

---

# К ВОПРОСУ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОБОСТРЕНИЙ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

**О.В. Жукова**

Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии  
Департамента здравоохранения г. Москвы  
*Ленинский проспект, 17, Москва, Россия, 119079*

**Е.Н. Маляренко**

Филиал «Первомайский» Московского научно-практического  
Центра дерматовенерологии и косметологии  
Департамента здравоохранения г. Москвы  
*ул. 2-Прядильная, 6, Москва, Россия, 105037*

**Е.С. Круглова**

Филиал «Тверской» Московского научно-практического  
Центра дерматовенерологии и косметологии  
Департамента здравоохранения г. Москвы  
*ул. Селезневская, 20, Москва, Россия, 127473*

**Л.С. Понич**

Ханты-Мансийский клинический кожно-венерологический диспансер  
*ул. Гагарина, 72, Ханты-Мансийск, Россия, 628012*

В статье приводятся данные об эффективности профилактического применения трансцеребральной импульсной электротерапии и магнитолазерной терапии у пациентов с атопическим дерматитом в период ремиссии. Клиническими исследованиями показана высокая профилактическая ценность методик, о чем свидетельствует снижение количества рецидивов заболевания и выраженное положительное влияние на качество жизни пациентов по данным индекса дерматологического статуса.

**Ключевые слова:** атопический дерматит, профилактика обострений, магнито-лазерная терапия, трансцеребральная импульсная электротерапия.

Согласно современным представлениям атопический дерматит (АтД) — аллергическое заболевание, возникающее в раннем детском возрасте у лиц с наследственной предрасположенностью, имеющее хроническое рецидивирующее течение и возрастные особенности локализации и морфологии патологических очагов (Российский национальный согласительный документ по АтД, 2002). В последние годы отмечается неуклонный рост заболеваемости атопическим дерматитом (АтД). Эмоциональные проблемы, социальные и физические ограничения доставляют больному страдания, вызывают дистресс, что необходимо принимать во внимание при ведении таких пациентов [2, 5, 8]. Профилактика атопического дерматита является одним из важных этапов специализированной лечебной и социальной программы помощи больным АтД [1, 4].

Реабилитационные мероприятия у больных атопическим дерматитом включают медицинские и общественные аспекты, направленные на максимально возможное восстановление нарушенных функций организма, улучшение качества

жизни и социальной адаптации пациентов, увеличение периода ремиссии. Клинический этап медицинской реабилитации, прежде всего, включает в себя использование естественных и преформированных физических факторов. Рациональное применение физиопрофилактики предполагает соблюдение дифференцированного выбора метода и конкретной методики, при этом необходимо учитывать патогенетическую обоснованность данного метода, исходное функциональное состояние больного.

В механизме развития АтД ключевую роль играет иммунопатологический аллергический процесс, запускаемый под воздействием различных триггерных факторов [3, 6]. Таким образом, применяя физические методы, обладающие мягким иммунокорректирующим и гипосенсибилизирующим действием, можно добиться увеличения периода ремиссии. Трансцеребральная импульсная электротерапии (ЭС) активизирует силу и подвижность тормозного процесса, восстанавливает нарушенные функциональные взаимоотношения вегетативной нервной системы, обладает иммуномодулирующим действием и благотворно влияет на психоэмоциональное состояние пациентов. Сочетанное физиотерапевтическое действие магнитного поля (МП) и лазерного излучения заключается в физико-химических изменениях, в биологических жидкостях, кровеносных сосудах и самих клетках крови, приводящих к возрастанию скорости биохимических реакций и метаболизма в тканях. Воздействие в основном происходит на молекулярном уровне, изменяя электромагнитные свойства самих молекул. Метаболический эффект на обмен веществ носит преимущественно нормализующий характер и осуществляется через нервногуморальные звенья. Клинически это выражается в улучшении микроциркуляции и трофики тканей. Магнитолазерная терапия (МЛТ) обладает выраженным противовоспалительным и нейротрофическим действием, антиаллергическим и противозудным эффектами. Особенно чувствительны к воздействию магнитного поля в сочетании с лазерным излучением центральная и вегетативная нервная системы. Все это послужило основанием для оптимизации физиотерапевтических методик при проведении профилактических мероприятий у больных атопическим дерматитом.

**Материалы и методы.** Критериями включения в исследование стали: больные с установленным диагнозом «атопический дерматит» в стадии клинической ремиссии, возраст больных 15—55 лет; получение информированного согласия.

Критериями невключения стали: общие противопоказания для проведения физиотерапии.

Под нашим наблюдением в течение 48 недель находилось 105 больных АтД в возрасте от 15 до 46 лет (средний возраст 17,3 ± 2,2 года), со средней продолжительностью заболевания 26,1 ± 2,3 года, с частотой обострений у большинства больных (87,6%) — 4,7 ± 0,8 раз в год, преимущественно в холодное время года. При последнем обострении все больные получали комплексное медикаментозное и физиотерапевтическое лечение. В зависимости от назначенного профилактического лечения все пациенты с сохраненной клинической ремиссией были разделены на три, сопоставимые по основным морфофункциональным параметрам группы (табл. 1).

*Таблица 1*

Распределение больных по группам  
в зависимости от вида профилактического физиолечения

Группы	Количество пациентов	Используемый физический фактор	Количество процедур/курсов
1-я группа (сравнения 1)	36	транскеребральная импульсная электротерапия (ЭС)	10, 2 курса
2-я группа (сравнения 2)	32	магнитолазерная терапия (МЛТ)	10, 2 курса
3-я группа (основная)	37	комбинированная терапия (ЭС, МЛТ)	По 10, 2 курса

1-я группа больных получала транскеребральную импульсную электротерапию (10—12 и 22—24 неделя). Процедуры проводили, применяя лобно-сосцевидную методику, частота 80 Гц, длительность импульса составляла 0,5 мс. Так как при частоте 80 Гц — в большей степени осуществляется непосредственное воздействие на структуры мозга, а именно на подкорковостволовые его отделы: гипоталамус и гипофиз. При этом устраняется вегетативная дисфункция, осуществляется иммунная и гормональная коррекция. Сила тока дозировалась по ощущениям и составила в среднем 3—6 мА в амплитудном значении. Продолжительность процедур 40 минут, три—четыре раза в неделю, на курс — 10 сеансов.

Пациентам 2-й группы назначали сочетанную магнитолазерную терапию на область проекции надпочечников. Воздействие проводили от аппарата «Узор-А-2К» по контактно-стабильной методике, ежедневно по 3 минуты на поле, с частотой импульса 1500 Гц, на курс 10 процедур.

Пациенты 3-й группы в те же сроки получали комбинированную терапию (ЭС, МЛТ) по вышеописанным методикам. Процедуры назначались в один день.

Оценка эффективности профилактического лечения проводилась с учетом количества обострений за период наблюдения (48 недель) и исследования показателей, отражающих «качество жизни больных» (КЖ), по общепринятой методологии (русифицированная версия индекса Finlay — DLQI — ДИКЖ [7].

**Результаты и обсуждение.** Количество обострений у всех больных в среднем по группам снизилось на 61,3% по сравнению с контролем — показателем у находившихся под наблюдением пациентов до проведения физиофилактики (рис. 1).

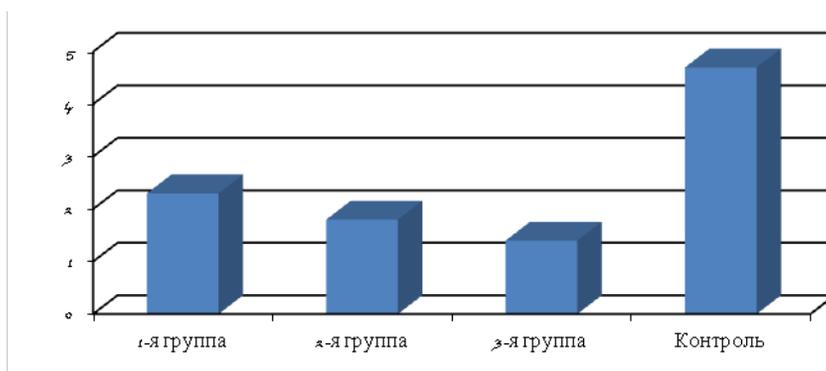
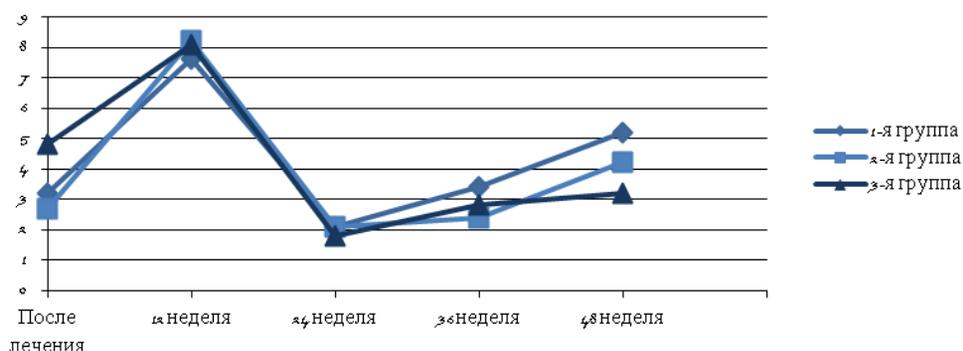


Рис. 1. Количество обострений после применения различных методик профилактического физиолечения

Наиболее значительное сокращение числа обострений (72%) наблюдалось у пациентов 3-й группы с 4,7 ± 0,8 раз в год до 1,3 ± 0,2 раза в год, в то время как во 2-й и 1-й группах количество обострений снизилось на 62% и 46% и составило

1,9  $\pm$  0,1 и 2,4  $\pm$  0,1 ( $p < 0,05$ , по сравнению с основной группой) раз в год соответственно. При этом следует отметить, что у пациентов всех 3 групп последующие обострения носили более легкий характер (снижение дерматологического индекса шкалы симптомов — ДИШС — при очередном обострении составило 39%) и лучше поддавались лечению. Такая же тенденция наблюдалась и по отношению к сопутствующей соматической патологии, то есть отмечался общий оздоровительный эффект у пациентов всех 3 групп.

При определенных обстоятельствах оценка пациентами своего состояния (качество жизни) является самым важным показателем физического, эмоционального и социального благополучия, которое изменяется под влиянием заболевания или его лечения. Считается, что наступление ремиссии уже само по себе улучшает качество жизни больных. Несмотря на то, что во многих случаях это утверждение справедливо, в ряде клинических ситуаций при оценке КЖ результаты оказываются весьма неожиданными. При длительно протекающих, хронических, часто рецидивирующих дерматозах, таких как атопический дерматит, даже в период ремиссии ДИКЖ бывает значительно выше, нежели сразу после лечения. По-видимому, это объясняется тревожным состоянием больного, ожиданием наступления очередного обострения, переживаниями по поводу заболевания. В связи с этим можно говорить, что при хронических дерматозах в период ремиссии качество жизни является основным критерием оценки здоровья пациента.



**Рис. 2.** Динамика изменения индекса ДИКЖ у больных атопическим дерматитом после применения различных методов профилактического физиотерапевтического лечения

Как видно из приведенных данных, после лечения последнего обострения индекс ДИКЖ в среднем по группам составил 3,5  $\pm$  0,6 балла, а уже через 3 месяца показатели ухудшились на 56,3% и в среднем по группам были 8,0  $\pm$  0,2 балла ( $p < 0,05$ , сравнение с исходным показателем ДИКЖ) несмотря на то, что у пациентов диагностировалась стадия ремиссии. Такое ухудшение качества жизни без активной клинической симптоматики можно объяснить стрессогенной дезадаптацией на фоне ожидания очередного ухудшения со стороны кожного процесса. После проведенного профилактического физиотерапевтического лечения индекс качества жизни улучшился на 75% во всех группах и составил 2,1  $\pm$  0,3 балла

( $p < 0,05$ , сравнение с показателем ДИКЖ через 3 месяца наблюдения) в 1-й группе,  $2,2 \pm 0,2$  балла ( $p < 0,05$ , сравнение с показателем ДИКЖ через 3 месяца наблюдения) во 2-й группе и  $1,4 \pm 0,1$  балл ( $p < 0,05$ , сравнение с показателем ДИКЖ через 3 месяца наблюдения) в 3-й группе. К концу периода наблюдения вновь отмечалось ухудшение показателей качества жизни, индекс ДИКЖ в среднем по группам составил  $4,2 \pm 0,5$  балла (повысился на 57%). В динамике индекса ДИКЖ за период наблюдения между группами достоверно значимых различий не отмечалось.

В то же время по сравнению с исходными данными ухудшение было незначительным — 16%. Эти данные говорят о том, что реабилитационные профилактические мероприятия улучшают физическое и эмоциональное состояние больных atopическим дерматитом, что в свою очередь отражается на социально-семейном благополучии и благополучии пациентов в повседневной жизни.

### Выводы

1. Таким образом, применение сочетанной магнитолазерной терапии, трансцеребральной импульсной электротерапии или комбинированной методики (МЛТ и ЭС) в период ремиссии у больных atopическим дерматитом повышает адаптационные свойства организма, укрепляет общее состояние пациентов.

2. Применение профилактического физиолечения способствует снижению частоты и тяжести обострений кожного процесса при АД.

3. В соответствии с новой парадигмой клинической медицины качество жизни является главной целью реабилитационных мероприятий в инкурабельной стадии заболевания. Включение в комплекс медицинских реабилитационных мероприятий физиотерапевтических методов значительно улучшает качество жизни больных atopическим дерматитом.

### ЛИТЕРАТУРА

- [1] Атопический дерматит: подходы к профилактике и наружной терапии / Под ред. проф. Ю.В. Сергеева. — М., 2006. — 104 с.
- [2] Билалова У.Г., Кочергин Н.Г., Лыткина Е.В., Мельниченко А.Б., Потекаев Н.Н., Смирнова Л.М., Черникова Е.А. Ингибиторы кальциневрина при atopическом дерматите // Росс. журн. кож. и вен. бол. — 2011. — № 5. — С. 58—62.
- [3] Иванов О.Л., Львов А.Н., Миченко А.В. Атопический дерматит: современные представления // РМЖ. — 2008. — Т.12. — № 19. — С. 1362—1367.
- [4] Короткий Н.Г. Атопический дерматит у детей. Руководство для врачей. — 2003. — С. 163—193.
- [5] Кочергин Н.Г. Атопический дерматит: современные аспекты патогенеза и терапии // Рус. Мед. Журн. — 2004. — Т. 12. — № 18. — С. 1076—1081.
- [6] Адашкевич В.П., Яговдик Н.Э. Патогенез и клинические варианты atopического дерматита // Здравоохранения Беларуси. — 1995. — № 1. — С. 10—13.
- [7] Новак А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. — СПб., 2002. — 320 с.
- [8] Tofte S.J., Hanifin J.M. Current management and therapy of atopical dermatitis // J Am Acad Dermatol. — 2001. — V. 44. — P. 13—16.

**PHYSICAL FACTORS  
FOR REHABILITATION OF PATIENTS  
WITH ATOPIC DERMATITIS**

**O.V. Zhukova, E.N. Malayrenko, L.S. Kruglova**

Moscow Scientific and Practical Center for dermatology and cosmetic  
Moscow Health Department  
*Leninsky av., 17, Moscow, Russia, 119079*

**E.S. Ponich**

KhMAD-UGRY “Hanty-Mansiyskiy Skin and Venereal Diseases Clinic”  
*Gagarin str., 72, Khanty-Mansiysk, Russia, 628012*

Article presents data about the efficacy of physical factors for rehabilitation and prophylaxis of atopic dermatitis. Curative application of physical factors is aimed at the most effective recovery of the human's systems dysfunctions, prolongation of the remission, at improvement of quality of life and at social adaptation of patients with atopic dermatitis.

**Key words:** atopic dermatitis, prophylaxis, magnetolaser therapy, transcerebral pulse electrotherapy.

**REFERENCES**

- [1] Atopic dermatitis: approaches to prevention and external treatment / Ed. prof. Yu.V. Sergeev. — M., 2006. — 104 p.
- [2] *Bilalova U.G., Kochergin N.G., Lytkina E.V., Mel'nichenko A.B., Potekaev N.N., Smirnova L.M., Chernikova E.A.* Calcineurin inhibitors in atopic dermatitis // Russ. Journal. Skin and venereal. Dis. — 2011. — № 5. — P. 58—62.
- [3] *Ivanov O.L., L'vov A.N., Michenko A.V.* Atopic dermatitis: modern understanding // Russ. Med. J. — 2008. — Vol. 12. — № 19. — P. 1362—1367.
- [4] *Korotky N.G.* Atopic dermatitis in children. A guide for doctors. — 2003. — P. 163—193.
- [5] *Kochergin N.G.* Atopic dermatitis: the modern aspects of pathogenesis and therapy // Rus. Med. J. — 2004. — Vol. 12. — № 18. — P. 1076—1081.
- [6] *Adaskevich V.P., Yagovdik N.E.* Pathogenesis and clinical variants of atopic dermatitis // Health of Belarus. — 1995. — № 1. — P. 10—13.
- [7] *Novak A.A., Ionova T.I.* A guide to the study of quality of life in medicine. — St. Petersburg, 2002. — 320 p.
- [8] *Tofte S.J., Hanifin J.M.* Current management and therapy of atopic dermatitis // J Am Acad Dermatol. — 2001. — Vol. 44. — P. 13—16.