегетативная) является самым активным звеном в системах организма, реагирующих на вредность при псориазической болезни (Н. В. Кунгуров, 1987; С. И. Довжанский; С. Р. Утц 1992; И. Т. Урсова, 2000; М. А. Jupta, 2001; В. Ф. Корсун, 2010 имн. др.);

2. эмоциональный фактор в этиопатогенезе псориаза и других дерматозов хотя и является общепризнанным, но, несомненно, не единственным. Ряд других сочетанных вредностей («психоневрогенных факторов» J. Stockes, 1930) и «предуготовленность» организма (например, генетическая) позволяют отнести эти заболевания к плюрикаузальным, не зависящим от действия одного патогенного фактора, но многих, в том числе, например нейроиммунноэндокринной диссоциации (R. Gillemin, 1977) с локализацией первичного поражения на поверхности кожи;

3. интервал между психическим потрясением и проявлением т.н. псориазической триады: феномены «стеаринового пятна»; «псориазической пленки»; Полотебнова – Auspitz («кровоной росы»- точечного кровотечения), а также феномена Кёбнера составляет, по мнению абсолютного большинства исследователей, 10–14 дней (очень редко феномен Кёбнера «задерживается» до 3-х недель – С. И. Довжанский; С. Р. Утц, 1992);

4. симптоматика острого начала псориаза изоморфна описанным в середине прошлого века Г. Селье как проявление генерализованного адаптационного синдрома: местная и диффузная кальцифилаксия (склеродермия), гиперактивность с последующим истощением коры надпочечников, диффузная кровоточивость («коагулопатия потребления») на фоне гиперкоагуляции, язвы в желудке экспериментальных животных, аналогичным папулам и бляшкам на коже больных псориазом, а также экспериментальному диатезу, полученному на животных Г. Селье еще в 1927 г., но не описанным им тогда же, но озвученным в докладе на заседании общества немецких врачей в Праге: в то время «... я не обратил особого внимания на состояние кожи и даже не исследовал её гистохимически для выявления обызвестления» (Г. Селье «На уровне целого организма» 1972, стр. 72–73).

5. В дальнейшем выше описанная симптоматика псориазической болезни приобретает, в результате формирующихся доминантных (киндинговых, детерминантных) путей реагирования мозговых систем и всего организма в целом, хронический характер («устойчивое патологическое состояние» с формированием соответствующей «матрицы» в долгосрочной памяти).

«Это устойчивое патологическое состояние – одно из важнейших факторов адаптации организма к среде, процесс биологически положительный – играет в лечении роль осложняющего фактора. Это один из парадоксов в динамике проблем жизни, определяющих общие принципы здоровья, выживания, болезни и смерти!» (Н. П. Бехтерева, «Здоровый и больной мозг человека», 1980, стр.76–77).