

НЕЛЕКАРСТВЕННАЯ КОРРЕКЦИЯ КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СТРЕССОРНОГО ГЕНЕЗА

С.А. БОЖКО, Т.Ф. ШЕРИНА, И.Ю. ГУРТОВЕНКО

*ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. Сеченова МЗ РФ,
Трубецкая улица, дом 8, строение 2, г. Москва, Россия, 119991*

Аннотация: В исследование, проводимое амбулаторно вошли 39 пациентов (Ж:31, М:8) Все пациенты имели легкую или среднюю степень тяжести заболевания, подострую или хроническую стадию, взрослой фазы. Целью исследования явилось изучение влияния методов нелекарственной коррекции кожных заболеваний (экзема, псориаз, атопический дерматит, угри обыкновенные, зуд кожи, крапивница), возникших в результате перенесенного стресса. Психическое состояние пациентов определялось традиционным клиническим методом с использованием стандартных психометрических тестов. Оценка производилась до начала лечения, на 14, 21 и 35 день терапии. Дерматологический контроль пациентов проводился в начале и в конце курса лечения. Используемыми методами нелекарственного лечения явились психотерапия, фитотерапия и рефлексотерапия (акупунктура). Проведенное исследование показало высокую эффективность комплексного применения сочетаний нелекарственных методов при лечении расстройств, связанных со стрессом и нарушением адаптации с сопутствующими кожными болезнями. Использование комбинированного лечения дало возможность делать акцент на один из методов, входящих в состав сочетаний, в зависимости от индивидуальных особенностей конкретного пациента. Хорошая переносимость, отсутствие побочных эффектов, доступность позволяют рекомендовать применение данного лечебного комплекса как в стационаре, так и в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: экзема, псориаз, атопический дерматит, угри обыкновенные, зуд кожи, крапивница, иглорефлексотерапия, фитотерапия, психотерапия.

NON-DRUG CORRECTION OF SKIN DISEASES WITH STRESS GENESIS

S.A. BOZHKO, T.F. SHERINA, I.Yu. GURTOVENKO

*The First Moscow State I.M. Sechenov Medical University,
Trubetskaya Street, Building 8, Building 2, Moscow, Russia, 119991*

Abstract. In the research, 31 women and 8 men with skin diseases (eczema, psoriasis, atopic dermatitis, acne vulgaris, skin itching, hives) were selected, as a result of the survey and examination, the presence of their stress history has been found. All patients had mild or moderate severity of disease, sub-acute or chronic, the adult phase. Treatment was a combination of psychotherapy, phytotherapy and reflexotherapy (acupuncture). The positive effect was confirmed by the dynamic parameters used in study of standard scales and test with severity decrease in scores. ($p>0,05$). Using the combined treatment made possible to focus on the one of the methods included in the combination, depending on the individual characteristics of the individual patient. The good tolerability, no side effects and availability allow to recommend the use of this medical complex in hospital and out-patient settings.

Key words: eczema, psoriasis, atopic dermatitis, acne vulgaris, skin itching, hives acupuncture, phytotherapy, psychotherapy.

Введение. Стресс является своеобразным триггером, запускающим механизмы, стимулирующие в организме повышенную активность сальных желез, в кровь попадают гистамины, выделяется адреналин. Организм работает с повышенной нагрузкой. Ему требуется больше кислорода, витаминов, микро – и макроэлементов. Как результат – защитная система кожи ослабевает, и она не в состоянии справиться со всеми неблагоприятными воздействиями, что может привести к заболеваниям кожи [1-6, 21-24]. Известно, что одна из самых распространенных причин возникновения кожных заболеваний – нервно-психологический фактор, который является ведущим в постстрессовых нарушениях здоровья. Существует немало заболеваний, в этиологии которых, принимает участие стресс. Среди них такие заболевания как атопический дерматит, экзема, псориаз, крапивница [2, 9].

Цель работы – исследовать методы нелекарственной коррекции кожных заболеваний, возникших в результате перенесенного стресса.

Материалы и методы исследования. В соответствии с целью исследования, помимо стандартного обследования пациентов, дополнительных консультаций специалистов (терапевта, хирурга, гастроэнтеролога, дерматолога, эндокринолога, кардиолога), необходимых клинических и инструментальных

Библиографическая ссылка:

Божко С.А., Шерина Т.Ф., Гуртовенко И.Ю. Нелекарственная коррекция кожных заболеваний стрессорного генеза // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. 9-5. Публикация URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/4988.pdf> (дата обращения: 01.12.2014).

обследований, было проведено клинико-психологическое исследование. Психическое состояние пациентов определялось традиционным клиническим методом с использованием стандартных психометрических тестов: шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HDRS, HARS), теста Спилбергера, *Шкалы общего клинического впечатления (CGI), Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), опросник САН, Методика многостороннего исследования личности (ММИЛ)*). Состояние кожных проявлений оценивалось по дерматологическим шкалам: угревая сыпь – по ДИА (дерматологический индекс акне) определяли степень тяжести угревой болезни; по SCORAD (индекс тяжести атопического дерматита и крапивницы), по PASI (индекс тяжести псориаза), по EASI (степень тяжести экземы), по DLQI (вопросник по качеству жизни пациентов с дерматологическими заболеваниями). Дерматологический контроль пациентов проводился в начале и в конце курса лечения [1].

Статистическую обработку материала производили с помощью Microsoft Excel и с использованием программы «Биостатистика». Оценка производилась до начала лечения, на 14, 21 и 35 день терапии.

Критериями включения в исследование являлось:

1. Наличие вновь возникших дерматологических проблем, связь которых со стрессом может быть установлена.

2. Наличие аффективной патологии без психотических симптомов, диагностировавшейся в рубриках F-43 МКБ-10.

3. Возраст больных от 18 до 45 лет.

4. Информированное согласие. (Перед включением больных в исследование им объясняли его цель и задачи).

5. Отсутствие противопоказаний к предлагаемому лечению (непереносимость, аллергии и т.д.).

Критериями исключения из материала исследования являлись:

1. Индивидуальная непереносимость предлагаемого метода лечения.

2. Нежелание или невозможность отказаться от применения стандартных схем лечения.

3. Наличие у больных острых или хронических истощающих соматических заболеваний, черепно-мозговых травм и других органических поражений ЦНС.

4. Нарушение лечебного режима.

5. Неврозоподобные и психопатоподобные расстройства при основных психических заболеваниях, умственной отсталости, хроническом алкоголизме, наркоманиях и токсикоманиях.

6. Эндогенные психические заболевания (в том числе их мягкие, латентные формы – вялотекущая шизофрения и др.).

7. Применение антидепрессантов, гормональных средств, антибиотиков и других сильнодействующих лекарств в течение последнего месяца.

В исследование, проводимое амбулаторно, на базе *лаборатории по разработке и внедрению новых нелекарственных терапевтических методов Первого МГМУ им. И.М.Сеченова с 2001 по 2009 гг.* вошли 39 пациентов (женщин – 31, мужчин – 8) Все пациенты имели легкую или среднюю степень тяжести заболевания, подострую или хроническую стадию, взрослой фазы.

Группу респондентов составили пациенты с кожными заболеваниями (табл.1), у которых в результате опроса и обследования было выявлено наличие стресса в анамнезе.

Таблица 1

Распределение пациентов по кожным заболеваниям

Кожные заболевания	Пациенты	
	чел, абс	%
угри обыкновенные	18	46,1*
атопический дерматит	6	15,4
псориаз	2	5,1
экзема	5	12,8
крапивница	8	22,4
зуд кожи (как самостоятельный или сопутствующий симптом)	15	38,5*
Всего	39	

Примечание: * – достоверные отличия ($p < 0,05$)

Библиографическая ссылка:

Божко С.А., Шерина Т.Ф., Гуртовенко И.Ю. Нелекарственная коррекция кожных заболеваний стрессорного генеза // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. 9-5. Публикация URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/4988.pdf> (дата обращения: 01.12.2014).

Среди пациентов отмечалось подавляющее число жалоб на угревую сыпь (акне вульгарис) (46,1%). А также на зуд кожи (38%), который отмечался как самостоятельный симптом, так и который зачастую сопровождал другие кожные проявления (табл.1).

У всех пациентов выявлялось наличие расстройств, связанных со стрессом и нарушением адаптации. Это соответствовало следующим рубрикам МКБ10: 29 (74,3%) – острая реакция на стресс (F43.0), 10 (25,6%) – Посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1).

Характерно, что среди пациентов с острой реакцией на стресс статистически преобладали пациенты женского пола, в то время, как среди больных с посттравматическим стрессовым расстройством отмечалось равное количество пациентов мужского и женского пола (табл. 2).

Таблица 2

Распределение пациентов по диагностическим рубрикам

ДИАГНОЗ ПО МКБ-10		ПАЦИЕНТЫ					
		Жен.	%	Муж.	%	Всего:	%
F43.0	Острая реакция на стресс	27	87*	4	13*	31	100
F43.1	Посттравматическое стрессовое расстройство	4	50	4	50	8	100
Итого:		31*	100	8*	100	39	100

Примечание: * – достоверные отличия (p<0,05)

У пациентов данной группы расстройства возникли как прямое следствие острого тяжелого стресса или пролонгированной травмы. Стрессовое событие или продолжительные неприятные обстоятельства являются первичным и основным причинным фактором. Для больных, относящихся к рубрике F43.0 (Острая реакция на *стресс*), было характерно то, что стрессом явилось сильное травматическое переживание (угроза безопасности – 5 набл. (13%), необычно резкое и угрожающее изменение в социальном положении и/или окружении пациента – 10 (26%), потеря близких – 2 набл. (5%), развод, болезненное расставание – 11 набл. (28%), ситуация «любовного треугольника» – 3 набл. (8%).

Для пациентов были характерны симптомы депрессии, тревоги, гнева, отчаяния, гиперактивности и отгороженности, при этом ни один из симптомов не преобладал длительно. У больных наблюдалась четкая временная связь между воздействием стрессора и началом симптоматики.

Пациенты, отнесенные к рубрике F43.1 (Посттравматическое стрессовое расстройство), характеризовались тем, что их реакция возникла, как отставленная и/или затяжная в ответ на стрессовое событие – неожиданное увольнение с работы – 7 набл. (18%), смерть близкого человека – 1 набл. (2%).

Из основных жалоб, предъявляемых испытуемыми на момент обследования, можно было выделить повышенную истощаемость (93,2%), снижение работоспособности (96,1%), психосоматические проявления: колебания АД; головные боли, кардио-, мио- и гастралгии и др) (90,7%) расстройства сна (98,9%), нарушение концентрации внимания (69,1%), повышенную раздражительность (65,2%), снижение уровня естественных влечений (71,3%), расстройства стула (диареи и запоры) (59,4%), абдоминальные боли (44,3%), тошноту (32,1%), тахикардию (21,4%), головокружение (20,2%), потливость (40,1%), метеолабильность (22,5%). Характерно, что расстройства сна в основном проявлялись пресомническими (84,3%) и интрасомническими (62,8%) нарушениями.

Для стандартизированной оценки наблюдаемых расстройств и терапевтической динамики анализ проводился с использованием МКБ-10 (Класс V, адаптированный для использования в РФ, М., 2000) и с помощью дифференциально-диагностических критериев, базирующихся на основании известных клинических принципов [4,6 13-15]. Оценка эффективности и адекватности терапии включала в себя субъективную и объективную составляющие. Определение эффективности использованных в исследовании нелекарственных сочетаний было основано в первую очередь, на оценке клинического состояния пациентов. По степени выраженности психотерапевтического эффекта больные с невротическими расстройствами распределялись в 4 группы [3, 4]:

- 1) практическое выздоровление;
- 2) значительное улучшение;
- 3) незначительное улучшение;
- 4) без эффекта.

Лечение: Используемыми методами нелекарственного лечения явились психотерапия, фитотерапия и рефлексотерапия (акупунктура).

Психотерапия включала в себя следующие методы: каузальную, рациональную, семейную, когнитивно-поведенческую психотерапию, гипнотерапию, а также обучение техникам аутогенной тренировки.

Библиографическая ссылка:

Божко С.А., Шерина Т.Ф., Гуртовенко И.Ю. Нелекарственная коррекция кожных заболеваний стрессорного генеза // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. 9-5. Публикация URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/4988.pdf> (дата обращения: 01.12.2014).

При выборе методов психотерапевтического лечения мы подходили индивидуально к каждому пациенту, учитывая особенности его личности, роль среды, ситуации, глубину и психопатологическую структуру психического состояния, степень дезадаптации. В работе с пациентами важное значение придавалось психотерапевтическим методикам, стимулирующим механизмы активной компенсации («уход в деятельность»), формирование дополнительных мотиваций, реалистической оценки поведения и коррекцию коммуникативного стиля, выявление иррациональных установок больного, их пересмотр и закрепление у пациента гибких рациональных установок. Психотерапия была направлена на создание новой когнитивной модели жизнедеятельности, аффективную переоценку травматического опыта, восстановление ощущения ценности собственной личности. Важное место занимало переключение пациентов от проблем к позитивному восприятию окружающей действительности, концентрация их внимания на радостных событиях в жизни, эмоциональных привязанностях. Создание эмпатии и установление доверительного контакта с больными являлось важным звеном лечебного воздействия, поскольку способствовало усилению доверия к врачу и снижению выраженности симптоматики.

Второй этап психотерапевтического лечения состоял в освоении пациентом психотерапевтических приёмов, способствующих выработке новых стереотипов поведения и защитных психологических механизмов в период адаптации, реконструкции утраченных чувств собственного достоинства и необходимости возвращения к новым ролевым позициям в обществе, обучении навыкам самовнушения и закреплении полученных результатов. На этом этапе возможно создание пациенту рабочего пространства, предоставление инструментов в виде идей, предложений и методик, которыми больной может воспользоваться для выработки собственных решений. Обучение составляло важную часть лечения, поскольку вселяло в больных уверенность, способствовало выполнению ими врачебных предписаний и тем самым улучшало прогноз заболевания.

В исследовании использовался метод корпоральной акупунктуры, который проводился по общепринятой методике. Курс лечения состоял из 10-12 сеансов иглоукалывания в специфические активные корпоральные точки. Рецептúra составлялась с использованием стандартного комплекса точек, куда включались точки «общего действия», местно-сегментарные и отдаленные точки, обладающие специфическими показаниями к применению [1, 2, 7, 12, 16-23] и мн.др.

Для получения наиболее благоприятных терапевтических результатов при применении рефлексотерапии (акупунктуры) учитывались три основных звена этого метода: приемы раздражения, место раздражения, момент раздражения [17]. Процедура иглоукалывания проводилась с учетом характерных особенностей больного (течения и тяжести заболевания, преобладающих симптомов, возраста, конституции, ослабленности организма, предшествующего лечения и т.д.).

В соответствии с классическими руководствами [1, 16, 17, 19], в большинстве случаев лечение начиналось с применения второго варианта тормозного метода, оказывающего успокаивающее, болеутоляющее, десенсибилизирующее, тормозное влияние, в дальнейшем подключался второй метод («возбуждающий»), который применялся в качестве стимулирующего, тонизирующего, растормаживающего и возбуждающего действия при понижении двигательной, чувствительной и секреторной функции. Чередование методов являлось важным условием, поскольку лечебный эффект рефлексотерапии зависит не только от применяемых методов воздействия, но и от функционального состояния нервной системы больного [1, 16, 17, 19]. Наиболее часто использовались следующие точки: да-чжу (или гао-хуан), цзу-сань-ли, хэ-гу (или нэй-гуань), сань-инь-цзяо, шэнь-мэнь (или тун-ли), сюань-чжун, бай-хуэй (или да-чжуй), фэй-шу, мин-мэнь (или ян-гуань), да-чан-шу (или сань-цзяо-шу), шэнь-шу (или пан-гуан-шу), чжун-ци (или гуань-юань), цзянь-чжун-шу, вэй-шу, цюй-чи (или вай-гуань), син-цзянь (или нэй-тин). Кроме того, разрабатывая план лечения, необходимо было учитывать в рецептуре наличие у данной категории больных таких неврастенических симптомов, как головная боль, нарушения сна, соматовегетативные расстройства (нарушение функций сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, половой функции и др.) Соответственно в рецептуры были включены точки, воздействующие на данные расстройства [1, 16, 17, 19]. Так, например, в случае жалоб на бессонницу использовались точки сань-инь-цзяо, тун-ли, гао-хуан, сюань-чжун. При наличии диспепсических явлений применялось воздействие в точках цзу-сань-ли, вэй-шу, да-чан-шу, хэ-гу. У мужчины при нарушении половой функции иглоукалывание производилось в точках вэй-шу, чжун-ци, гуань-юань, мин-мэнь. При низком артериальном давлении – цзу-сань-ли, чэн-шань. Для лечения головной боли применялись точки тун-ли, шао-хай, да-лин, хэ-гу, ян-си, точка ся-си, цзу-сань-ли и др.

При применении фитотерапии использовались лекарственные фито-сборы. При составлении фито-прописи для нашего исследования, применялись только травы, разрешенные к применению и описанные в руководствах, а также доступные и адаптированные для пациентов той местности, где проводилось исследование (средняя полоса России) [8, 10, 11]. При составлении сбора учитывался спектр терапевтического действия каждого назначаемого растения, тип психопатологического расстройства, синдромологическая картина, имеющиеся в анамнезе соматовегетативные заболевания, наличие или отсутствие противопоказаний и аллергических проявлений. Применение именно сборов растений базировалось на том, что эффект от

Библиографическая ссылка:

Божко С.А., Шерина Т.Ф., Гуртовенко И.Ю. Нелекарственная коррекция кожных заболеваний стрессорного генеза // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. 9-5. Публикация URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/4988.pdf> (дата обращения: 01.12.2014).

приема нескольких растений выше, влияние на организм более разностороннее, а действие мягче [11, 24].
 Используемые в исследовании травяные сборы включали в себя, как правило, 5-7 компонентов.

Основные травы, использованные в исследовании: Валериана лекарственная (корневище и корень), Пустырник пятилопастный (травя), Мята перечная (листья), Вахта трехлистная (листья), Боярышник кроваво-красный (цветки), Сушеница лесная (травя), Тимьян ползучий (чабрец) (травя), Душица обыкновенная (цветки и листья), Донник лекарственный (листья), Смородина черная (листья), Ромашка аптечная (цветки), Шиповник коричный (плоды и листья), Крапива двудомная (листья), Зверобой продырявленный (травя), Календула лекарственная (цветки), Череда трехраздельная (травя), Рябина обыкновенная (плоды), Сенна (листья).

Пациентам было предложено заваривать фитосбор в пропорции 1ст. ложка сбора на 300 мл. кипятка, настаивать не менее 30 минут и принимать по стакану 2-3 раза в день в течение курса лечения.

В период лечения важным компонентом являлась необходимость следить за чистотой кожных покровов, за возможным воздействием синтетической, стесняющей одежды. Регулярная личная гигиена и свежее белье, регулярное, полноценное питание, здоровый образ жизни, полноценный сон. Важно контролировать состояние внутренних органов и следить за нормальной их работой. Кроме того, пациенты имели ограничения в питании – исключение аллергических компонентов, уменьшение количества поступающих в организм углеводов (мучное, сладкое), жирной, острой и жареной пищи и промежутки в приеме пищи составляли не более трех часов. Был рекомендован питьевой режим из расчета 30 мл чистой воды на 1 кг веса, не считая чая, соков, супа.

В зависимости от стадии заболевания, типа кожи и ее состояния пациентам предписывалось применять симптоматические (не гормональные) мази, кремы и другие препараты наружного применения с целью облегчить неприятные ощущения, связанные с протекающим на коже процессом (сухость, мокнутие, зуд и т. д.)

Результаты и их обсуждение. Все исследуемые больные завершили полный курс лечения, который составил 35 дней. В целом можно отметить положительную динамику на фоне проводимой терапии. В результате проведенного лечения значительно улучшилось самочувствие и настроение пациентов - пациенты субъективно отмечали стойкое улучшение состояния, нормализация показателей ночного сна, появление бодрости с утра, улучшился аппетит, проявился интерес к своим повседневным обязанностям и профессиональной деятельности (табл. 3).

Таблица 3

Редукция наиболее частых клинических признаков

Клинический признак (симптом)	Частота встречаемости, %	
	До лечения	После лечения
Повышенная истощаемость	93,2	35,6*
Психосоматические проявления: (колебания АД; головные боли, кардио-, мио- и гастралгии и др)	90,7	46,9*
Снижение умственной и физической работоспособности	96,1	41,2*
Нарушения сна	98,9	37,4*
нарушения концентрации внимания	69,1	39,3
Снижение уровня естественных влечений и потеря интереса к своим повседневным обязанностям и профессиональной деятельности	71,3	40

Примечание: * – (p<0,05)

Пациенты отмечали снижение частоты и уменьшение интенсивности навязчивых воспоминаний и флэшбеков, снижение выраженности признаков, характеризующих избегающее поведение, уменьшение уровня вегетативной заинтересованности пациентов. Это коррелирует с результатами оперативной самооценки самочувствия, активности, настроения (шкала САН), показатели самооценки самочувствия достоверно возросли к концу курса лечения во всех исследуемых подгруппах (p<0,05) (рис.1).

Библиографическая ссылка:

Божко С.А., Шерина Т.Ф., Гуртовенко И.Ю. Нелекарственная коррекция кожных заболеваний стрессорного генеза // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. 9-5. Публикация URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/4988.pdf> (дата обращения: 01.12.2014).

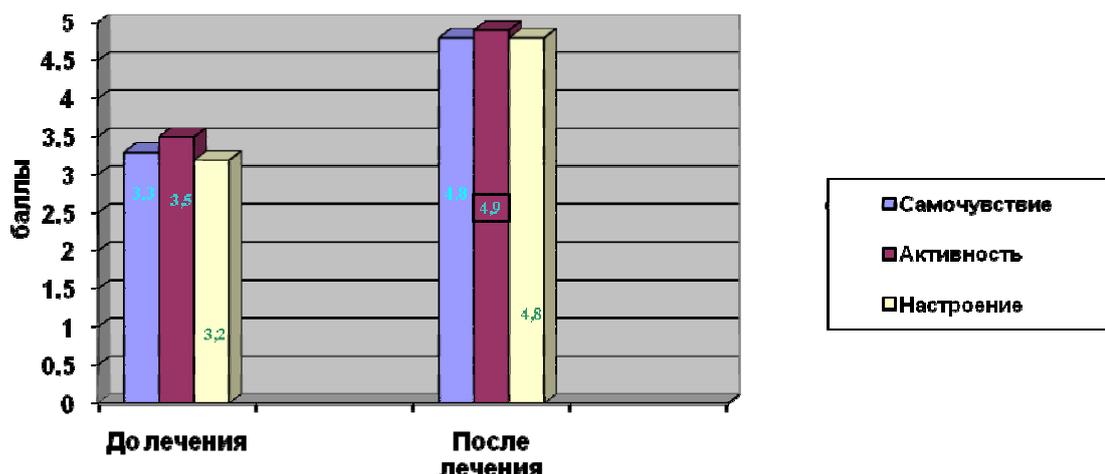


Рис. 1. Динамика показателей теста САН

По шкале самооценки Спилбергера – Ханина средние показатели уровня личностной и реактивной тревожности снижались с 37,1 и 37,4 до 28,4 и 27,3 соответственно, что расценивали как низкий уровень тревожности (табл. 4).

Таблица 4

Динамика показателей уровня тревожности по шкале самооценки Спилбергера –Ханина

показатель	Пациенты, 39 чел.			
	До лечения		После лечения	
Личностная тревожность	Абс.	%	Абс.	%
Выраженная	10	25,6	2	5,1
Умеренная	21	53,8*	11	28,2
Низкая	8	20,6	26	66,7*
Всего	39	100	39	100
Реактивная тревожность	До лечения		После лечения	
Выраженная	12	39,8	1	2,6
Умеренная	19	52,8*	9	23,1
Низкая	8	7,4	29	74,3*
Всего	39	100	39	100

Примечание: * – достоверные различия ($p < 0,05$)

На фоне лечения отмечалось снижение уровня депрессии по среднему общему баллу шкалы Гамильтона (HDRS- 21) во всех подгруппах с начальных 7.2 до нормального уровня уже на второй неделе лечения ($p < 0,05$). Отмечалось динамичное нарастание терапевтического эффекта и равномерная редукция, как основного симптомокомплекса, так и дерматологических проявлений. К концу курса терапии больные характеризовались стабильным положительным эффектом. Субъективно пациенты отмечали значительное повышение, нормализацию сна, улучшение свойств памяти.

Библиографическая ссылка:

Божко С.А., Шерина Т.Ф., Гуртовенко И.Ю. Нелекарственная коррекция кожных заболеваний стрессорного генеза // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. 9-5. Публикация URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/4988.pdf> (дата обращения: 01.12.2014).

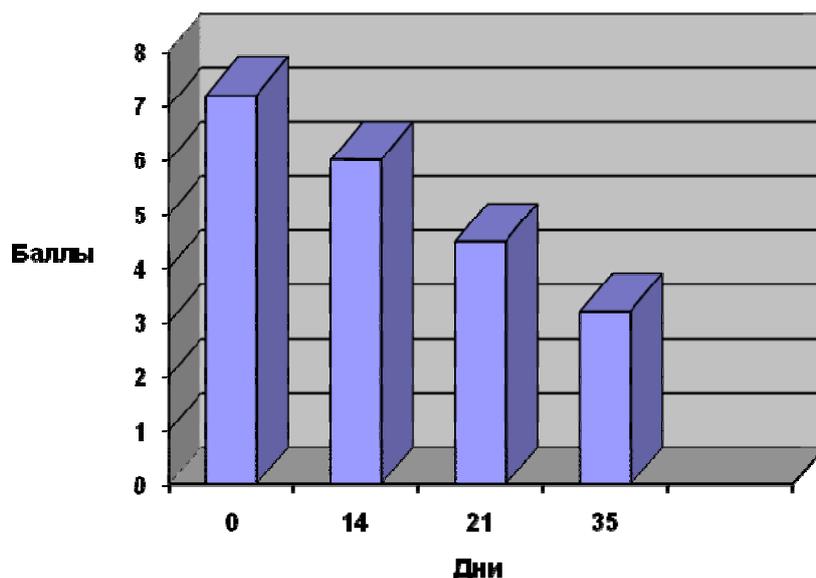


Рис. 2. Динамика депрессивной симптоматики по шкале Гамильтона в зависимости от получаемого лечения

Уровень тревоги, выявляемый по шкале Гамильтона (HARS) как клинически выраженный до лечения (11,1 балла), к концу курса снизился до субклинического уровня (рис.3).

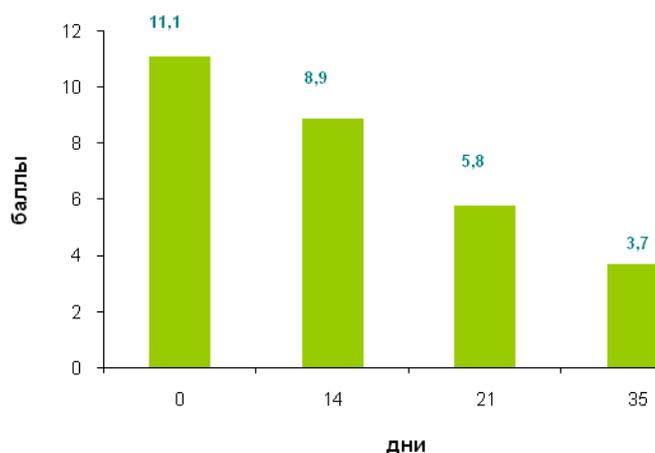


Рис. 3. Снижение тревоги по показателям шкалы Гамильтона (HARS)

Шкала общего клинического впечатления (CGI) также фиксировала значительные изменения у данной категории пациентов. Выраженное и существенное улучшение психического состояния фиксировалось у 97,4% всех пациентов (табл.5).

Таблица 5

Эффективность использованных сочетаний по шкале общего клинического впечатления (CGI)

	Улучшение психического состояния					Всего:		
	выраженное		существенное		незначительное		абс.	%
	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
Пациенты	30	76.9	8	20.5	1	2.6	39	100

Библиографическая ссылка:

Божко С.А., Шерина Т.Ф., Гуртовенко И.Ю. Нелекарственная коррекция кожных заболеваний стрессорного генеза // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. 9-5. Публикация URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/4988.pdf> (дата обращения: 01.12.2014).

По данным клинической оценки состояния по степени выраженности психотерапевтического эффекта удалось добиться практического выздоровления и значительного улучшения у 84,6% всех пациентов (табл.6).

Таблица 6

Показатели клинической оценки состояния

Пациенты	Практическое выздоровление		Значительное улучшение		Незначительное улучшение		Всего:	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
	26	66,7	7	17,9	6	15,4	39	100

Также следует отметить, что большинство показателей по результатам обследования личностными методами (ММИЛ) вошли в пределы нормы (Т – от 50 до 70) это свидетельствует о том, что снизилась общая тревожность, невротизация, появилась уверенность в своих силах, исчезли излишние волнения, купировалось психологическое напряжение, вызванное стрессовыми воздействиями (1, 2, 3 и 7 шкалы).

Дерматологические проблемы также претерпели значительную редукцию. Прошел зуд, отмечалось значительное снижение патологических изменений кожных покровов. По данным индекса SCORAD – общий, состояние кожных покровов у пациентов с атопическим дерматитом значительно улучшилось (с 63,14 до 28,12 баллов) ($p < 0,01$). Индекс SCORAD-общий, у пациентов с крапивницей снизился (с 45,02 до 26,40 балла), ($p < 0,01$). Индекс PASI (индекс состояния кожи при псориазе) снизился, и перешел из средней степени 34,25 баллов в легкую степень 9,9 балла. Индекс EASI (индекс состояния кожи при экземе) улучшился с 23,12 до 10,01. Показатель ДИА (дерматологический индекс акне) перешел из средней степени в легкую (8,0-4,0). Зуд кожи по вопроснику качества жизни пациентов с дерматологическими заболеваниями DLQI улучшился с 9,0 до 4,0 баллов. По статистически выверенным данным наилучший результат наблюдался у пациентов с псориазом, так как после лечения у них было наименьшее количество кожных высыпаний – 28,90% (табл. 7).

Таблица 7

Оценка кожных высыпаний после лечения

Атопический дерматит	Крапивница	Псориаз	Экзема	Угри обыкновенные	Зуд кожи
44,56%	58,64%	28,90%	43,29%	50%	44,44%

Несмотря на то, что психоэмоциональный статус нормализовался в рамках проведенного исследования, и произошла редукция воспалительных процессов кожных покровов, у пациентов с псориазом (2 чел.) и экземой (3 чел.), состояние кожных покровов не достигло первоначального состояния в рамках отведенного времени, курс лечения был продлен до 45-50 дней. Вплоть до полной редукции.

По данным дерматологических индексов у пациентов наблюдалась легкая и средняя степень тяжести заболеваний. По окончании лечения – больше пациентов с легкой степенью (табл.8).

Таблица 8

Соотношения тяжести заболевания до и после лечения

Количество пациентов	Атопический дерматит	Крапивница	Псориаз	Экзема	Угри обыкновенные	Зуд кожи
До лечения	6 – средняя степень тяжести 0 – легкая степень	7 – средняя степень 1 – легкая степень	2 – средняя степень 0 – легкая	4 – средняя степень 1 – легкая степень	15 – средняя степень 3 – легкая степень	10 – средняя степень 5 – легкая степень
После лечения	2 – средняя степень 4 – легкая степень	8 – ремиссия	0 – средняя степень 2 – легкая степень	0 – средняя степень 5 – легкая степень	3 – средняя степень 15 – легкая степень	2 – средняя степень 13 – легкая степень

Библиографическая ссылка:

Божко С.А., Шерина Т.Ф., Гуртовенко И.Ю. Нелекарственная коррекция кожных заболеваний стрессорного генеза // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. 9-5. Публикация URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/4988.pdf> (дата обращения: 01.12.2014).

Выводы:

1. Проведенное исследование показало достаточно высокую эффективность комплексного применения сочетаний нелекарственных методов при лечении расстройств, связанных со стрессом и нарушением адаптации с сопутствующими кожными болезнями. 97,4% по шкале общего клинического впечатления (CGI), 84,6% по данным клинической оценки состояния по степени выраженности психотерапевтического эффекта. Это связано с большой терапевтической широтой применения сочетаний, обеспечивающих целый ряд лечебных эффектов: иммуностимулирующего, успокаивающего, стимулирующего, вегетативно-стабилизирующего, мягкого антидепрессивного и анксиолитического.

2. Использование комбинированного лечения дало возможность делать акцент на один из методов, входящих в состав сочетаний, в зависимости от индивидуальных особенностей конкретного пациента.

3. Хорошая переносимость, отсутствие побочных эффектов, доступность позволяют рекомендовать применение данного лечебного комплекса как в стационаре, так и в амбулаторных условиях.

4. Катамнестическое наблюдение в течение трех лет (отслеживание проводилось каждый год) показало, что в результате проведенного лечения удалось добиться ремиссии в 83,2 % случаев.

5. У пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством наибольшую эффективность продемонстрировала групповая психотерапия. В случае наличия острой реакции на стресс предпочтительно применение гипнотерапии и когнитивно-поведенческой терапии. При расстройствах, связанных с семейными проблемами хорошо себя зарекомендовала семейная психотерапия.

6. Несмотря на то, что психоземotionalный статус нормализовался в рамках проведенного исследования (35 дней), при наличии у пациентов псориаза или экземы рекомендовано продлить курс лечения до 45-50 дней.

Рекомендации. В период лечения необходимо следить за чистотой кожных покровов, за возможным воздействием синтетической, стесняющей одежды. Важна регулярная личная гигиена и свежее белье, регулярное, полноценное питание, здоровый образ жизни, полноценный сон, отказ от аллергических компонентов бытовых и пищевых продуктов, нормализации выделительных органов организма. Мази, кремы и другие препараты наружного применения являются лишь дополнением к основному лечению кожных заболеваний. С целью профилактики повторного возникновения проблем с кожей, пациентам рекомендовано комфортное психоземotionalное состояние, правильное, рациональное питание с использованием экологически чистых продуктов, здоровый образ жизни, соблюдение правил личной гигиены, своевременное купирование инфекционных процессов и положительный, уверенный настрой на излечение от заболевания.

Литература

1. Адашкевич В.П. Диагностические индексы в дерматологии. М., Медицинская книга, 2004.
2. Адашкевич В.П. Кожный зуд. Дерматологический и междисциплинарный феномен. 2014. Издательство Панфилова.
3. Гаваа Лувсан. Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии. М.: Наука, 1986. 575 с.
4. Дробышева Н.А. Рефлексотерапия при различных заболеваниях: Практическое руководство по рефлексотерапии. М., 1997. 118 с.
5. Егоров Б.Е. Комплексная эмоционально-стрессовая психотерапия депрессивного невроза и невротической депрессии: Дис. ... канд. мед. наук, 1988. 145 с.
6. Психодерматология: история, проблемы, перспективы / Иванов О.Л., Львов А.Н., Остришко В.В. [и др.] // Рос. журнал кожн. и венерич. бол. 1999. №1. С. 28-38.
7. Карвасарский Б.Д., Тупицин Ю.Я. Глоссарий основные формы и синдромы для унифицированной клинической оценки состояний больных неврозами: Метод. рекомендации. М., 1974. 42 с.
8. Карвасарский Б.Д. Неврозы. М.: Медицина, 1980. 448 с.
9. Лакосина Н.Д. Клинические варианты невротического развития. М., 1970.
10. Михайлова А.А. Рефлексотерапия неврозов: Учеб.-метод. пособие. М., 1989. 101 с.
11. Носов А. Лекарственные растения. М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. 349 с.
12. Овсянников С.А. История и эпистемология пограничной психиатрии. М.: Альпари, 1995. 205 с.
13. Орлова Е.А., Молотиллов Б.А. Участие нейрогенного воспаления в патогенезе хронической психогенной крапивницы. Научно-практический медицинский журнал Практическая медицина, 2012.
14. Свиридонов Г. Лесной огород. М.: Молодая гвардия, 1984. 223 с.
15. Соколов С.Я., Замотаев И.П. Справочник по лекарственным растениям (фитотерапия). 2-е изд., стереотип. М.: Недра, 1987. 512 с.
16. Стояновский Д.Н. Справочник по иглоукалыванию и прижиганию. Кишинев: Картя Молдовеняскэ, 1987. 256 с.

Библиографическая ссылка:

Божко С.А., Шерина Т.Ф., Гуртовенко И.Ю. Нелекарственная коррекция кожных заболеваний стрессорного генеза // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. 9-5. Публикация URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/4988.pdf> (дата обращения: 01.12.2014).

17. Стояновский Д.Н. Частная рефлексотерапия: Справочник / Под ред. С.М. Зольникова. Кишинев: Карта Молдовеныаске, 1990. 332 с.
18. Табеева Д.М. Практическая акупунктура. Смоленск: Гомеопатическая медицина, 1997. 490 с.
19. Тиганов А.С. Руководство по психиатрии. М.: Медицина, 1999. 784 с.
20. Тыкочинская Э.Д. Основы иглотерапии. М.: Медицина, 1979. 343 с.
21. Хагаманова И.В., Павлова О.В. Роль стрессовых факторов в развитии хронической крапивницы // Вестник последиplomного медицинского образования. 2001. №2. С. 52-54.
22. Чжу-Лянь. Руководство по современной Чжэнь-цзю терапии. М., 1959. 270 с.
23. Радзиевский С.А., Бобровничий И.П., Агасаров Л.Г., Солодовникова Т.С., Бокова И.А. Универсальные механизмы кардио- и сосудодилататорного действия рефлексотерапии // Традиционная медицина. 2012. №2. С. 38–43.
24. Хадартцев А.А., Купеев В.Г., Зилов В.Г., Морозов В.Н., Тутаяева Е.С. Диагностические и лечебно-восстановительные технологии при сочетанной патологии внутренних органов и систем: Монография / Под ред. А.А.Хадартцева. Тула: Тульский полиграфист, 2003. 172 с.

References

1. Adaskevich VP. Diagnosticheskie indeksy v dermatologii. Moscow: Meditsinskaya kniga; 2004. Russian.
2. Adaskevich VP. Kozhnyy zud. Dermatologicheskii i mezhdistsiplinarnyy fenomen: Izdatel'stvo Panfilova; 2014. Russian.
3. Gavaa Luvsan. Traditsionnye i sovremennye aspekty vostochnoy refleksoterapii. Moscow: Nauka; 1986. Russian.
4. Drobysheva NA. Refleksoterapiya pri razlichnykh zabolevaniyakh: Prakticheskoe rukovodstvo po refleksoterapii. Moscow; 1997. Russian.
5. Egorov BE. Kompleksnaya emotsional'no-stressovaya psikhoterapiya depressivnogo nevroza i nevroticheskoy depressii [dissertation]; 1988. Russian.
6. Ivanov OL, L'vov AN, Ostrishko VV, et al. Pskhodermatologiya: istoriya, problemy, perspektivy. Ros. zhurnal kozhn. i venerich. bol. 1999;1:28-38. Russian.
7. Karvasarskiy BD, Tupitsin YuYa. Glossariy osnovnye formy i sindromy dlya unifikirovannoy klinicheskoy otsenki sostoyaniy bol'nykh nevrozami: Metod. rekomendatsii. Moscow; 1974. Russian.
8. Karvasarskiy BD. Nevrozy. Moscow: Meditsina; 1980. Russian.
9. Lakosina ND. Klinicheskie varianty nevroticheskogo razvitiya. Moscow; 1970. Russian.
10. Mikhaylova AA. Refleksoterapiya nevrozov: Ucheb.-metod. posobie. Moscow; 1989. Russian.
11. Nosov A. Lekarstvennye rasteniya. Moscow: EKSMO-Press; 2001. Russian.
12. Ovsyannikov SA. Istoriya i epistemologiya pogranichnoy psikhiatrii. Moscow: Al'pari; 1995. Russian.
13. Orlova EA, Molotilov BA. Uchastie neyrogennoy vospaleniya v patogeneze khronicheskoy psikhogennoy krapivnitsy. Nauchno-prakticheskii meditsinskiy zhurnal Prakticheskaya meditsina; 2012. Russian.
14. Sviridonov G. Lesnoy ogorod. Moscow: Molodaya gvardiya; 1984. Russian.
15. Sokolov SYa, Zamotaev IP. Spravochnik po lekarstvennym rasteniyam (fitoterapiya). 2-e izd., stereotip. Moscow: Nedra; 1987. Russian.
16. Stoyanovskiy DN. Spravochnik po igloukalyvaniyu i prizhiganiyu. Kishinev: Kartya Moldovenyaske; 1987. Russian.
17. Stoyanovskiy DN. Chastnaya refleksoterapiya: Spravochnik / Pod red. S.M. Zol'nikova. Kishinev: Kartya Moldovenyaske; 1990. Russian.
18. Tabeeva DM. Prakticheskaya aкупунктура. Smolensk: Gomeopaticheskaya meditsina; 1997. Russian.
19. Tiganov AS. Rukovodstvo po psikhiatrii. Moscow: Meditsina; 1999. Russian.
20. Tykochinskaya ED. Osnovy igloterapii. Moscow: Meditsina; 1979. Russian.
21. Khagamanova IV, Pavlova OV. Rol' stressovykh faktorov v razvitiy khronicheskoy krapivnitsy. Vestnik poslediplomnogo meditsinskogo obrazovaniya. 2001;2:52-4. Russian.
22. Chzhu-Lyan'. Rukovodstvo po sovremennoy Chzhen'-tszyu terapii. Moscow; 1959. Russian.
23. Radzievskiy SA, Bobrovnichkiy IP, Agasarov LG, Solodovnikova TS, Bokova IA. Universal'nye mekhanizmy kardio- i sosudoprotektnogo deystviya refleksoterapii. Traditsionnaya meditsina. 2012;2:38-43. Russian.
24. Khadartsev AA, KupeeV VG, Zilov VG, Morozov VN, Tutayeva ES. Diagnosticheskie i lechenno-vosstanovitel'nye tekhnologii pri sochetannoy patologii vnutrennikh organov i sistem: Monografiya. Pod red. A.A.Khadartseva. Tula: Tul'skiy poligrafist; 2003. Russian.

Библиографическая ссылка:

Божко С.А., Шерина Т.Ф., Гуртовенко И.Ю. Нелекарственная коррекция кожных заболеваний стрессорного генеза // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. 9-5. Публикация URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/4988.pdf> (дата обращения: 01.12.2014).