

**Министерство здравоохранения Донецкой Народной Республики
Государственная образовательная организация высшего
профессионального образования «Донецкий национальный
медицинский университет
имени М. Горького»
Кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО**

**МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ НА ФОНЕ
ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ**

к.мед.н. асс. Горбенко Ал. С.

15 сентября 2021 г. Донецк

Актуальность

Известно, что более, чем у 80% больных АлД заболевание развивается после стресса (*Евтушенко С.К., 1996; Проценко Т.В., 2013; Потеев Н.Н., 2016*)

Доказана роль нарушений функций ВНС в патогенезе АлД, влияние психовегетативных расстройств на течение и эффективность их терапии (*Бокова И.А., 2020*)

Показана взаимосвязь сенсibilизации кожи и последующего развития иммунозависимого воспаления в ней с функциональными нарушениями в ЦНС и ВНС при АД (*Довжанский С.И., 2001; Кубанова А.А., 2014; Волошин Р.Н., 2017*)

АКТУАЛЬНОСТЬ

Доказана роль психогенных воздействий как факторов, провоцирующих манифестацию (у 44% больных) или эксацербацию (у 81,3% больных) АлД (Дороженок И.Ю., 2018)

Установлено, что тяжелое течение АлД более, чем у 2/3 больных сопровождалось разнообразными психогенными реакциями (Львов А.Н., 2001; Аксенова О.И., 2014)

В тоже время до настоящего времени лишь единичные работы посвящены изучению психопатологических, психоэмоциональных и нейровегетативных нарушений у больных АлД, длительное время пребывающих в условиях хронического стресса – в зоне локального конфликта (ЗЛК)

Не отработаны подходы к лечебно-реабилитационным мероприятиям для больных АлД с высоким уровнем тревожности и психовегетативными нарушениями

Цель исследования:

повышение эффективности лечения больных АлД, проживающих в ЗЛК, путем применения в комплексной терапии дневного транквилизатора (адаптол), сегментарно-рефлекторной физиотерапии (СРФ) и комплекса психорелаксации на основании установления роли психопатологических и нейровегетативных нарушений в патогенезе дерматозов

Установлено, что

- **у 119 (74,4%) больных АлД, проживающих в ЗЛК стресс был фактором дебюта и рецидивов АлД, чаще у женщин – 69 (95,8%), чем у мужчин – 50 (54,3%);**
- **длительность дерматоза (3 и более лет) была у 84 (51,2%) больных;**
- **частые рецидивы (1-2 и более в год) – у 121 (73,8%) больного;**
- **распространенный процесс (более 10% площади тела) – у 53 (32,3%)**
- **больных;**
- **более частые среднетяжелые и тяжелые проявления (SCORAD более 20 баллов) – у 139 (84,7%) больных, чаще у больных АД и экземой.**

Показано, что у всех больных АлД, проживающих в ЗЛК, были различной степени выраженности повышение уровня ситуативной и личностной тревожности, клинически выраженная тревога и депрессия, что необходимо учитывать при лечебно-реабилитационных мероприятиях.

У всех больных АлД, проживающих в ЗЛК, установлены выраженные психопатологические и нейровегетативные нарушения, проявляющиеся повышенными показателями фобической тревожности (PHOB), соматизации (SOM), общего индекса тяжести симптомов (GSI), индекса симптоматического дистресса (PSDI), тревожности (ANX), которые были наиболее выраженные у больных АД и экземой.

У больных АлД, проживающих в ЗЛК, установлена выраженная вегетативная дисфункция, при анализе временных и частотных показателей ВСР выявлены нарушения парасимпатической регуляции и баланса влияния симпатического и парасимпатического звена ВНС, что необходимо учитывать при лечебно-реабилитационных мероприятиях.

Выявленные в результате проведенного исследования данные послужили обоснованием разработки комплексного метода терапии, включающего, наряду с традиционной, применение дневного транквилизатора (адаптола), сегментарно-рефлекторной физиотерапии и комплекса психорелаксации

Метод лечения

Основная группа

n= 130



Традиционная терапия



Дневной транквилизатор

адаптол по 500 мг 2р/д- 3 месяца



**Сегментарно-рефлекторная
физиотерапия**

*при ваготонии и красном дермографизме –
2% р-р кальция хлорида*

*при симпатикотонии и белом
дермографизме – 3% р-р магния сульфата*



Комплекс психорелаксации

*сенсорная комната с -аэро-, аудио- и
светокорректирующими стимулами*

Группа сравнения

n= 34



Традиционная терапия

- антигистаминные
- гипосенсибилизирующие
- витамины
- гепатопротекторы
- дезинтоксикационные
- наружная терапия

Метод лечения больных АлД на фоне тревожных состояний

Традиционную терапию проводили в соответствии с протоколами МЗ ДНР

В качестве дневного транквилизатора использовали **адаптол**, который назначали по 500 мг 2 раза в день в течение 3 месяцев.

Ранее проведенными исследованиями было подтверждено, что адаптол не только подавляет синдром тревожности, но и восстанавливает адаптационно-компенсаторные процессы в центральной нервной системе (ЦНС)

Метод лечения больных АД на фоне тревожных состояний

С целью сегментарно-рефлекторной физиотерапии применяли электрофорез на шейно-воротниковую зону с лекарственными препаратами, выбор которых проводили с учетом исходного вегетативного статуса и характера дермографизма.

- при ваготонии и красном дермографизме использовали 2% раствор кальция хлорида,
- при симпатикотонии и белом дермографизме - 3% раствор магния сульфата.

Курс лечения 10 процедур в режиме через день.

Обоснованием применения сегментарно-рефлекторной физиотерапии были ее доказанные действия: вегетостабилизирующее, седативное, противозудное, противовоспалительное, способность стимулировать, ускорять процесс регенерации кожи, уменьшать уровень тревожности и эмоционального напряжения, повышать устойчивость к стрессовым воздействиям

Метод лечения больных АД на фоне тревожных состояний

Комплекс психорелаксации включал использование сенсорной комнаты в сочетании с аэро-, аудио - и светокорректирующими стимулами.

Сенсорная комната представляла собой затемненное помещение, площадью 16 кв. м (из расчета не менее 2 кв.м на человека), оснащенное соляным светильником, аромолампой и устройством для воспроизведения ауди записей

Сенсорная комната

Воздействие аудиокорректирующего стимула заключалось в прослушивание записанного на компьютере музыкального сопровождение (шум дождя, звуки природы, моря, пение птиц в лесу), продолжительностью 20 минут.

Воздействие свето- и аэрокорректирующих стимулов заключалось в сочетанном использовании солевой лампы (светильник "Соляное сияние", производства ГП «Артемсоль») и ароматерапии с хвойным запахом (эфирные масла кедра). В чашу аромалампы наливали 2 мл фильтрованной воды и 2 капли эфирного хвойного масла.

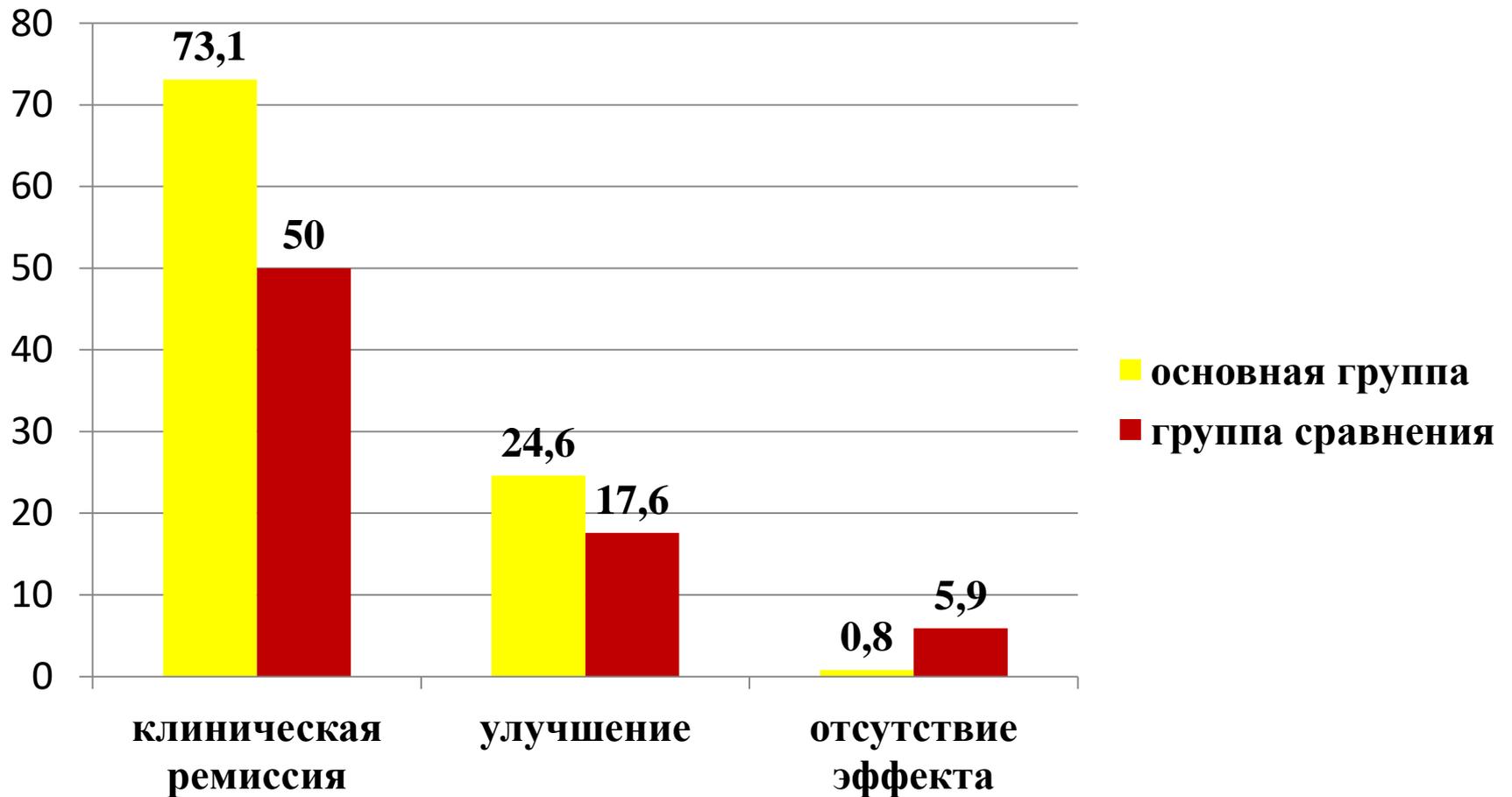
Обоснованием выбора хвойного аромата кедрового эфирного масла были его доказанные эффекты по снижению уровня тревожности и рекомендации к использованию людям, подвергающимся стрессовым воздействиям и высоким нагрузкам. Доказано, что наряду с уменьшением уровня тревожности и депрессии, он повышает устойчивость к психическим нагрузкам, обладает успокоительным и адаптогенным действием. Преимуществом применения аэростимула является его доступность и простота применения, хорошая переносимость при соблюдении дозировки, отсутствие побочных влияний и привыкания

Обоснованием применения соляного светильника "Соляное сияние" («Артемсоль») были особенности его действия, приводящие к насыщению воздуха корпускулярными и субмолекулярными частицами хлористого натрия, а специальная конструкция светильника позволяла обеспечить поток аэроионов в окружающую среду без дополнительных устройств. Насыщение воздуха микрокристаллами хлорида натрия усиливалось за счет электрического подогрева. Насыщая воздух сенсорной комнаты мельчайшими частицами соли, создавали микроклимат, благоприятный для больных АлД.

Ранее проведенными исследованиями показано, что мягкое свечение светильника вызывает приток отрицательных ионов в оптимальных дозах, что улучшает самочувствие, уменьшает уровни ситуативной и фобической тревожности, восстанавливает нарушения нейро-гуморальной регуляции и адаптационные возможности организма, а мельчайшие частицы поваренной соли, проникая в дыхательные пути, обеспечивают противоаллергическое действие.

Таким образом, при назначении комплекса психорелаксации больным АлД, проживающим в ЗЛК, учитывали доказанные синергические эффекты сочетания разных психокорректирующих стимулов (свето-, аэро- и аудио-), обеспечивающих седативное и вегетостабилизирующие терапевтические эффекты, что является не только элементом лечения, но и профилактикой рецидивов. Режим проведения процедур комплекса психорелаксации: ежедневно в течение 20 минут, на курс 10 процедур.

Анализ ближайших результатов (количество больных, в %)



Результаты лечения по показателям ВСР

	До лечения	После лечения		Контрольная
Показатель /группы	больные АлД, n=70	основная, n=40	сравнения, n=30	n=30
SDNN, мс	50,61±2,24	62,13±4,30	53,17±7,59	62,19±21,32
RMSSD, мс	43,64±25,16	65,16±2,39	47,12±3,42	68,47±13,02
HF, мс²	597,50±119,38	895,23±147,51	633,22±242,85	908,41±112,40
LF, мс²	1712,03±72,07	1133,41±341,8	1698,31±747,03	1150,06±160
VLF, мс²	759,20±61,20	462,46±155,98	693,80±127,46	474,50±53,1
LF/HF, %	2,39±0,16	1,5±0,19	2,20±0,45	1,61±0,33
TP, мс²	2672,94±235,17	3656,17±265,46	2710,30±485,93	3939±387,5

**Динамика показателей психопатологической симптоматики
в группах сравнения после лечения (M± m; Me; Min – Max)**

Показатель/группы	После лечения		Нормативные показатели
	Основная, n=130	Сравнения, n=34	
Соматизация (SOM)	0,56±0,02 Me= 0,45 (0,08-0,94)	0,68 ±0,09 Me=0,63 (0,00-1,25)	0,44±0,03
Депрессия (DEP)	0,61±0,03 Me=0,61 (0,10-1,03)	0,73 ±0,12 Me=0,71 (0,00-3,23)	0,62±0,04
Тревожность (ANX)	0,48±0,01 Me=0,46 (0,00-1,00)	0,67 ±0,07 Me=0,59 (0,00-1,70)	0,47±0,03
Фобическая тревожность (PHOB)	0,25±0,02 Me=0,23 (0,00-1,16)	0,41 ±0,09 Me=0,36 (0,00-2,28)	0,18±0,02
Общий индекс тяжести симптомов (GSI)	0,53±0,02 Me=0,52 (0,15-2,10)	0,76 ±0,07 Me=0,69 (0,04-2,16)	0,51±0,02
Индекс симптоматического дистресса (PSDI)	1,18±0,02 Me=1,16 (0,05-2,20)	1,29±0,11 Me=1,26 (0,01-3,46)	1,17±0,05

Динамика показателей опросника САН в группах сравнения, до и после лечения ($M \pm m$; Me; Min – Max)

Показатель/Группы	До лечения, n=127	После лечения	
		основная, n=97	сравнения, n=30
Самочувствие	4,3±0,05 Me=4,3 (2,5-5,7)	5,5±0,05 Me=5,1 (4,0-6,5)	4,6±0,09 Me=4,6 (3,5-5,9)
Активность	4,5±0,04 Me=4,5 (3,3-5,5)	5,4±0,06 Me=5,1 (4,1-6,0)	4,6±0,08 Me=4,6 (4,0-5,6)
Настроение	4,4±0,06 Me=4,4 (2,6-5,8)	5,5±0,06 Me=5,4 (4,0-6,7)	4,7±0,11 Me=4,6 (3,8-5,8)

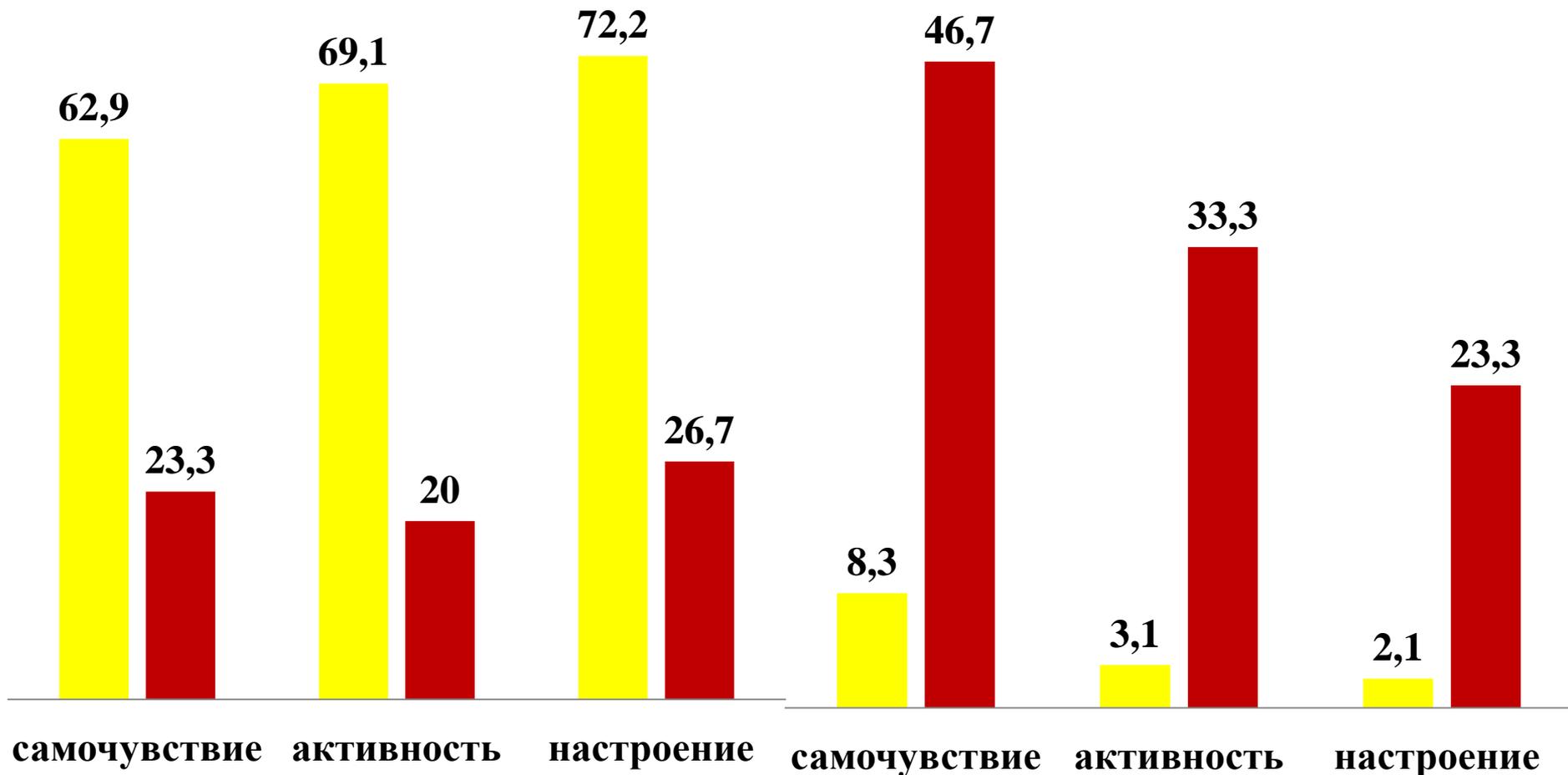
Результаты лечения по опроснику САН (количество больных, в %)

Состояние как благоприятное

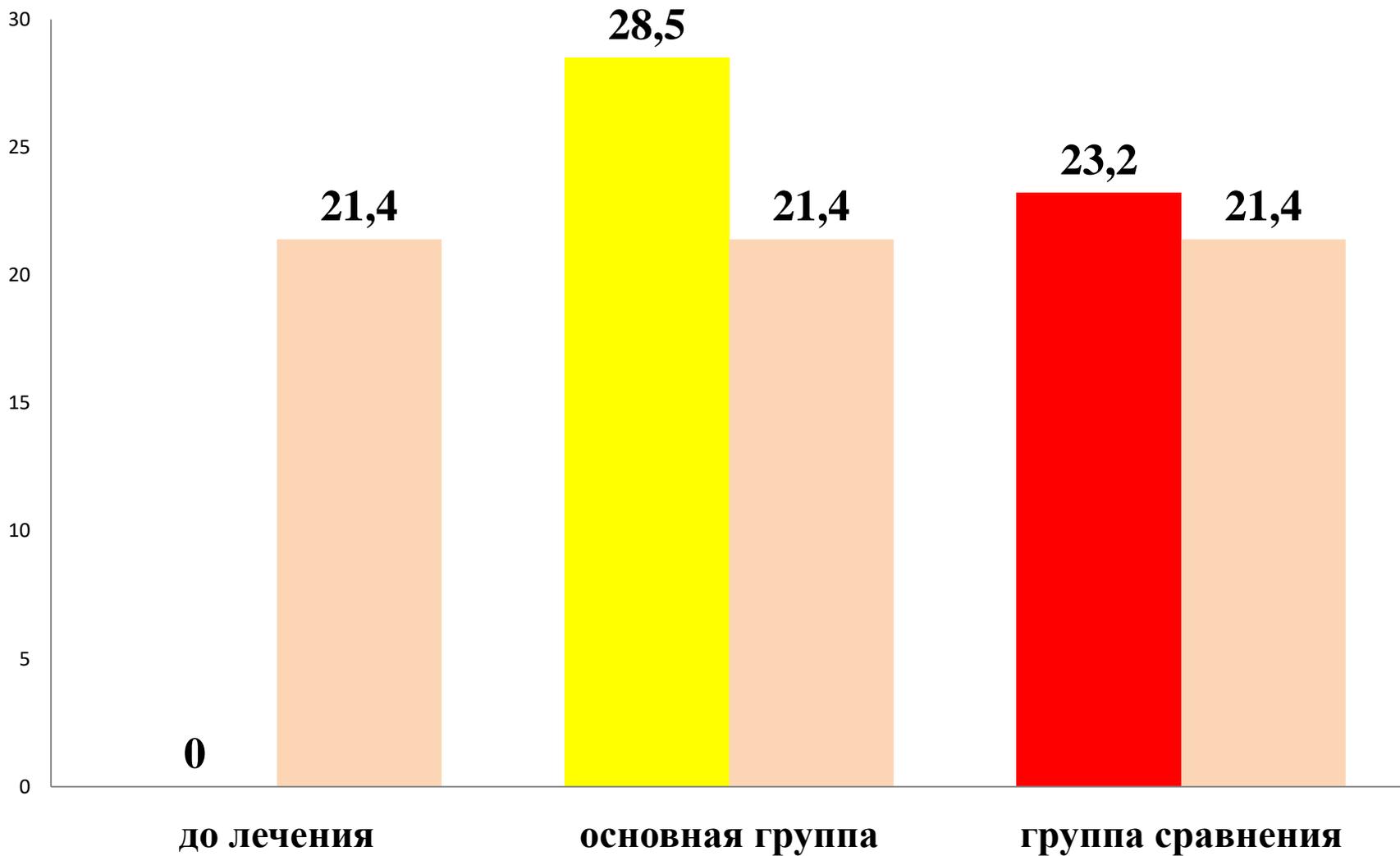
Состояние как неблагоприятное

■ основная ■ сравнения

■ основная группа ■ сравнения

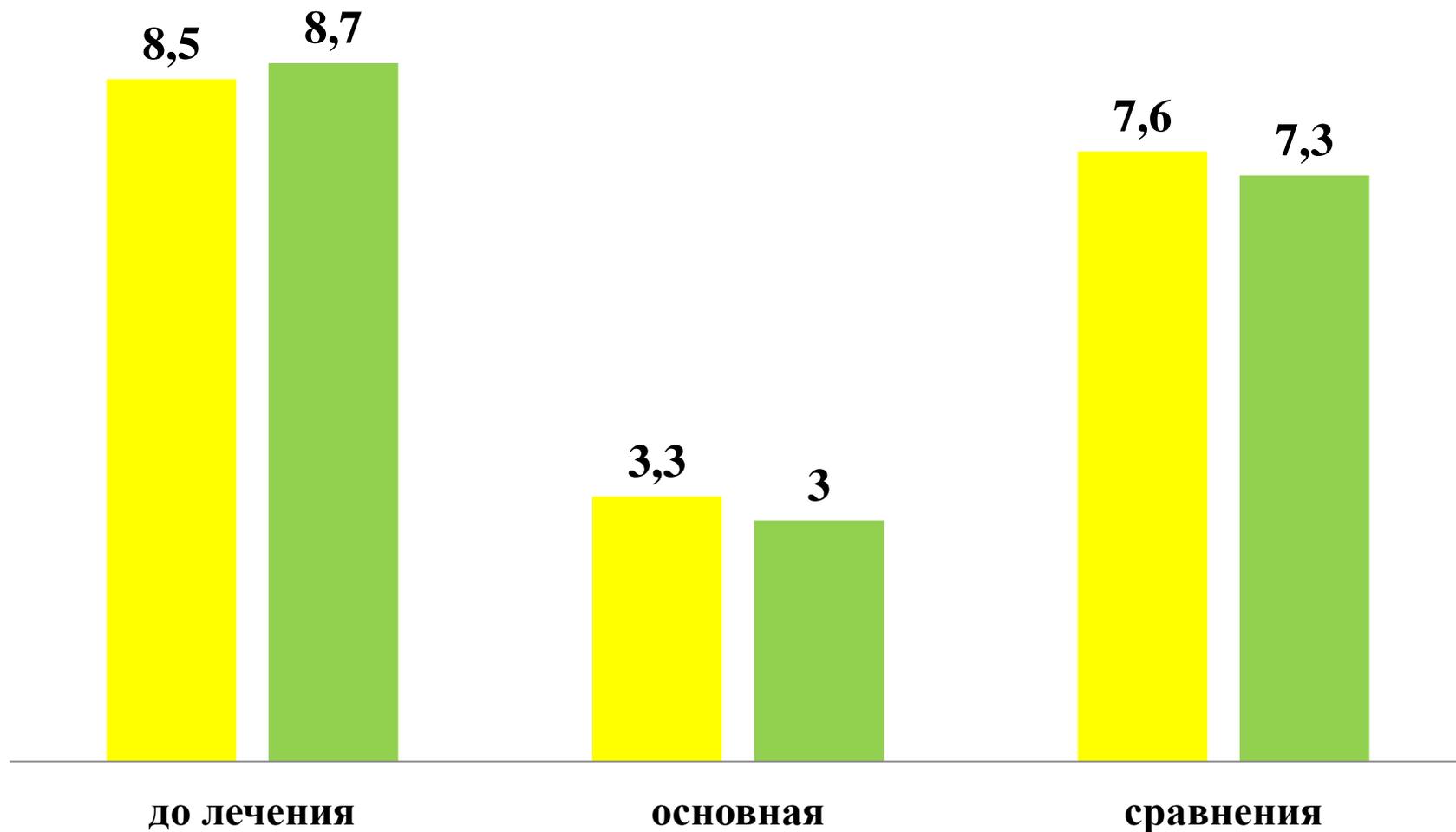


Показатели опросника ШУДЖ в группах сравнения до и после лечения (M± m), баллы



Результаты лечения по шкале тревоги и депрессии до и после лечения ($M \pm m$), баллы

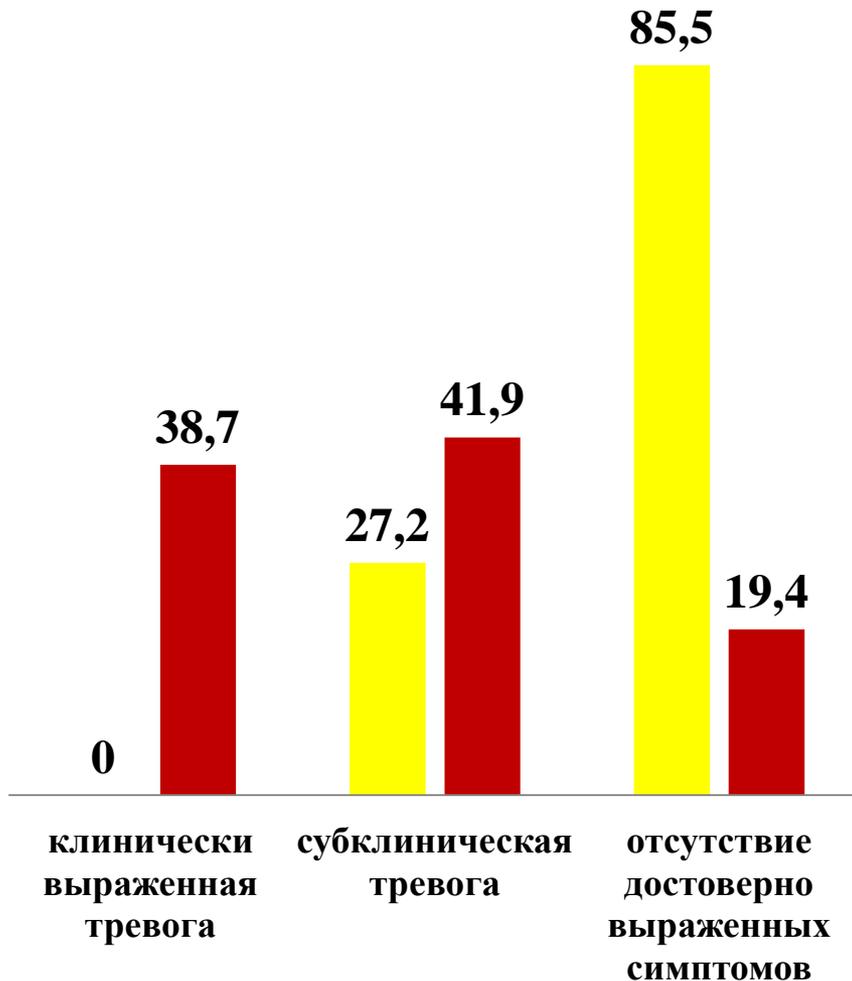
■ шкала тревоги ■ шкала депрессии



Результаты лечения по шкале тревоги и депрессии (количество больных, в %)

Шкала тревога

■ основная ■ сравнения

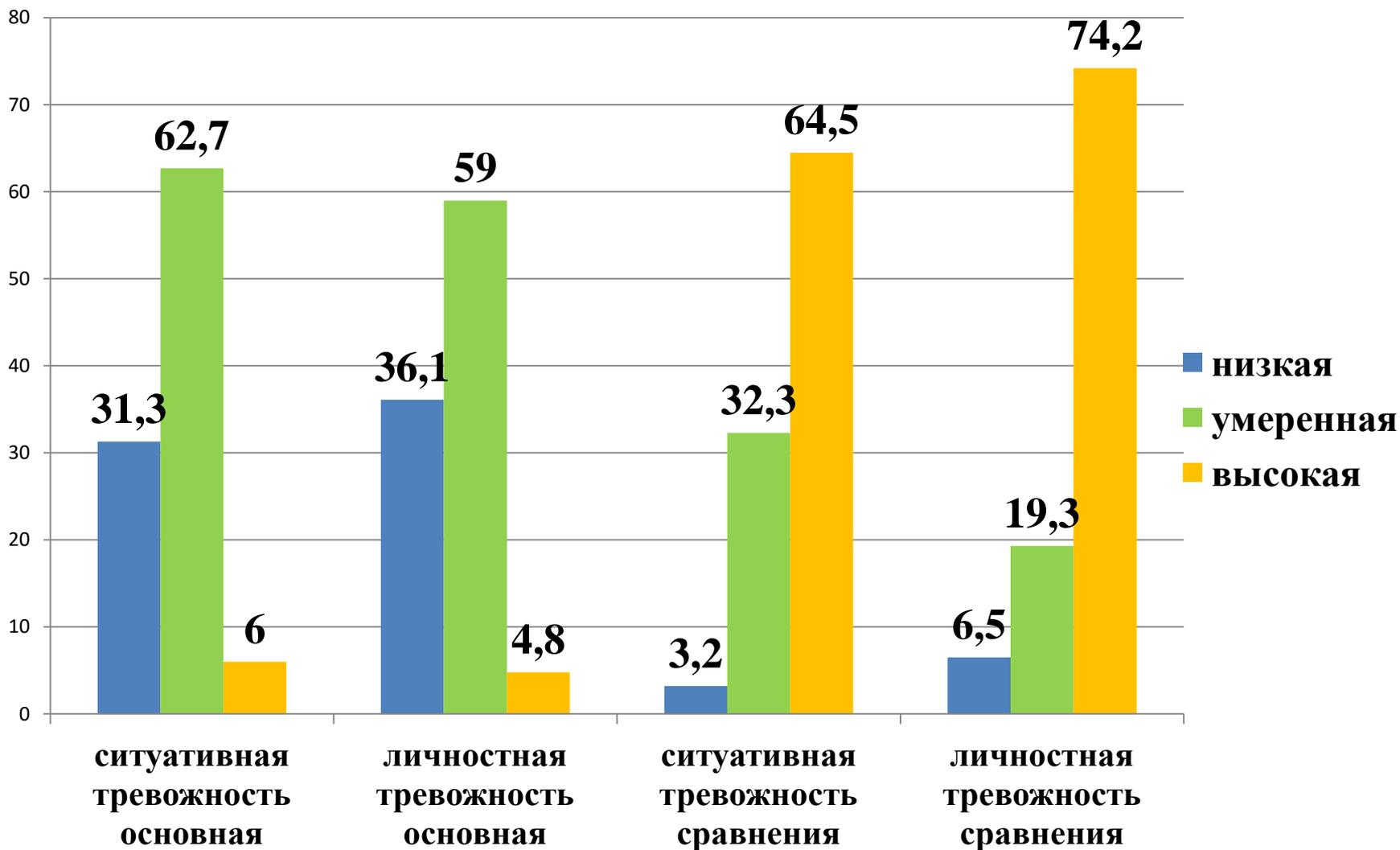


Шкала депрессия

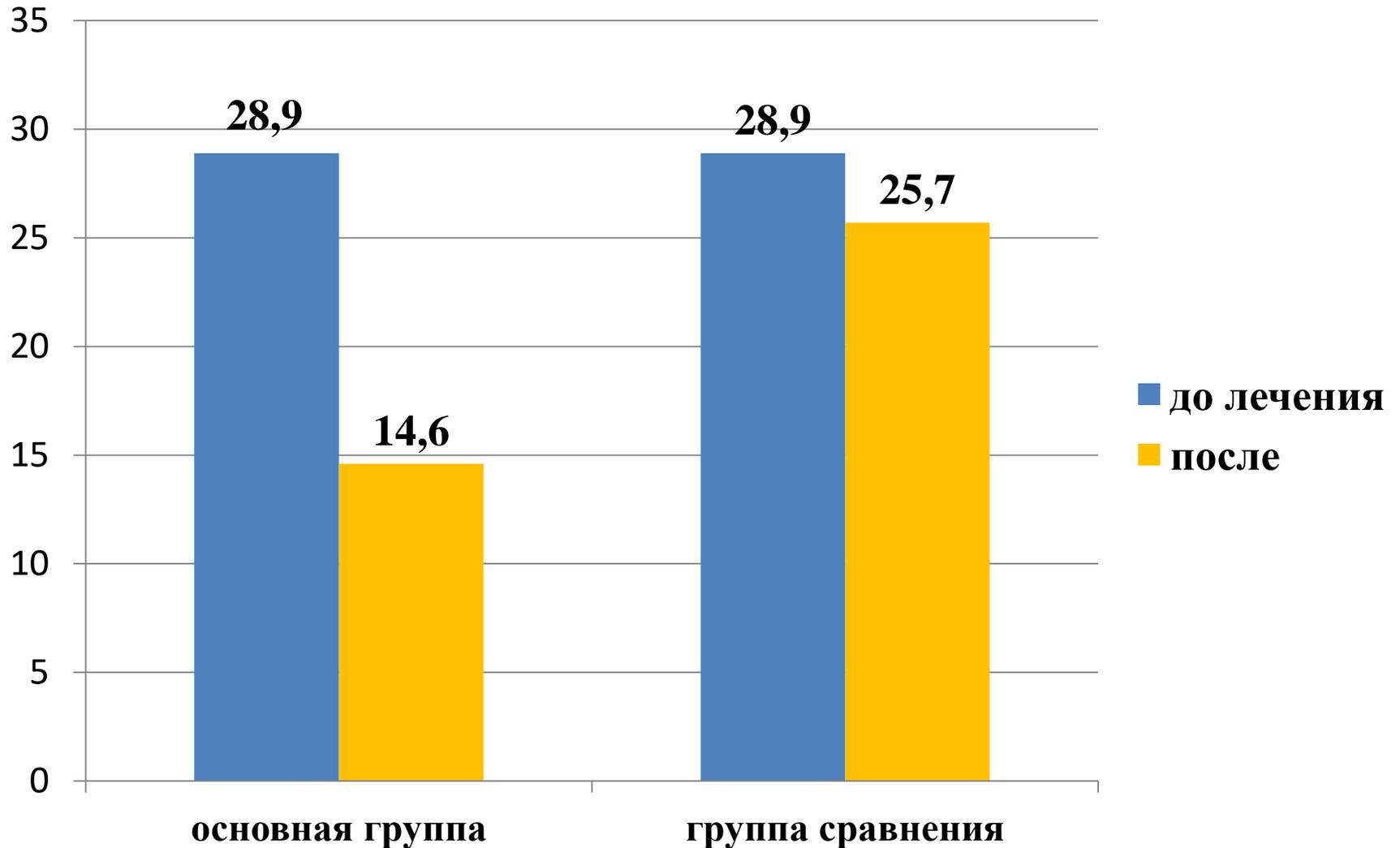
■ основная ■ сравнения



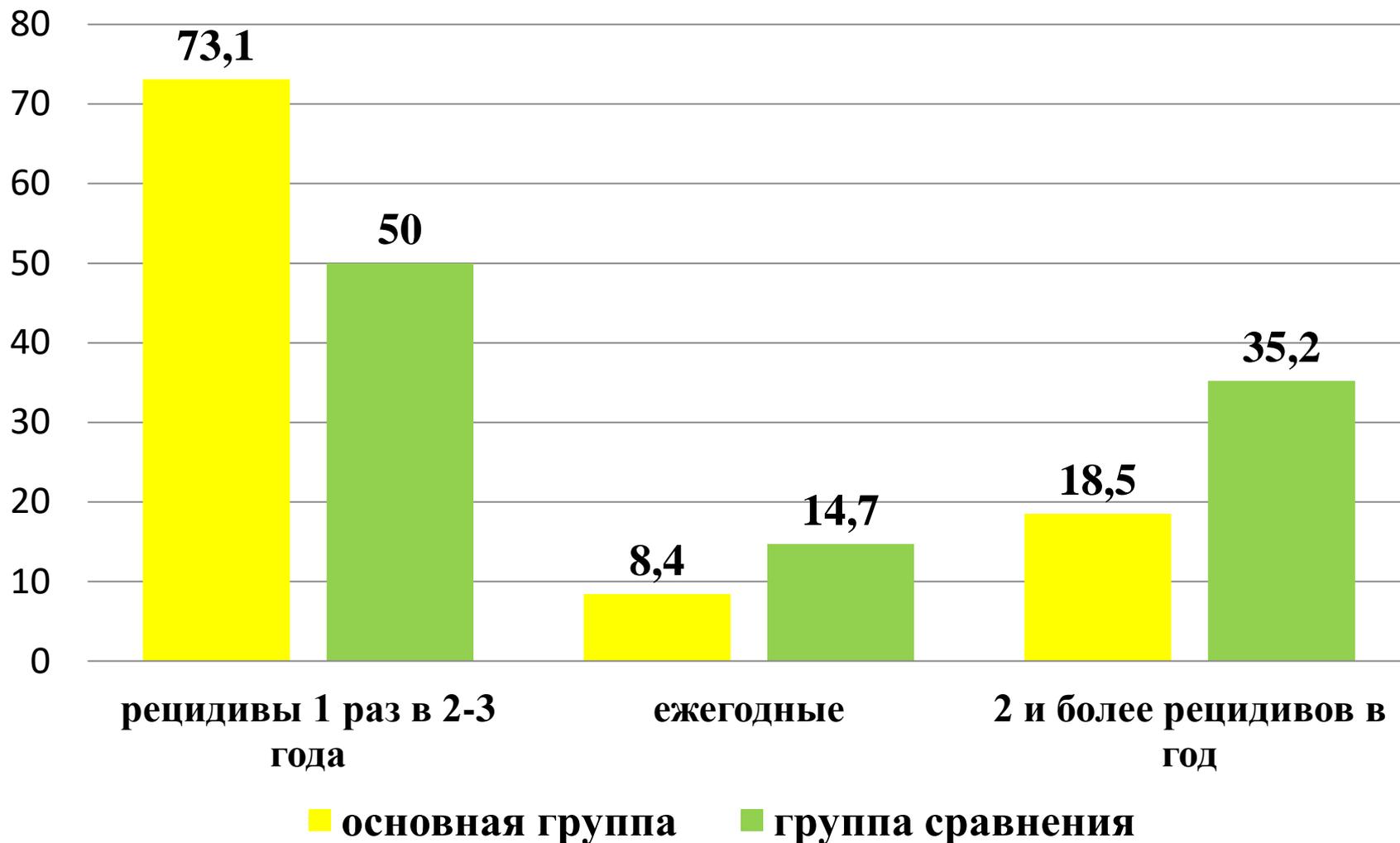
Результаты лечения по опроснику Спилберга-Ханина (количество больных, в %)



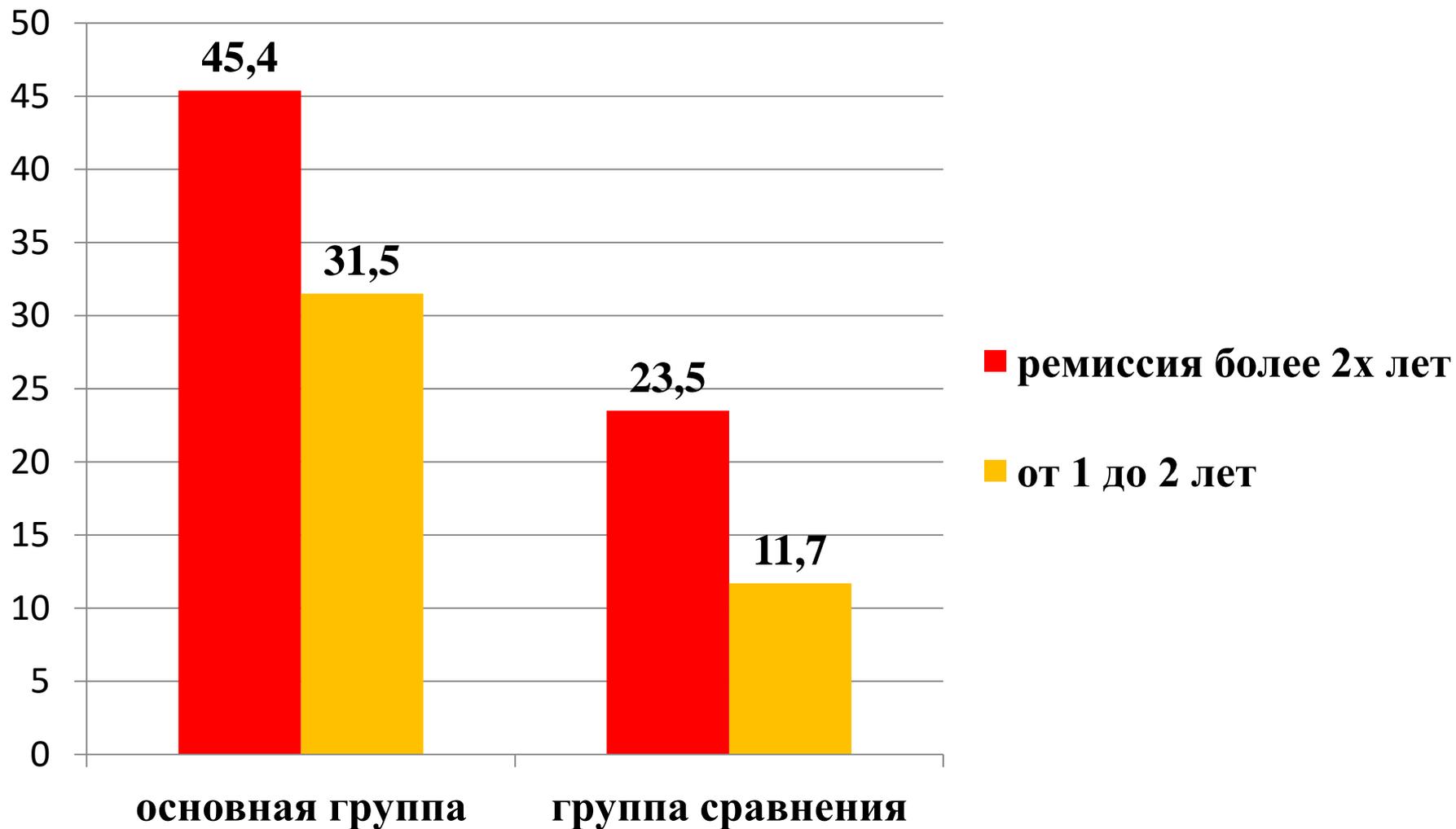
Результаты лечения по опроснику А.М. Вейна ($M \pm m$) баллы



Отдаленные результаты лечения (количество больных, в %)



Результаты 2-х летнего наблюдения за больными АлД, проживающих в ЗЛК



Таким образом, анализ ближайших и отдаленных результатов подтвердил, что применение разработанного комплексного метода лечения больных АлД, проживающих в ЗЛК, с применением, наряду с традиционной терапией, дневного транквилизатора (адаптол), СРФ и комплекса психорелаксации, хорошо переносится, обладает высокой и стойкой эффективностью

Благодарю за внимание