

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕЛЕКАРСТВЕННЫХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ
УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ (АКНЕ ВУЛЬГАРИС)

С.А. БОЖКО*, Т.Ф. ШЕРИНА**

**Центр природной медицины, ул. Кунцевская, д.8 корп.1, г. Москва, Россия,*

***ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. Сеченова МЗ РФ, Малая Трубецкая ул., 8, стр. 2, Москва, Россия*

Аннотация: В исследование, проводимом амбулаторно вошли 26 пациентов женского пола. Целью исследования явилось изучение влияния методов нелекарственной коррекции акне вульгарис (угри обыкновенные), 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 сопутствующей угревой сыпью. 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: акне вульгарис, угри обыкновенные, иглорефлексотерапия, фитотерапия, психотерапия.

THE USE OF NON-DRUG METHODS IN TREATMENT OF ACNE VULGARIS IN EXPERIMENT

S.A. BOZKO*, T.F. SHERINA**

**Center for Natural Medicine, ul. Kuntsevskaya, 8 building 1, Moscow, Russia,*

***Medical University First MGUMU them. Sechenov Health Ministry,
Small Trubetskaya st., 8, p. 2, Moscow, Russia*

Abstract. The research included 26 women with acne vulgaris. The purpose of this work was the study of the impact of non-drug methods of correction of vulgaris acne caused by stress disorders. The mental state of patients was determined by traditional clinical method using standard psychometric tests. The assessment was made before treatment, on day 14, 21 and 35 day of therapy. Dermatological control of patients was conducted at the beginning and at the end of treatment. The non-drug methods were 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 ($p>0,05$). The study proved high efficiency of complex application of combinations of non-drug methods in the treatment of disorders related to stress and impaired adaptation with concomitant acne. The use of combined treatment gave the opportunity to focus on one method, including in the combination, depending on the individual characteristics of patient. The good tolerability, absence out-side effects and availability allow to recommend this medical complex both hospital and outpatient settings.

Key words: acne vulgaris, acupuncture, phytotherapy, psychotherapy.

Введение. Угревая болезнь – полиэтиологическое заболевание. Причинами являются эндокринные нарушения, заболевания желудочно-кишечного тракта, очаги хронической инфекции, недостаток витаминов *A, E*, группы *B*, снижение иммунитета, загрязнение внешней среды. Все это, как правило, сочетается со стрессом, который как своеобразный триггер, запускает механизмы, стимулирующие в организме повышенную активность сальных желез. Организм работает с повышенной нагрузкой. Как результат – защитная система кожи ослабевает, и она не в состоянии справляться со всеми неблагоприятными воздействиями, что может привести к поражению кожи [2,6,21]. Известно, что одна из самых распространенных причин возникновения кожных заболеваний – нервно-психологический фактор, который является ведущим в постстрессовых нарушениях здоровья.

Цель работы – исследовать методы нелекарственного лечения угревой сыпи (акне вульгарис), возникшей в результате перенесенного стресса.

Материалы и методы исследования. В соответствии с целью исследования, помимо стандартного обследования пациентов, дополнительных консультаций специалистов (терапевта, хирурга, гастроэн-

Библиографическая ссылка:

Божко С.А., Шерина Т.Ф. Опыт применения нелекарственных методов в лечении угревой болезни (акне вульгарис) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 7-2. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5281.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/16772

теролога, дерматолога, эндокринолога, кардиолога), необходимых клинических и инструментальных обследований, было проведено клинико-психологическое исследование. Психическое состояние пациентов определялось традиционным клиническим методом с использованием стандартных психометрических тестов: тест Спилбергера, Шкалы общего *клинического впечатления* (CGI), *Госпитальная шкала тревоги и депрессии* (HADS), опросник САН, *Методика многостороннего исследования личности* (ММИЛ). Состояние кожных проявлений оценивалось по дерматологической шкале угревой сыпи – по ДИА (*дерматологический индекс акне*) определял степень тяжести угревой болезни. Зуд кожи оценивался по SCORAD-только по его индексу «С», который характеризовал зуд кожи (в баллах). 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 2014 гг. вошли 26 пациентов женского пола. Все пациенты имели легкую или среднюю степень тяжести заболевания, подострую или хроническую стадию, взрослой фазы. В результате опроса и обследования было выявлено наличие стресса в анамнезе.

У всех пациентов выявлялось наличие расстройств, связанных со стрессом и нарушением адаптации. Это соответствовало следующим рубрикам МКБ10: 19 (73%) - Острая реакция на стресс (F43.0), 7 (27%) – Посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1).

Для больных, относящихся к рубрике F43.0 (Острая реакция на стресс), было характерно то, что стрессом явилось сильное травматическое переживание (угроза безопасности – 2 набл. (7,7%), необычно резкое и угрожающее изменение в социальном положении и/или окружении пациента – 6 (23%), развод, болезненное расставание – 9 набл. (34,6%), ситуация «любовного треугольника» – 2 набл. (7,7%).

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 – 6 набл. (85,7%), смерть близкого человека – 1 набл. (14,3%).

Из основных жалоб, предъявляемых испытуемыми на момент обследования, можно было выделить повышенную истощаемость (90,7%), снижение работоспособности (97,7%), психосоматические проявления: (колебания АД; головные боли, кардио-, мио- и гастралгии и др.) (87,4%) расстройства сна (98,3%), нарушение концентрации внимания (67,9%), повышенную раздражительность (63,6%), снижение уровня естественных влечений (80,5%), расстройства стула (диареи и запоры) (54,8%), абдоминальные боли (52,7%), тошноту (29,6%), тахикардию (29,1%), головокружение (15,7%), потливость (32,4%), метеочувствительность (19,4%). Характерно, что расстройства сна в основном проявлялись пресомническими (79,7 %) и интрасомническими (71,7 %) 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

Библиографическая ссылка:

Божко С.А., Шерина Т.Ф. Опыт применения нелекарственных методов в лечении угревой болезни (акне вульгарис) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 7-2. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5281.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/16772

помощью дифференциально–диагностических критериев, базирующихся на основании известных клинических принципов [4,6]. 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. 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].

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), цзусань-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 невротических 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 [17,19,1,16]. Так, например, в случае жалоб на бессонницу использовались точки сань-инь-цзяо, тун-ли, гао-хуан, сюань-чжун. При наличии диспепсических явлений приме-

Библиографическая ссылка:

Божко С.А., Шерина Т.Ф. Опыт применения нелекарственных методов в лечении угревой болезни (акне вульгарис) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 7-2. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5281.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/16772

нялось 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-цзи, 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. Лекарственные травы содержат фитоэстрогены, которые могут помочь в коррекции гормонального сбоя. Стимулируют выработку организмом нужных гормонов, приводя гормональный баланс в норму. При составлении фитопрписи 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 сборов растений базировалось на том, что эффект от приема нескольких растений выше, влияние на организм более разностороннее, а действие мягче [11]. Использованные в исследовании травяные сборы включали в себя, как правило, 5-7 компонентов.

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

Пациентам было предложено заваривать фитосбор в пропорции 1 ст. 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. 1).

Таблица 1

Редукция наиболее частых клинических признаков

Клинический признак (симптом)	Частота встречаемости, %	
	До лечения	После лечения
Повышенная истощаемость	90,7	40,9*
Психосоматические проявления: (колебания АД; головные боли, кардио-, мио- и гастралгии и др)	87,4	49,3*
Снижение умственной и физической работоспособности	97,7	39,5*
Нарушения сна	93,1	56,1*
нарушения концентрации внимания	67,9	32,6
Снижение уровня естественных влечений и потеря интереса к своим повседневным обязанностям и профессиональной деятельности	80,5	43,2

Примечание: * – $p < 0,05$

Библиографическая ссылка:

Божко С.А., Шерина Т.Ф. Опыт применения нелекарственных методов в лечении угревой болезни (акне вульгарис) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 7-2. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5281.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/16772

Из основных жалоб, предъявляемых испытуемыми на момент обследования, можно было выделить повышенную истощаемость (90,7%), снижение работоспособности (97,7%), психосоматические проявления: (колебания АД; головные боли, кардио-, мио- и гастралгии и др.) (87,4%) расстройства сна (98,3%), нарушение концентрации внимания (67,9%), повышенную раздражительность (63,6%), снижение уровня естественных влечений (80,5%), расстройства стула (диареи и запоры) (54,8%), абдоминальные боли (52,7%), тошноту (29,6%), тахикардию (29,1%), головокружение (15,7%), потливость (32,4%), метеолабильность (19,4%). Характерно, что расстройства сна в основном проявлялись пресомническими (79,7 %) и интрасомническими (71,7%) нарушениями.

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.).

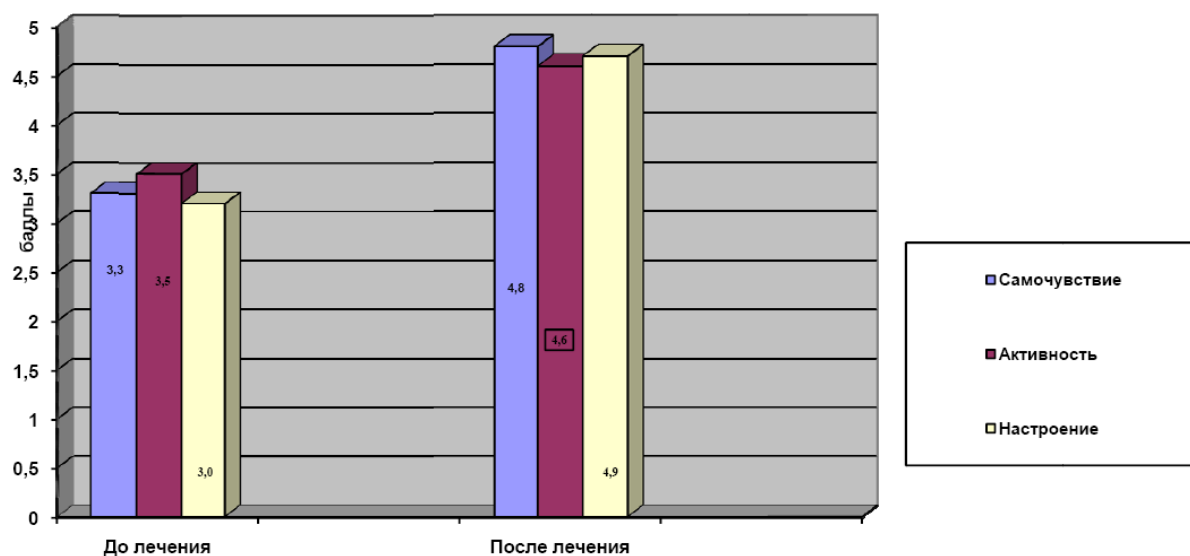


Рис. Динамика показателей теста САН

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. 2).

Таблица 2

Динамика показателей уровня тревожности по шкале самооценки Спилбергера –Ханина

показатель	Пациенты, 26 чел.			
	До лечения		После лечения	
Личностная тревожность	Абс.	%	Абс.	%
Выраженная	8	30,7*	1	3,8
Умеренная	18	69,3*	2	7,7
Низкая	0	0	23	88,5*
Всего	26	100	26	100
Реактивная тревожность				
Выраженная	8	39,8	1	2,6
Умеренная	15	52,8*	5	23,1
Низкая	3	7,4	20	74,3*
Всего	26	100	26	100

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

Библиографическая ссылка:

Божко С.А., Шерина Т.Ф. Опыт применения нелекарственных методов в лечении угревой болезни (акне вульгарис) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 7-2. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5281.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/16772

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. 3).

Таблица 3

Эффективность использованных сочетаний по шкале общего клинического впечатления (CGI)

	Улучшение психического состояния						Всего:	
	выраженное		существенное		незначительное			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Пациенты	22	84.6	4	15.4	0	0	26	100

По данным клинической оценки состояния по степени выраженности психотерапевтического эффекта удалось добиться практического выздоровления и значительного улучшения у 84,6% всех пациентов (табл. 4).

Таблица 4

Показатели клинической оценки состояния

Пациенты	Практическое выздоровление		Значительное улучшение		Незначительное улучшение		Всего:	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
		23	88.5	2	7.7	1	3.8	26

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-я, 2-я, 3-я и 7-я шкалы).

Дерматологические проблемы также претерпели значительную редукцию. отмечалось значительное снижение патологических изменений кожных покровов. Показатель ДИА 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 данным дерматологических индексов у пациентов наблюдалась легкая и средняя степень тяжести заболеваний. По окончании лечения – больше пациентов с легкой степенью (табл. 5).

Таблица 5

Соотношения тяжести заболевания до и после лечения по ДИА и SCORAD (оценка индекса «С»)

	Угри обыкновенные (ДИА в баллах)	Зуд кожи (SCORAD – оценка индекса «С» в баллах)
До лечения	10 – средняя степень	5 – средняя степень
После лечения	3 – легкая степень	2 – легкая степень

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. 100% по шкале общего клинического впечатления (CGI), 96.2% по данным клинической оценки состояния по степени выраженности психотерапевтического эффекта. Это связано с большой терапевтической широтой применения сочетаний, обеспечи-

Библиографическая ссылка:

Божко С.А., Шерина Т.Ф. Опыт применения нелекарственных методов в лечении угревой болезни (акне вульгарис) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 7-2. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5281.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/16772

вающих 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 83,1 % 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 психоэмоциональный статус нормализовался в рамках проведенного исследования (35 дней), 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 психоэмоциональное 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. Адаскевич В.П. Диагностические индексы в дерматологии. М., Медицинская книга, 2004.
2. Адаскевич В.П. Кожный зуд. Дерматологический и междисциплинарный феномен. 2014.
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 кож. и венерич. бол. 1999. №1. С. 28–38.
7. Карвасарский Б.Д., Тупицин Ю.Я. Глоссарий основных 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., Молотилев Б.А. Участие нейрогенного воспаления в патогенезе хронической психогенной крапивницы // Практическая медицина. 2012. №6. С. 51–55.
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 Молдовеныскэ, 1987. 256 с.
17. Стояновский Д.Н. Частная рефлексотерапия: Справочник / Под ред. С.М. Зольникова. Кишинев: Картя Молдовеныскэ, 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.

Библиографическая ссылка:

Божко С.А., Шерина Т.Ф. Опыт применения нелекарственных методов в лечении угревой болезни (акне вульгарис) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 7-2. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5281.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/16772

References

1. Adaskevich VP. Diagnosticheskie indeksy v dermatologii. Moscow: Meditsinskaya kniga; 2004. Russia.
2. Adaskevich VP. Kozhnyy зуд. Dermatologicheskyy i mezhdistsiplinarnyy fenomen; 2014. Russian.
3. Gavaa Luvsan. Traditsionnye i sovremennyye 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 nevrozov. Moscow; 1970. Russian.
10. Mikhaylova AA. Refleksoterapiya nevrozov: Ucheb.-metod. posobie. Moscow; 1989. Russian.
11. Nosov A. Lekarstvennyye rasteniya. Moscow: EKSMO-Press; 2001. Russian.
12. Ovsyannikov SA. Istoriya i epistemologiya pogranichnoy psikhiiatrii. Moscow: Al'pari; 1995. Russian.
13. Orlova EA, Molotilov BA. Uchastie neyrogennoy vospaleniya v patogeneze khronicheskoy psikhogennoy krapivnitsy. Prakticheskaya meditsina. 2012;6:51-5. 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 igloulukalyvaniyu 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 akupunktura. Smolensk: Gomeopaticheskaya meditsina; 1997. Russian.
19. Tiganov AS. Rukovodstvo po psikhiiatrii. Moscow: Meditsina; 1999. Russian.
20. Tykochinskaya ED. Osnovy igloterapii. Moscow: Meditsina; 1979. Russian.
21. Khagamanova IV, Pavlova OV. Rol' stressovykh faktorov v razvitii khronicheskoy krapivnitsy. Vestnik posle diplomnogo meditsinskogo obrazovaniya. 2001;2:52-4. Russian.
22. Chzhu-Lyan'. Rukovodstvo po sovremennoy Chzhen'-tszyu terapii. Moscow; 1959. Russian.

Библиографическая ссылка:

Божко С.А., Шерина Т.Ф. Опыт применения нелекарственных методов в лечении угревой болезни (акне вульгарис) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 7-2. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5281.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/16772