

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Донецкий государственный медицинский
университет им. М. Горького» Министерства здравоохранения Российской
Федерации
Кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ СЕДАТАЦИИ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ

к.м.н. Горбенко А.С.

г. Донецк 13 сентября 2023 г.

Актуальность проблемы

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

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

Известна роль стресса в нарушении функционирования нейро-эндокринно-иммунной системы организма, что приводит к стресс-индуцированным психопатологическим, психоэмоциональным и нейровегетативным изменениям, влияющим не только на течение дерматозов и ответную их реакцию на лечение, но и на разнообразную другую патологию, усугубляя неизбежные возрастные изменения (*Довжанский С.И., 2001; Кубанова А.А. и др., 2014; Караваева Т.А., 2018; Дымова Е.Н. и др.*)

Наши результаты

Проведенными нами ранее (2015-2021 гг.) комплексными исследованиями было показано влияние стресса на дебют и течение дерматозов различного генеза (Проценко О.А., Горбенко А.С., 2016-2020 гг.)

Были обследованы 194 человека, проживающих в зоне активных боевых действий и подвергающихся постоянному стрессорному воздействию, в том числе:

- 164 пациента с аллергодерматозами
- 30 лиц аналогичного возраста, проживающих в тех же условиях, но без дерматологической патологии

Клинико-эпидемиологические особенности у больных, проживающих в ЗЛК

При анализе нозологических форм - атопический дерматит был у 62 (37,8%) больных, экзема – у 51 (31,1%). Больных с аллергическим контактным дерматитом было 30 (18,3%), с крапивницей – 21 (12,8%).

- у 119 (74,4%) больных стресс был фактором дебюта и рецидивов АлД
- 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
- У всех пациентов с АлД отмечены различной степени выраженности снижения уровня качества жизни. Так, индекс качества жизни (DLQI) свыше 11 баллов был у 63 (38,4%) больных

Для проведения клинико-психопатологического исследования использовали 6 специализированных опросников:

- SCL-90-R (Symptom check list - 90 - revised) - для определения выраженности психопатологической симптоматики;
- опросника САН – для определения текущего уровня Самочувствия, Активности и Настроения;
- Шкалы удовлетворённостью жизни;
- Шкалы госпитальной тревоги и депрессии - HADS (The hospital Anxiety and Depression Scale);
- опросника Спилбергера-Ханина (с целью определения уровня тревожности);
- опросника Вейна (для определения уровня вегетативной дисфункции)

Результаты по опроснику SCL-90-R (Symptom check list - 90 - revised)

- высокий уровень фобической тревожности был у 127 (65,4%) больных
- высокий показатель тревожности был у 108 (55,6%)
- повышенный общий индекс тяжести симптомов наблюдали у 103 (53,6%)
- высокие показатели депрессии наблюдали у 98 (50,5%) больных
- повышенный показатель индекса симптоматического дистресса был у 112 (57,7%)

Результаты по опроснику САН

- по показателю Самочувствия - 86 (67,7%) больных АлД оценивали свое состояние как неблагоприятное
- по показателю Активности отмечено, что 82 (64,6%) больных АлД оценивали свое состояние как неблагоприятное
- по показателю Настроения отмечено, что 92 (72,4%) больных расценили свое состояние как неблагоприятное

Результаты по шкале удовлетворённостью жизни

- установлено, что 58 (50,9%) больных АлД оценивали свое качество жизни как неудовлетворительное
- как среднее состояние качества жизни оценивали свое состояние 50 (43,8%) больных
- лишь 6 (5,3%) больных АлД оценивали свое качество жизни как высокое

Шкалы госпитальной тревоги и депрессии - HADS (The hospital Anxiety and Depression Scale);

- у 58 (50,9%) больных установлена клинически выраженная тревога
- у 56 (49,1%) больных АД обнаружена клинически выраженная депрессия

Результаты по тесту Спилбергера-Ханина

- у 50 (43,9%) больных АлД был высокий уровень ситуативной тревожности
- у 55 (48,3%) больных АлД – высокий уровень личностной тревожности

Результаты по оценке variability сердечного ритма

При анализе временных и спектральных параметров variability сердечного ритма (BCP) у 114 (69,5%) больных АлД выявлен дисбаланс симпатического и парасимпатического тонуса вегетативной нервной системы.

- показатель SDNN у больных АлД был в 1,3 раза ниже показателей здоровых лиц ($p < 0,05$), что отражало снижение адаптационных возможностей у данных пациентов и косвенно – снижение напряженности иммунитета.
- Показатель RMSSD у больных АлД был в 1,6 раза ниже значений здоровых лиц - $43,64 \pm 25,16$ мс и $68,47 \pm 13,02$ мс соответственно, ($p < 0,05$), что отражало сниженную активность парасимпатического звена вегетативной регуляции.
- Показатель общей мощности спектра (TP) у больных АлД был в 1,5 раз ниже, чем у здоровых лиц 2 группы ($p < 0,05$), что может свидетельствовать о выраженном снижении компенсаторных возможностей организма и нарушении нейро-гуморальной регуляции
- Уровень VLF-волн был в 1,6 раз выше у больных АлД по сравнению со здоровыми лицами ($p < 0,01$), что могло отражать влияние стресса на развитие дерматоза и свидетельствовало о нарушении нейро-гуморальной регуляции.
- HF компонент BCP у больных АлД был в 1,5 раза меньше, чем у здоровых лиц ($p < 0,01$), что могло отражать недостаточность парасимпатической регуляции ВНС.
- У больных АлД показатель LF был в 1,5 раза выше значений здоровых лиц ($p < 0,01$), что отражало активацию симпатической регуляции ВНС. (Баевский, Р. М., 2000)

Таким образом, полученные данные свидетельствовали о выраженных нарушениях нейрогуморальной регуляции и адаптационных возможностей у больных АлД, проживающих в ЗЛК.

Результаты

Полученные данные, с одной стороны могут, быть результатом влияния хронического течения дерматоза на психо-функциональное состояние больного, с другой стороны, это может быть провоцирующим фактором рецидивирования АлД, что необходимо учитывать при лечебно-реабилитационных мероприятиях.

Другими словами, происходит формирование «патологического замкнутого круга», когда наличие хронического дерматоза приводит к повышению тревожности, невротизации и депрессии больного, а это, в свою очередь, является фактором рецидивирования АлД.

Повышенная личностная тревожность, возможно, является фоном, на котором развивается АлД и фоном, который в последующем может поддерживать рецидивирующее течение АлД. В тоже время стрессовые ситуации, в которые попадают больные АлД, в свою очередь, приводят к психофизическому напряжению, дестабилизации работы ВНС и ЦНС, что, в свою очередь, может приводить к рецидивированию АлД, тем самым поддерживает «порочный круг», который должен быть разорван при лечении БОЛЬНЫХ. (Резниченко, Н. Ю., 2014; Добрецкая, К. В. 2012)

Методика

Разработан оригинальный комплексный метод лечения пациентов, проживающих в зоне локального конфликта, включающий применение:

Медикаментозных

Немедикаментозных методов седатации:

- сегментарно-рефлекторной физиотерапии (СРФ)
- комплекса психорелаксации
 - (сенсорная комната с сочетанным использованием аэро-, аудио- и светокорректирующих факторов. (Нагорная Н.В., 2001)

Методика

- Адаптол назначали по 500 мг 2 раза в день, 3 месяца
- С целью СРФ применяли электрофорез на шейно-воротниковую зону:
 - при ваготонии и красном дермографизме использовали 2% раствор кальция хлорида (Улащик В.С. 2010.).
 - при симпатикотонии и белом дермографизме – 3% раствор магния сульфата (Улащик В.С. 2010.).
 - Курс лечения 10 ежедневных процедур.
- Комплекс психорелаксации

Методика

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
- устройством для воспроизведения аудиозаписей.

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

Методика

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 (Нагорная Н.В., 2005)

Воздействие свето- и аэрокорректирующих стимулов заключалось в сочетании использования солевой лампы (светильник "Соляное сияние", производства ГП «Артемсоль») и ароматерапии с хвойным запахом (эфирные масла кедр). 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 (Нагорная Н.В., 2005)



Преимуществом применения аэроциркулятора 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 аллергическими и другими дерматозами

Назначение комплекса психорелаксации учитывало доказанные синергические эффекты сочетания разных психокорректирующих стимулов (свето-, аэро- и аудио-), обеспечивающие:

- седативное и вегетостабилизирующие действие
- уменьшающие уровни ситуативной и фобической тревожности
- восстанавливающие нарушения нейро гуморальной регуляции
- повышающие адаптационные возможности организма

Режим проведения процедур комплекса психорелаксации: ежедневно в течение 20 минут, на курс 10 процедур.

Результаты

Внедрение разработанного метода лечения сопровождалось хорошей переносимостью

- клиническое выздоровление наблюдали у 95 (73,1%) больных, в сравнении с традиционным лечением – у 17 (50%)
- отмечалась достоверная тенденция к нормализации вегетативных нарушений по основным показателям ВСП (SDNN, RMSSD, TP, HF-, LF-волн, ($p < 0,05$) и LF/HF, VLF- волн, ($p < 0,001$)
- нормализация и снижение психопатологических показателей и нейровегетативных расстройств ($p < 0,05$)
- стойкая клиническая ремиссия на протяжении 2х лет наблюдения у 59 (45,4%) больных, в сравнении с традиционным лечением - у 8 (23,5%) больных.

Благодарю за внимание