

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

Кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО

**Дифференцированный подход к физиотерапевтической коррекции нейровегетативных нарушений при хронических дерматозах**

ассистент к.м.н. Горбенко Ал.С.

Донецк 12 октября 2022 г.

Многочисленными работами последних десятилетий было показано, что определение функционального состояния симпатической и парасимпатической части вегетативной нервной системы (ВНС) играет важную роль в патогенезе хронических дерматозов и для оптимизации их лечения.

Доказана важность изменений функциональных отношений основных регуляторных систем организма и особенно ВНС в патогенезе хронических дерматозов. В настоящее время ряд применяемых методов лечения дерматозов оказывает влияние сразу на несколько патогенетических звеньев и, особенно, на регулирующие механизмы центральной нервной системе (ЦНС).

Известно, что патогенетическая цепь развития аллергических реакций в коже включает множество сложных процессов, одним из которых является стресс-индуцированный ответ нейро-эндокринно-иммунной системы

*Вейн, А. М. Вегетативные расстройства [Текст] / А. М. Вейн. – Москва, 2003. – 400 с.*

*Физиотерапия в дерматологии [Текст] / Л. С. Круглова [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 304 с.*

Доказано, что активация иммунокомпетентных клеток кожи с последующей фазой патофизиологических изменений в дерме при дерматозах находится под контролем нейровегетативной регуляции.

Также была доказана взаимосвязь сенсibilизации кожи и последующего развития иммунозависимых воспалительных изменений в ней с функциональными сдвигами в ЦНС и ВНС.

В ранее проведенных исследованиях было показано, что психоэмоциональные нарушения, стрессы, психовегетативные расстройства, связанные с дисрегуляцией ЦНС и ВНС, являются факторами, определяющими течение и прогноз дерматозов

*Коррекция психовегетативных расстройств в процессе комплексного лечения больных хроническими дерматозами [Текст] / Е. С. Савченко [и др.] // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2012. – № 3 (39). – С. 107–111.*

Известно, что одна из самых распространенных причин дебюта хронических дерматозов (АД, экзема, псориаз, крапивница) – нервно-психологический фактор, который является ведущим в постстрессовых нарушениях здоровья, что и обосновывает целесообразность медикаментозной психокоррекции дерматозов

Считают, что комплексный подход с использованием дермато- и психофармакологических средств, дифференцированный в зависимости от типа психоэмоциональных нарушений, значительно повышает эффективность лечения, приводит к регрессу как дерматологической, так и психопатологической симптоматики, и улучшает качество жизни больных

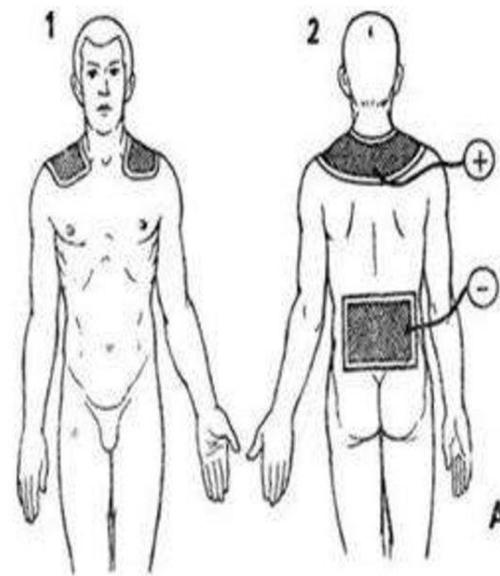
Известно, что воздействия на ВНС, часто используют электрофорез с разными фармакологическими средствами (кальцием, магнием, кофеином, мезатоном, эуфиллином, папаверином, бромом, новокаином), электросон, водные процедуры, грязелечение и др.. Воздействие электрическим током приводит к изменению функционального состояния нервной системы и возникновению нового уровня функционирования нейрогуморальной системы, что существенно сказывается на деятельности внутренних органов, обмене веществ, реактивности организма и устойчивости его систем к факторам внешней среды. Выбор методики должен проводиться с учетом направленности исходного вегетативного тонуса. При ваготонии показан электрофорез на воротниковую зону по методике рефлексов по Щербаку с 5% раствором хлористого кальция, 1% раствором кофеина или 1% раствором мезатона. При симпатикотонии используется электрофорез с 2% раствором эуфиллина, 2% раствором папаверина, 4% раствором сульфата магния, обладающие седативным, гипотензивным, спазмолитическим действием

**Улащик, В. С. Электрофорез лекарственных веществ: руководство для врачей [Текст] / В. С. Улащик. – Минск: Беларуская наука, 2010. – 405 с.**

С целью СРФ применяли электрофорез на шейно-воротниковую зону («гальванический воротник» по Щербаку) 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.

### Воротниковая методика гальванизации (по А.Е.Щербаку)



Один электрод (анод) в форме воротника, площадью от 600 до 800 см<sup>2</sup> располагали на спине в области надплечья и спереди в подключичной области;

Второй электрод (катод) прямоугольной формы, площадью 300-400 см<sup>2</sup> располагали в пояснично-крестцовой области.

Нисходящий ток: от анода «+» (воротник) – верхний электрод к катоду «–» (нижний электрод), обладает седативным эффектом.

Стартовая сила тока 6 мА, с последующим увеличением на 2 мА до максимальной силы тока 16 мА.

Стартовая продолжительность процедуры – 6 минут, в последующем каждые 2 процедуры время воздействия увеличивали на 2 минуты до 16 минут.

Курс лечения 10 процедур в режиме через день

*Физиотерапия в дерматологии [Текст] / Л. С. Круглова [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 304 с.*

Выбор методики «гальванического воротника» по Щербаку, обосновывался опосредованным воздействием через шейные симпатические ганглии и вегетативные центры головного мозга на микроциркуляторные, трофические и рефлекторные процессы в коже, которые у больных хроническими дерматозами были нарушены в различной степени выраженности.

Доказано, что механизм действия лекарственного электрофореза складывается из рефлекторных и гуморальных влияний: раздражения рецепторов кожи, с одной стороны - постоянным током, а с другой – ионами лекарственного вещества.

Ионы лекарственного вещества, будучи электрически активными, вступают в контакт с рецепторами кожи, вызывая их непрерывное и длительное раздражение. Гуморальные влияния при электрофорезе включаются при медленном, равномерном переходе лекарственного препарата из кожного депо в ток крови и лимфы. Помимо этого, местное воздействие электрического тока на кожу через вегетативные пути оказывает опосредованное влияние на определенные внутренние органы.

В зависимости от метода лечения больные были разделены на 2 терапевтические группы.

Основная группа (130 больных) - получали лечение по разработанной методике.

Группа сравнения (34 больных) - получали только традиционную терапию.

Обе группы были репрезентативны по основным сравниваемым показателям, в т.ч. по видам АД

Анализ ближайших результатов показал преимущество использования разработанного комплексного метода лечения больных с применением **дифференцированного подхода к физиотерапевтической коррекции нейровегетативных нарушений**

Так, полная клиническая ремиссия была у 112 (68,3%) больных, при этом в основной группе - у 95 (73,1%) больных, в группе сравнения – лишь у 17 (50,0%) больных.

Значительное улучшение наблюдали у 38 (23,2%) больных, при этом в основной группе – у 32 (24,6%) больных, в группе сравнения - у 6 (17,6%).

Улучшение в основной группе было у 2 (1,5%) больного, в группе сравнения – у 9 (26,5%) больных. Отсутствие эффекта было у 3 (1,8%) больных, у 1 (0,8%) больного в основной группе и у 2 (5,9%) больных в группе сравнения.

Ближайшие результаты показали, что рецидивы 1 раз в 2-3 года были у 112 (68,3%), при этом в основной группе таких больных было 95 (73,1%) и лишь 17 (50,0%) больных - в группе сравнения.

Ежегодные рецидивы были у 16 (9,8%) больных, в т.ч. у 5 (14,7%) больных получавшие традиционную терапию и у 11 (8,4%), леченные по разработанной методике.

2 и более рецидивов в год было у 36 (21,9%) больных, в т.ч. в основной группе - у 24 (18,5%) больных и у 12 (35,2%) больных в группе сравнения.

Таким образом, можно сделать вывод, что в традиционную терапию лечения хронических дерматозов целесообразно включать, наряду с медикаментозной терапией и **дифференцированный подход к физиотерапевтической коррекции нейровегетативных нарушений**, может значительно повышать эффективность лечения.

Благодарю за внимание