



**ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ
«ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»
КАФЕДРА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ ФИПО**

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ВОЗДЕЙСТВИЙ ПРИ
СТРЕСС ИНДУЦИРОВАННЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАХ**

ассистент, к.м.н. Горбенко Ал.С.

г. Донецк 18.01.2023 г

Актуальность

Доказан высокий уровень заболеваемости хроническими, в том числе АлД при увеличении психо-эмоциональной нагрузки, из-за которых возникают «ножницы» между возможностями нейро-регуляторных механизмов организма и условиями жизни.

Известно, что ряд хронических дерматозов рассматривают как нарушение адаптации, дисгармонии биологических и социальных процессов, приводящих к срыву защитно-приспособительных механизмов, структурно-функциональным нарушениям нейроэндокринной и иммунной систем. Именно этим путем стресс в фазе истощения реализуется в клиническую симптоматику того или иного заболевания, в том числе кожной патологии

Шавловская, О. А. Терапия тревожных состояний [Текст] / О. А. Шавловская // Медицинский совет. – 2019. – № 6. – С. 42–46.

Ушаков, А. А. Практическая физиотерапия [Текст] / А. А. Ушаков. – М., 2009. – 603 с.

Актуальность

Известна роль психогенных воздействий и неблагоприятных ситуаций как факторов, провоцирующих манифестацию (44% наблюдений) или экзацербацию (81,3% наблюдений) заболевания у лиц, страдающих АлД. Наблюдала сочетание нескольких типов психотравмирующих ситуаций, среди которых значительное место принадлежало необратимым утратам (смерть или внезапная инвалидизация близких – у 33,9%; длительная хроническая болезнь родственников, требующая ухода за ними – у 42,2%); психогениям, возникающим по механизму «ключевого переживания» (неудачи в общественной жизни или служебной деятельности, снижение уровня доходов в семье, увольнение с работы и т.п. – у 47,7%; внутрисемейные и межличностные конфликты, зачастую приводящие к разводам, смене места жительства и т.п. – у 58,7%). Само по себе обострение дерматоза также являлось тяжелым психическим стрессом – у 62,3%.

Caputo, Gina M. How stress impacts chronic skin conditions Mental Health [Text] / Gina M. Caputo // Dermatology. – 2019. – N 1. – P. 2

Установлена роль психогенных и нозогенных реакций при хронических дерматозах и эффективности их терапии обосновывает включение в комплексную терапию АлД, наряду с медикаментозными, немедикаментозные формы воздействий. Не разработан подход к коррекции стресс-индуцированных симпатических и парасимпатических нарушений, психосоматических изменений у пациентов с хроническими дерматозами. В то же время дифференцированный подход к коррекции симпатических и парасимпатических стресс-индуцированных изменений с учетом индивидуальных психо-личностных особенностей может способствовать повышению лечебно-реабилитационных мероприятий при АлД и сохранение качества жизни пациента.

На современном этапе поиск новых возможностей в терапии аллергодерматозов представляет актуальную и востребованную проблему практической медицины.

Цель исследования

повышение эффективности лечения больных АДД путем применения физиотерапевтических воздействий при стресс-индуцированных аллергодерматозах.

Материалы и методы

- Под наблюдением находились 164 больных аллергодерматозами, в том числе 92 (56,1%) мужчины и 72 (43,9%) женщины, в возрасте от 16 до 79 лет.
- **Критерии включения:**
 - Больные аллергодерматозами.
 - Возраст пациентов с 16 до 79 лет.
 - Согласие пациента на включение в исследование и выполнение надлежащих процедур.
- **Критерии исключения:**
 - Несогласие пациента принимать участие в исследовании.
 - Возраст до 16 лет и старше 80 лет.
 - Пациенты с онкологическими, гематологическими и системными инфекционными заболеваниями.

Материалы и методы

- Средний возраст пациентов в нашем исследовании составил $42,3 \pm 1,2$, в том числе средний возраст больных при аллергическом контактном дерматите составил $41,2 \pm 2,4$, при атопическом дерматите - $29,6 \pm 1,5$ при крапивнице $38 \pm 3,3$ при экземе - $45,1 \pm 1,8$.
- Среди больных аллергодерматозов, атопический дерматит встречался у 62 (37,8%) больных, экзема – у 51 (31,1%), аллергический контактный дерматит – у 30 (18,3%), крапивница у 21 (12,8%)

Среди причин обострения или дебюта АлД преобладал стресс – у 119 (74,4%) больных, погрешность в питании – у 51 (31,2%) больной, травма – у 44 (26,8%) больных, факультативные раздражители были у 30 (18,3%), сочетанные факторы – у 17 (10,4%) больных

При гендерном сравнении обращало внимание, что стресс был причинным фактором практически у всех женщин с АлД- у 69 (95,8%) и у каждого второго мужчины – у 50 (54,3%).

Травма причиной дерматоза чаще была у мужчин, чем у женщин – 38 (41,3%) и 6 (8,3%) больных соответственно. Факультативные раздражители (моющие средства, декоративная и косметика ухода, спецодежда и др.) фиксировали чаще у женщин, чем у мужчин – 15 (20,8%) и 15 (16,3%) больных соответственно. Сочетанные факторы также чаще наблюдали у женщин, чем у мужчин – 9 (12,5%) и 8 (8,7%) больных соответственно.

Показано, что у больных АД были выраженные психопатологические и нейровегетативные нарушения, по сравнению с нормативными и показателями лиц без дерматологической патологии, проявляющиеся в повышении уровня фобической тревожности: в 2,5 раза ($p < 0,01$) и 1,5 раза ($p < 0,05$) – $0,46 \pm 0,09$, $0,18 \pm 0,02$ и $0,36 \pm 0,04$ баллов, соответственно; показателя соматизации: в 1,6 раза ($p < 0,01$) и в 1,2 раза ($p < 0,05$) – $0,71 \pm 0,04$, $0,44 \pm 0,03$ и $0,60 \pm 0,04$ баллов, соответственно; общего индекса тяжести симптомов: в 1,6 раза ($p < 0,01$) и в 1,3 раза ($p < 0,05$) – $0,83 \pm 0,17$, $0,51 \pm 0,02$ и $0,62 \pm 0,48$ баллов, соответственно; тревожности: в 1,5 раза ($p < 0,01$) и в 1,2 раза ($p < 0,05$) – $0,73 \pm 0,12$, $0,47 \pm 0,03$ и $0,61 \pm 0,04$ баллов, соответственно; повышении индекса симптоматического дистресса – $1,32 \pm 0,08$ балла, $1,17 \pm 0,05$ и $1,26 \pm 0,04$ баллов, соответственно, ($p < 0,05$). Наиболее выраженными психопатологические и нейровегетативные нарушения были у больных АД и экземой ($p < 0,05$).

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 АлД

Оценку степени выраженности симптомов, тяжесть течения АлД, последующее обследование больных проводили с учетом принятых и утвержденных нормативных документов

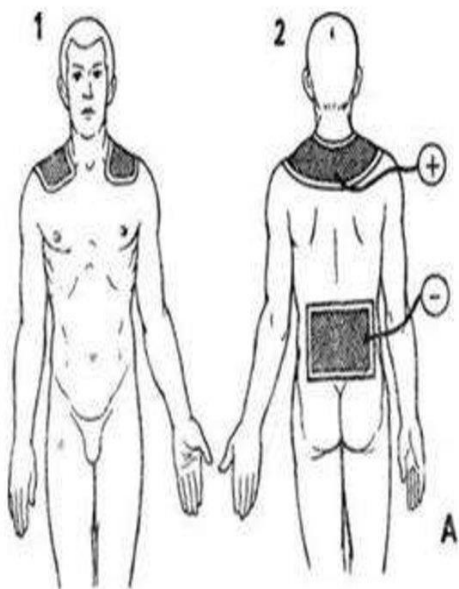
С целью сегментарно-оэффлекторной физиотерапии применяли электрофорез на шейно-воротниковую зону («гальванический воротник» по Щербаку) с лекарственными препаратами, выбор которых проводили с учетом исходного вегетативного статуса и характера дермографизма.

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

Физиотерапия: национальное руководство [Текст] / под. ред. Г. Н. Пономаренко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 864 с.

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

Воротниковая методика гальванизации (по А.Е.Щербаку)



Один электрод (анод) в форме воротника, площадью от 600 до 800 см² располагали на спине в области надплечья и спереди в подключичной области; второй электрод (катод) прямоугольной формы, площадью 300-400 см² 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 .

- Обоснованием применения сегментарно-рефлекторной физиотерапии (СРФ) были ее доказанные действия: вегетостабилизирующее, седативное, противозудное, противовоспалительное.

СРФ стимулирует выработку биологически активных веществ, тем самым ускоряет процесс регенерации кожи, восстанавливает защитно - барьерные свойства кожи, уменьшает уровень тревожности и эмоционального напряжения, повышает устойчивость к стрессовым воздействиям. Сам электрический ток тоже оказывает благоприятное влияние на организм, активируя иммунный ответ и способствуя улучшению неспецифической резистентности организма .

Выбор методики СРФ – «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 АлД 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

Вывод

- Внедрение разработанного метода лечения сопровождалось хорошей переносимостью, способствовало клиническому выздоровлению у 95 (73,1%) больных, в сравнении с традиционным лечением – у 17 (50%); обеспечивало достоверную ($p < 0,05$) тенденцию к нормализации психопатологических показателей ($p < 0,05$), стойкую клиническую ремиссию на протяжении 2-х лет наблюдения у 59 (45,4%) больных, в сравнении с традиционным лечением - у 8 (23,5%) больных.