

Патомимии у детей

О. Б. Тамразова, М. А. Гуреева

ГАОУ ВПО «Российский университет дружбы народов» Минобрнауки России
117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6

Статья посвящена проблеме патомимий у детей. Аутоагрессивные повреждения в детской практике встречаются очень часто, имеют разнообразные клинические проявления и могут являться симптомом тяжелых психических расстройств. В статье подробно описаны механизмы формирования аутоагрессивного поведения, приведена классификация психодерматозов и описаны клинические особенности течения патомимий в детском и подростковом возрасте. Особое внимание авторы уделили часто встречающимся формам патомимий, которые провоцируются стрессовыми факторами и носят транзиторный характер. Обоснован подход к терапии самоповреждений кожи у детей и отмечено, что общее лечение патомимий будет зависеть от степени выраженности и проявлений психического заболевания, а наружная терапия психодерматозов будет способствовать и ускорению регенерации кожного дефекта и профилактике вторичного инфицирования.

Ключевые слова: **патомимии, самоповреждение кожи, психодерматозы, 5% декспантенол.**

Контактная информация: anait_tamrazova@mail.ru. Вестник дерматологии и венерологии 2017; (3): 76—84.

Pathomimia in children

O. B. Tamrazova, M. A. Gureeva

People's Friendship University of Russia
Mikluho-Maklaya str., 6, Moscow, 117198, Russia

The article is dedicated to the problem of children pathomimia. Autoaggressive injuries in pediatrics are very common; they have a variety of clinical manifestations and can be a symptom of severe mental disorders. The article describes in detail the mechanisms for the formation of autoaggressive behavior, provides a classification of psychodermatoses, and describes the clinical features of the course of pathomimia in childhood and adolescence. The authors focused on the frequently occurred forms of pathomimia, which are provoked by stress factors and are transient. An approach to the treatment of skin autolesions in children has been proved and it is noted that the general treatment of pathomimia will depend on the degree of severity and manifestations of mental illness, and external therapy of psychodermatoses will lead to accelerating the regeneration of the skin lesion as well as the preventing of secondary infection.

Key words: **pathomimia, skin autolesion, psychodermatoses, 5% dexpanthenol.**

Corresponding author: anait_tamrazova@mail.ru. Vestnik Dermatologii i Venerologii 2017; 3: 76—84.

■ Кожа представляет собой уникальный орган со своей физиологией и анатомией. Богато иннервированная кожа является основным барьером, защищающим от воздействия агрессивной среды. Нервные окончания расположены не только в дерме, но и в поверхностном слое — эпидермисе [1]. Центральная нервная система (ЦНС) связана напрямую с кожным покровом посредством эфферентных нейронов или образующихся в ЦНС медиаторов, а также опосредованно через иммунные клетки или железы внутренней секреции [2]. Нервные окончания в коже реагируют на экзогенные стимулы (физические факторы внешней среды: температуру, механическое воздействие и т. д.) и эндогенные воздействия из сосудистого русла (изменения осмоса, рН, биологически активные вещества), а также на психоэмоциональные раздражители [3]. Нервная система устанавливает взаимосвязь с внешней средой и определяет характер ответных реакций организма.

Следуя учениям И. М. Сеченова, Н. Е. Введенского, И. П. Павлова, можно предположить, что рефлекторный принцип реагирования имеет решающее значение для всего организма.

Психоанализ и кожа

Кожа играет важнейшую роль в эмоциональном и психическом развитии человека на ранних стадиях его жизни, является одним из главных каналов довербального общения — важным средством коммуникации матери и ребенка в раннем детстве [4].

Более века назад отечественные дерматологи (П. В. Никольский, К. Л. Сирский, А. Г. Полотебнов и т. д.) описывали влияние нервно-психических факторов на развитие дерматозов [5].

W. Sack и J. Jadassohn в своих исследованиях определили соматопсихические корреляции между кожным заболеванием и ЦНС, считая, что состояние кожи может явиться одним из показателей состояния психики индивидуума [6].

Впервые термин «Skin-Ego» ввел в 1974 г. французский психоаналитик Didier Anzieu, который предполагал, что собственное восприятие себя (Эго) объединяет все психические процессы у человека так же, как кожа защищает тело. [7] Он считал, что ребенок в раннем детстве формирует представление о себе как личности, исходя из опыта разнообразных ощущений с поверхности кожных покровов. Путем непосредственного физического контакта с матерью, а также через чувство надежности, порождаемое отношениями с ней, ребенок учится воспринимать кожу и разрабатывает представление о себе, «исходя из опыта поверхности тела» [8]. Одной из теорий, объясняющих формирование дерматозов у детей, является нарушение контакта с матерью, дефицит близости и тактильных ощущений на стадии раннего онтогенеза, что способствует возникновению патологи-

ческих кожных реакций, которые в дальнейшем могут хронизироваться [9].

В психоанализе аутоагрессивное поведение рассматривается как средство защиты психического состояния больного. Самоповреждения могут являться результатом перенаправленности враждебности, изначально сконцентрированной на внешнем объекте. Если от такого внешнего объекта зависит благополучие ребенка (например, родители, учителя и т. д.), то он перioriентирует свою враждебность: в одних случаях на другой объект или предмет, в других — агрессия направляется на самого себя.

Таким образом, несмотря на разнообразие научных теорий, врачи различных специальностей (дерматологи, педиатры, психиатры, психоаналитики, терапевты и т. д.) едины в выделении психосоматических заболеваний, в развитии которых важную роль играют психоэмоциональные факторы [10]. В педиатрии и дерматологии психодерматологическим заболеваниям уделяется большое внимание.

Психодерматозы

Патогенез развития данных дерматозов достаточно сложный. Дерматологические заболевания нередко являются триггерным фактором развития тяжелых психопатий у пациентов, особенно при наличии генетической предрасположенности к ним.

Психосоматические дерматозы как развиваются под влиянием личностных особенностей пациента, так и участвуют в формировании личности под воздействием заболевания — могут стать причиной развития нозогенных реакций и психопатий. Традиционно психодерматологические расстройства разделяют на три группы [11]:

- *психические расстройства* (с преимущественной локализацией в соматической сфере), которые маскируются яркими кожными проявлениями (патомимиями, невротическими эксфолиациями, тактильным галлюцинозом, дисморфофобией и т. д.). Примерами таких психических расстройств могут стать дерматозоный бред, ипохондрия (истерическая, невротическая, сверхценная), сопровождающаяся аутодеструкцией, дисморфофобии и т. д. Дебют данных заболеваний может наблюдаться в любом возрасте;
- *нозогении* — психические расстройства, спровоцированные течением кожных заболеваний. Значительный вклад в развитие данных психодерматозов вносят как врожденные, так и приобретенные психологические особенности личности. Нозогении чаще всего наблюдаются:

а) при рецидивирующих, длительно протекающих дерматозах, сопровождающихся сильным зудом (атопический дерматит, хроническая крапивница). В детском и подростковом возрасте мучительный зуд, плохой сон приводят к нарушению социальной адаптации

ребенка, повышенной возбудимости, нарушению концентрации внимания;

б) при локализации дерматоза на интимных местах (генитальный герпес, аногенитальный кандидоз). Наблюдается преимущественно у подростков и взрослых пациентов;

в) при локализации на косметически значимых местах (лицо, волосистая часть головы, область декольте, руки), например, при акне, алопеции, витилиго. В подростковом возрасте акцентуация на проблемах красоты и внешнем совершенстве встречается очень часто, особенно среди девочек-подростков. Явления нозогении при «косметических» дерматозах в той или иной степени отмечаются практически у всех подростков;

- **стресс-реактивные дерматозы**, т. е. кожные заболевания, которые манифестируют или обостряются психогенными факторами (атопический дерматит, экземы, простой герпес, витилиго, очаговая алопеция, псориаз, красный плоский лишай, крапивница, аногенитальный зуд и т. д.) [10, 12, 13]. Психогенные воздействия при стресс-реактивных дерматозах выступают в качестве звена в череде последовательных иммунологических событий и приводят к обострению дерматоза лишь в тесной связи с основными факторами патогенеза [14, 15]. Психические факторы наибольшее значение имеют у больных с хроническим течением заболевания с резкими внезапными обострениями, сопровождающимися мучительным зудом. Нередко манифестация псориаза, витилиго, очаговой алопеции, красного плоского лишая, экземы происходит на фоне сильных эмоциональных переживаний: перехода в другую школу, экзаменов, развода родителей, смерти близких, аварий и т. д. Стрессовые триггеры большее значение в развитии дерматозов имеют у подростков и взрослых, чем у детей младшего возраста. Отмечено, что «инкубационный период» между психической травмой и началом клинических проявлений дерматоза составляет около 2 дней [16, 17].

К сожалению, в практической деятельности дерматолога встречаются не только основные группы, но и смешанные варианты психодерматозов, в которых нередко бывает сложно выделить первопричину [18]. Так, наиболее значимым психосоматическим дерматозом в детском и подростковом возрасте является atopический дерматит, взаимосвязь поражения кожного процесса и нарушений в нервной системе очень точно отражало старое название заболевания — нейродермит. Атопический дерматит нередко обостряется после психогенных воздействий и зачастую сопровождается психическими нарушениями у пациентов. Ассоциация дерматита и депрессивных расстройств установлена в исследованиях коморбидности и аффективной патологии в 21—40% случаев. У большинства больных atopическим дерматитом наблюдается

расстройство сна, а положительный терапевтический эффект достигается путем проведения лечения электросном, акупунктурой и гипнозом. На примере течения atopического дерматита можно увидеть тесную взаимосвязь стресс-реактивного дерматоза с нозогенией, когда тяжесть течения заболевания во многом будет зависеть от патохарактерологических свойств пациента [10].

Патомимии у детей и подростков

Патомимии — группа искусственных повреждений кожи, вызываемых больным с целью эмоциональной разрядки и ослабления тягостных ощущений, для аггравации имеющегося дерматоза или имитации какого-либо известного кожного заболевания [19, 20]. Согласно статистическим данным, самоповреждения той или иной степени выраженности наблюдаются у 5—30% людей [19, 21]. Наиболее подвержены патомимиям дети.

На начальных этапах формирования самоповреждение является своеобразной формой реагирования на психотравмирующие факторы. Позднее любое переживание и стресс могут стать пусковым механизмом для аутоагрессии [20]. Самоповреждения наносятся регулярно, в уединении и в основном одним и тем же травмирующим способом. Нередко перед процессом самоповреждения больной впадает в панику, нервничает, а после реализации физического повреждения испытывает удовлетворение. Патомимии характеризуются:

- однотипностью поражений;
- выявлением при осмотре только вторичных элементов (эрозии, язвы, корки, пигментации) и отсутствием первичных морфологических элементов;
- резкими границами очагов поражения с неизменной кожей вокруг;
- линейным, правильным расположением повреждений;
- локализацией высыпаний на доступных участках тела: голове, шее, конечностях, груди и т. д. и отсутствием в труднодоступных для руки больного участках, например спине (рис. 1);
- нередко негативной эмоциональной реакцией на предположение о психогенной причине поражений;
- низкой эффективностью дерматологического лечения и постоянным возникновением новых элементов.

Природа, степень тяжести и прогноз при аутоагрессивном поведении (патомимиях) различны и зависят прежде всего от нозологической принадлежности синдрома [22].

При эндогенных наследственных заболеваниях (например, шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, эпилепсия и т. д.) или экзогенных психических заболеваниях, развитие которых спровоцировано воз-



Рис. 1. Отсутствие повреждений кожи



Рис. 2. Экскориированные акне у девочки-подростка

действием разнообразных внешних факторов (например, последствием черепно-мозговой травмы, нейроинфекции, опухолями мозга и т. д.). Аутоагрессивное поведение обычно принимает грубые формы, поддается терапии только психотропными препаратами. В педиатрической практике встречается редко.

Наиболее часто патомимии отмечаются при психогенных расстройствах, в развитии которых ведущую роль играет воздействие на личность стрессорных факторов (психотравмирующей ситуации). В эту группу входят невротические состояния, реактивные психозы, психосоматические расстройства и другие пограничные психиатрические состояния [21]. В большинстве случаев самоповреждения, спровоцированные стрессорными факторами, носят транзиторный характер и склонны к самоизлечению. Данным состояниям подвержены эмоциональные, чувствительные, инфантильные лица, которые трудно переносят неудачи и обладают высоким уровнем тревожности и агрессивности. Самоповреждения чаще всего носят поверхностный характер и часто расцениваются как результат дурных привычек или навязчивостей. В той

или иной степени они встречаются практически у всех детей и подростков.

В детском возрасте наиболее часто встречаются трихотилломания, онихофагия, онихотилломания, хейлофагия, экскориированные акне.

Экскориированные акне — самоповреждения кожи при воспалительных заболеваниях сальных желез и волосяных фолликулов (акне, фолликулиты, фолликулярный кератоз и т. д.). Клинически характеризуется множественными эрозиями, экскориациями, геморрагическими корочками. Данное состояние отличается от невротических экскориаций тем, что пациенты осуществляют аутодеструкцию реально существующих высыпаний (рис. 2). Описывая данное состояние, L. Brocq (1898) отметил, что чаще всего навязчивые аутоэкстракции сопровождают акне и отмечаются у «молодых женщин тщедушного телосложения, склонных к истерическим реакциям» [23]. Расчесывание нередко предшествует тщательный осмотр или ощупывание кожи. Акнефобия у подростков вначале сопровождается «выдавливанием» реально существующих акне, а при дальнейшем развитии невроза —



Рис. 3. Многочисленные вторичные морфологические элементы

упорным повреждением кожи в местах воображаемых угрей с типичной локализацией на лице и груди. Безусловно, практически каждый подросток в своей жизни хоть раз занимался аутоэкстракцией вульгарных акне, и единичные геморрагические эрозии на лице могут отмечаться у психически здоровых людей. Но множественные геморрагические корки, эксфолиации, эрозии, рубцы и гиперпигментации (рис. 3) при отсутствии первичных элементов (папул, пустул, комедонов) свидетельствуют о выраженности патомимии. Диагностически важным признаком является волнообразное течение заболевания: элементы появляются «волнами» на пике эмоциональных переживаний. К данной группе самоповреждений также можно отнести часто встречающиеся у подростков навязчиво повторяющиеся эксфолиации в местах расположения фолликулитов (при фолликулярном кератозе, пиодермии и т. д.), а также в местах, где были первично сформированы ссадины травматического генеза, укусы на-



Рис. 4. Многочисленные эксфолиации в местах укусов насекомых

секомых и т. д. (рис. 4). В детском возрасте длительно не заживающие раны могут приводить к формированию порочного круга, который приводит к навязчивому удалению корочек: «эрозия—корка—чувство стягивания кожи/зуд—расчесы—эрозия». Для предотвращения формирования навязчивостей у маленьких детей и подростков рекомендуется при заживлении ран применять препараты, ускоряющие регенерацию, а при укусах насекомых — противозудные средства.

Трихотилломанией называется самостоятельное удаление волос (вырывание, выкручивание) на голове или других частях собственного тела. Трихотилломания характерна для детей дошкольного и школьного возраста. У маленьких детей часто формируется привычка засыпать, покручивая локон, которая может в итоге приводить к выдергиванию волос. Очаги выпадения волос могут отмечаться на любой поверхности тела, где есть волосяной покров, но чаще на волосистой части головы, бровях, ресницах — длинные

и щетинистые волосы легче захватываются пальцами. Для трихотилломании характерны следующие проявления: единичный очаг выпадения волос, на поверхности которого отмечается множество «черных точек», «пеньков» неравномерно отрастающих волос; граница очага выпадения волос нечеткая; отсутствует зона «расшатанных волос»; отсутствие воспалительных элементов (папул, пустул, шелушения), в некоторых случаях при травматизации ногтями отмечаются единичные геморрагические корочки (рис. 5). Дифференциальный диагноз проводят с очаговой алопецией, микозом, алопецией травматического генеза и т. д.

Компульсивная аутоэкстракция волос может сочетаться с **трихофагией**, навязчивым их поеданием. Трихофагия — редкое проявление трихотилломании, свидетельствует о глубоких психических изменениях у ребенка. Возможно развитие желудочно-кишечных расстройств, вызванных образованием кома волос в различных отделах пищеварительного тракта.

Очаги выпадения волос нередко формируются в местах расположения высыпаний при различных дерматозах, например, после пиодермий, ветряной оспы и т. д. Привычная аутоэкстракция корочек может стать причиной стойкого выпадения волос (рубцовой алопеции) (рис. 6).

Онихотилломания — самоповреждение ногтевых пластин, вызванное компульсивными повторными действиями, которые могут реализоваться с помощью инструментов (щипцов, кусачек и т. д.). У детей и подростков чаще всего наблюдается **онихофагия** — механическое повреждение ногтевой пластины зубами. Навязчивое обкусывание ногтей очень часто отмечается в детском возрасте, особенно у младших школьников. Проявляется постоянной или периодической привычкой «грызть» ногти. Регулярное обкусывание ногтей приводит к деформации ногтевой пластины (микроонихии, онихошизису, трахионихии) и возникновению воспалительных явлений в окружающих тканях (заусеницы, паронихия) (рис. 7). Онихофагия нередко связана с повышенной тревожностью ребенка из-за проблем в детском саду, школе, семье. У детей младшего возраста может наблюдаться обкусывание ногтей на стопах, что при разовых проявлениях рассматривается педиатрами как некий интересный опыт ребенка, а при систематических эпизодах — признак психических заболеваний. Часто отмечается у детей с синдромом Дауна.

Онихофагия — часто встречаемая форма патомимии. Отмечается не только в детской популяции, но и у взрослых. Выявляется с одинаковой частотой как у мужчин, так и у женщин. Нередко проявляется при волнении и интенсивной умственной деятельности.

При повреждении матрикса ногтя собственными ногтями или при частом (нередко процедуры проводятся ежедневно) и грубом маникюре с обрезанием эпоникума формируется срединная **каналиформная**



Рис. 5. Трихотилломания. Единичный очаг выпадения волос на поверхности головы



Рис. 6. Трихотилломания. Рубцовая алопеция посттравматического генеза



Рис. 7. Онихофагия



Рис. 8. Каналиформная дистрофия ногтя

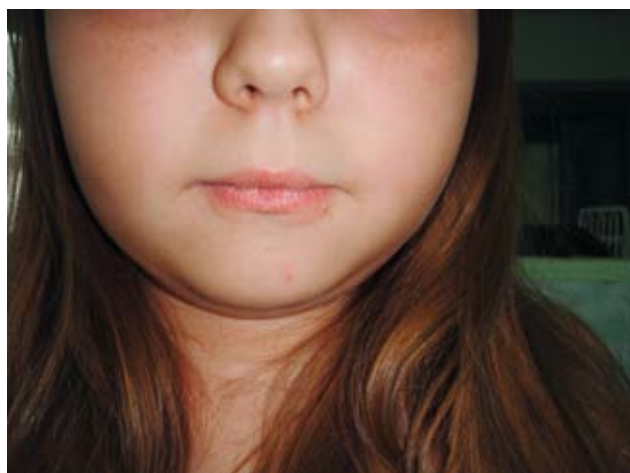


Рис. 9. Хейлофагия

дистрофия ногтей. Характеризуется данная форма самоповреждения глубокой каналообразной бороздой шириной 3—4 мм в центральной части ногтевой пластины, которая берет начало у корня ногтя, постепенно продвигается к свободному краю. Чаще всего повреждается I палец кисти (рис. 8). Аутодеструкция ногтевой пластины и околоногтевых тканей, вызванная навязчивым стремлением к проведению агрессивного маникюра, для многих девушек-подростков и женщин является причиной формирования стойких ониходистрофий.

Хейлофагия — навязчивое облизывание или прикусывание красной каймы губ. На губах при этом образуются ссадины, трещины, кровоизлияния и корочки (рис. 9). Привычка покусывать губы у детей младшего возраста нередко формируется на фоне атопического хейлита, который сопровождается ксерозом и раздражением красной каймы губ. При хейлофагии может формироваться порочный круг: сухость красной каймы губ—зуд—облизывание и покусывание губ, последнее на короткий промежуток времени уменьшает ощущение стянутости и зуда.

Часто встречающимся проявлением самоповреждения является **хейлотилломания** — навязчивое пощипывание своих губ. Данные повторяющиеся действия могут быть сформированы при хроническом атопическом хейлите как привычное удаление с губ сухих корочек и чешуек.

Дерматотлазия — навязчивое состояние, сопровождающееся желанием вызвать у себя раздражение кожи путем ее разминания, растирания, пощипывания, в результате чего возникают очаговые повреждения кожи в виде эксфолиаций и/или лихенификации (рис. 10).

Диагностика патомимий основывается на данных анамнеза, типичных клинических проявлениях, результатах гистологического исследования, а также на заключении после консультации психоневролога или психиатра.

Лечение. В схеме лечения пациентов с патомимиями можно выделить два основных направления.

1. Предотвращение воздействия на ребенка стрессорных факторов (психотравмирующей ситуации) и выявление психогенного расстройства. Если самоповреждения не представляют собой тяжелое психическое расстройство, то в этом случае эффективным является техника когнитивно-поведенческой психотерапии. Нередко доверительная беседа ребенка с педиатром или детским психоневрологом позволяет определить стрессорный фактор, спровоцировавший начало патомимий. Психологическая беседа с родителями (если ребенок маленький) или с подростком (даже лучше без присутствия родителей) должна быть тактичной, направлена на пошаговый опрос для установления истинных причин поражения кожи. Детям с наличием тяжелых форм психических расстройств рекомендуется проводить медикаментозное лечение

психотропными препаратами, нередко в условиях стационара психоневрологической направленности.

2. Непосредственное воздействие на пораженный участок кожных покровов наружными препаратами, способствующими скорейшему заживлению. В своей практике для терапии повреждений кожи (эрозий, ссадин, ран и т. д.), вызванных аутодеструкцией, мы рекомендуем сочетать наружное применение растворов анилиновых красителей (бриллиантовый зеленый, фуксин, метиленовый синий и т. д.) и кремов или мазей, стимулирующих регенерацию и смягчающих кожу.

Нанесение растворов анилиновых красителей на эрозии и/или корки подсушивает экссудативные элементы и предотвращает вторичное инфицирование. Для детей и подростков наличие на коже окрашенных анилиновыми красителями участков психологически останавливает от дальнейшего повреждения кожи: свежие эрозии будут значительно выделяться на фоне цветных элементов и привлекать внимание родителей и врачей. Экскориации на лице и других косметически значимых зонах следует подсушивать спиртовыми растворами.

После подсушивания травмированных участков кожи следует наносить на корки заживляющие и регенерирующие кремы или мази. Данные препараты будут оказывать двойное действие. Во-первых, они непосредственно влияют на процессы регенерации тканей благодаря входящим в их состав активным компонентам, а во-вторых, жирная питательная основа будет смягчать уже имеющиеся корки, уменьшать субъективные ощущения зуда и стянутости кожи, разрывая тем самым зудо-расчесывательный порочный круг [24]. Актуальным наружным препаратом в комплексном лечении патомимий у детей является мазь Бепантен. Эффективность мази Бепантен в терапии аутодеструктивных повреждений у детей определяется двумя факторами: основой и действующим веществом. Действующим веществом в мази Бепантен является 5% декспантенол (провитамин В₅). При проникновении в кожу декспантенол превращается в пантотеновую кислоту, структурный элемент коэнзима А. Коэнзим А является ключевым элементом цикла Кребса, генерирующего энергию, необходимую для процессов регенерации и функционирования организма. В исследованиях также было выявлено влияние декспантенола на миграцию и пролиферацию фибробластов, а также отмечалась его выраженная противовоспалительная активность [25, 26].

Мазевая основа Бепантена включает в себя ланолин, с помощью которого препарат покрывает эрозии и корки тонкой пленкой, предотвращая испарение воды и обеспечивая постепенное проникновение действующих веществ. Отличает мазь Бепантен от других препаратов, содержащих декспантенол, высокое содержание натурального ланолина (250 мг на 1000 мг мази) и полное отсутствие консервантов в составе, что позволяет применять препарат даже у детей младше-



Рис. 10. Дерматоглифия у подростка после разминания кожи кисти

го возраста и препятствует развитию аллергических реакций. Мазевая основа Бепантена смягчает и увлажняет кожу, уменьшает зуд и чувство стянутости кожи, которые нередко являются пусковыми моментами развития самоповреждений у детей.

Уникальная комбинация ланолиновой основы и 5% декспантенола в мази Бепантен оказывает на кожу противовоспалительное, регенерирующее и смягчающее действие, что позволяет применять данный препарат в терапии различных проявлений патомимий у детей как в составе комплексной терапии (например, в сочетании с психотропными препаратами), так и в качестве монотерапии при легких транзиторных формах.

Заключение

Аутоагрессивные повреждения в детской практике встречаются очень часто, имеют разнообразные клинические проявления и могут служить симптомом тяжелых психических расстройств. Несмотря на то что общее лечение патомимий будет зависеть от степени выраженности и проявлений психического заболевания, наружная терапия во всех случаях одинакова и будет способствовать профилактике вторичного инфицирования и ускорению регенерации кожного дефекта. ■

Литература

- Summey B. T. Jr., Yosipovitch G. Pharmacologic advances in the systemic treatment of itch. *Dermatol. Ther.* 2005; 18: 328.
- Ikoma A. Neurobiology of pruritus. *Nature Rev. Neurosci.* 2006; 7: 535.
- Dalgard F. Self-reported skin morbidity among adults: Associations with quality of life and general health in a Norwegian survey. *J. Investig Dermatol. Symp. Proc.* 2004; 9: 120.
- Gupta M., Gupta A., Ellis C.N., Voorhees J.J. Some psychosomatic aspects of psoriasis. *Adv Dermatol* 1990; 5: 21—30.
- Nikol'skij P. V. Prichiny kozhnyh boleznej. (Vstup. lekciya, chit. v Imp. Varshavsk. un-te 1-go sent. 1900 g.) Varshava: tip. Varshavskogo uchebnogo okruga, 1901. [Никольский П. В. Причины кожных болезней. (Вступ. лекция, чит. в Имп. Варшавск. ун-те 1-го сент. 1900 г.) Варшава: тип. Варшавского учебного округа, 1901.]
- Sack W. Haut und Psyche. In: Jadassohn J. (Hrsg.). *Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.* Berlin: Springer. 1933.
- Anzieu, Didier. (1974). *Le Moi-peau.* Nouvelle Revue de psychanalyse, 9. 195—208.
- Ahmed S., Stacey J. "Introduction: Dermoglyphies," in *Thinking Through the Skin*, eds S. Ahmed and J. Stacey. 2001. London: Routledge. 1—18.
- Bick E. "Further Considerations on the Function of the Skin in Early Object Relations," in *Surviving Space: Papers on Infant Observation*, ed. A. Briggs. 2002. London: Karnac, 60—71.
- Alexander F. *Psychosomatic medicine.* New York: Norton 1950.
- Smulevich A. B. Dorozhenok I. YU., Ivanov O. L., L'vov A. N. Problemy psihodermatologii: sovremennye aspekty. *Ros. zhurn. kozhn. i ven. bol.* 2005; 6: 33—40. [Смулевич А. Б. Дороженок И. Ю., Иванов О. Л., Львов А. Н. Проблемы психодерматологии: современные аспекты. *Рос журн кожн вен бол* 2005; 6: 33—40.]
- L'vov A. N. Osobennosti psihosomaticeskogo statusa u bol'nyh atopicheskim dermatitom i puti ih kompleksnoj korrekcii. Avtoref. ... dis. kand. med. nauk. M., 2001/ [Львов А. Н. Особенности психосоматического статуса у больных атопическим дерматитом и пути их комплексной коррекции. Автореф. ... дис. канд. мед. наук. М 2001.]
- Gieeler U., Stangier U., Brähler E. *Hauterkrankungen in psychologischer Sicht.* Göttingen.—Bern—Toronto—Seattle 1995.
- Griesemer R. Emotionally triggered disease in a dermatologic practice *Psychiatr Ann* 1978; 8: 49—56.
- Gupta M., Gupta A. Psychodermatology: An update. *J Am Acad Dermatol* 1996; 34 (6): 1030—1046.
- Griesemer R, Nadelson T. Emotional Aspects of Cutaneous Disease. In: *Dermatology in general medicine.* Eds: T. B. Fitzpatrick et al. New York: McGraw — Hill 1979; 234—50.
- Wittkower E., Russel B. *Emotional factors in skin diseases.* Cassel & Co, London 1953.
- Mechanic, D. Stress, illness and illness behaviour. *J Human Stress* 1976; 2: 2—6.
- Terent'eva N. A., Fragina A. V. Psihopatologicheskie aspekty patomimii: na modeli nevroticheskikh ehkskoriacij. *Psihiatriya i psihofarmakoterapiya.* 2002; 4: 160—162. [Терентьева Н. А., Фрагина А. В. Психопатологические аспекты патомимии: на модели невротических эксфолиаций. *Психиатрия и психофармакотерапия* 2002; 4: 160—162.]
- Ruzhenkov V. A., Ruzhenkova V. V. Nekotorye aspekty terminologii i klassifikacii autoagressivnogo povedeniya. *Suicidologiya.* 2014; 1: 41—51. [Руженков В. А., Руженкова В. В. Некоторые аспекты терминологии и классификации аутоагрессивного поведения. *Суицидология* 2014; 1: 41—51.]
- Aleksandrovskij YU. A. Pogranichnye psichicheskie rasstrojstva. *Medicina* 1993. 400 str. [Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. *Медицина* 1993. 400 стр.]
- Smulevich A. B., Ivanov O. L., L'vov A. N. Patomimii psihopatologiya autoagressii v dermatologicheskoj praktike. *MIA.* 2012; 160 s. [Смулевич А. Б., Иванов О. Л., Львов А. Н. Патомимии психопатология аутоагрессии в дерматологической практике. *МИА* 2012; 160.]
- Brocq L. Acne excooriee des jeunes filles. *Rev Gen Clin Ther* 1898; 12: 193—197.
- Tamrazova O. B., Stadnikova A. S. Novye predstavleniya ob etiopatogeneze atopicheskogo dermatita i taktike vedeniya bol'nyh. *Consilium Medicum (Pediatriya).* 2015; 1: 64—65. [Тамразова О. Б., Стадникова А. С. Новые представления об этиопатогенезе атопического дерматита и тактике ведения больных. *Consilium Medicum (Педиатрия)* 2015; 1: 64—65.]
- Lacroix B., Didler E., Grenier J. F. Role of pantothenic and ascorbic acid in wound healing processes: in vitro study on fibroblasts. *Internat J Vit Nutr Res/* 1988; 58: 407—413.
- Grenier J. F., Aprahamifn M., Genot C. Pantothenic acid (Vitamin B5) efficacy on wound healing. *Acta Vitaminol Enzymol* 1982; 4: 81—85.

об авторах:

О.Б. Тамразова — д.м.н., профессор кафедры дерматовенерологии факультета повышения квалификации медицинских работников РУДН, Москва

М.А. Гуреева — ассистент кафедры дерматовенерологии факультета повышения квалификации медицинских работников РУДН, Москва

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье