

Современные технологии медицинской реабилитации детей с atopическим дерматитом

И. В. Погонченкова¹, М. А. Рассулова¹, М. А. Хан^{1, 2}, Н. А. Лян^{1, 2}, Т. А. Филатова³, И. А. Бокова²

¹ Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы

² Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова Минздрава России

³ Детская городская клиническая больница № 13 имени Н. Ф. Филатова Департамента здравоохранения города Москвы

Цель обзора: представление современных технологий медицинской реабилитации детей, страдающих atopическим дерматитом.

Основные положения. В последнее время большое значение придается немедикаментозным методам лечения atopического дерматита вследствие высокой частоты нежелательных эффектов при использовании лекарственных препаратов. Основными задачами медицинской реабилитации при atopическом дерматите являются нормализация состояния центральной и вегетативной нервной системы, гипосенсибилизация, оказание успокаивающего, антиоксидантного, противовоспалительного, рассасывающего, трофического, противозудного и общеукрепляющего действия.

Заключение. Лечение детей с atopическим дерматитом с применением немедикаментозных технологий применяется на всех этапах медицинской реабилитации.

Ключевые слова: дети, медицинская реабилитация, atopический дерматит, физиотерапия.

Modern Technologies for Medical Rehabilitation of Children with Atopic Dermatitis

I. V. Pogonchenkova¹, M. A. Rassulova¹, M. A. Khan^{1, 2}, N. A. Lyan^{1, 2}, T. A. Filatova³, I. A. Bokova²

¹ Moscow Scientific Practical Centre of Medical Rehabilitation, Restorative and Sports Medicine of Moscow Department of Healthcare

² I. M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of Russia

³ N. F. Filatov Children's Municipal Clinical Hospital No. 13 of Moscow Department of Healthcare

Objective of the review: to present modern technologies for medical rehabilitation of children with atopic dermatitis.

Key points. High significance has been attached lately to the drug-free treatment of atopic dermatitis because of the high frequency of adverse effects of the medications. Main goals of the medical rehabilitation in atopic dermatitis are to normalize state of the central nervous system and autonomic nervous system and to provide hyposensitization, sedative, antitoxic, anti-inflammatory, reabsorbing, trophic, antipruritic, and health promoting effects.

Conclusion. Drug-free treatment technologies are used at all steps of medical rehabilitation of children with atopic dermatitis.

Keywords: children, medical rehabilitation, atopic dermatitis, physiatrics.

Atopический дерматит (АД) — одно из наиболее частых аллергических заболеваний кожи у детей. Его распространенность в педиатрической популяции в зависимости от возраста составляет 5,5–21,0% [1, 2].

Патогенез АД определяется IgE-опосредуемыми аллергическими реакциями и гиперчувствительностью замедленного действия. В развитии АД принимают участие изменения в гуморальном и клеточном иммунитете, нарушение кожного барьера, повышенная чувствительность к аллергенам, отягощенная наследственность. В большинстве случаев фактором, инициирующим АД, является пищевая сенсибилизация.

АД — заболевание рецидивирующего течения с возрастными особенностями клинических проявлений, характеризующееся зудом, экссудативными и/или лихеноидными

высыпаниями. Клинические симптомы его чрезвычайно многообразны и зависят главным образом от возраста ребенка. У детей до 1,5 года преобладает экссудативная форма АД, 1,5–3 лет — эритематозно-сквамозная форма с наличием гиперемии в очагах поражения кожи, мелких папулезных высыпаний и корок. В возрасте 3–5 лет к имеющимся кожным проявлениям присоединяется лихенификация. Лихеноидная форма заболевания характерна для детей 5–15 лет. Больные АД часто подвержены инфекционным заболеваниям кожи: пиодермии, грибковой инфекции.

Устранение причинно-значимых аллергенов и неспецифических факторов, вызывающих обострение заболевания, применение наружной противовоспалительной терапии, увлажняющих и смягчающих кожу средств, антигистаминных

Бокова Ирина Анатольевна — к. м. н., доцент кафедры восстановительной медицины, реабилитации и курортологии Института профессионального образования ФГБОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России. 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2. E-mail: 6057016@mail.ru

Лян Наталья Анатольевна — к. м. н., доцент кафедры восстановительной медицины, реабилитации и курортологии Института профессионального образования ФГБОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России; старший научный сотрудник отдела медицинской реабилитации детей и подростков ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ. 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2. E-mail: 6057016@mail.ru

Погонченкова Ирэн Владимировна — д. м. н., директор ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ. 109316, г. Москва, ул. Талалихина, д. 26а. E-mail: 6057016@mail.ru

Рассулова Марина Анатольевна — д. м. н., профессор, первый заместитель директора ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ. 109316, г. Москва, ул. Талалихина, д. 26а. E-mail: dr_rassulovata@yandex.ru

Филатова Татьяна Алексеевна — д. м. н., заведующая аллерго-пульмонологическим центром ГБУЗ «ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова» ДЗМ. 103001, г. Москва, ул. Садовая-Кудринская, д. 15. E-mail: 6057016@mail.ru

Хан Майя Алексеевна — д. м. н., профессор кафедры восстановительной медицины, реабилитации и курортологии Института профессионального образования ФГБОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России; руководитель отдела медицинской реабилитации детей и подростков ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ. 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2. E-mail: 6057016@mail.ru

препаратов являются основой лечения АД и имеют целью уменьшение клинических проявлений, снижение частоты обострений, повышение качества жизни больного ребенка и предотвращение инфекционных осложнений.

В последнее время вследствие высокой частоты развития нежелательных эффектов при использовании лекарственных средств большое значение придается немедикаментозным методам лечения АД [22].

Среди технологий медицинской реабилитации детей с АД широко применяются методы физиотерапии, направленные на нормализацию состояния центральной и вегетативной нервной системы, достижение гипосенсибилизации, оказание антитоксического, противовоспалительного, рассасывающего, трофического, противозудного и общеукрепляющего действия.

При назначении физиотерапии предпочтение необходимо отдавать физическим факторам, влияние которых на организм ребенка наиболее изучено, а обоснованность их применения, эффективность и безвредность доказаны клиническим опытом. Следует учитывать общие противопоказания к физиотерапии, а также частные, включающие индивидуальную непереносимость или повышенную чувствительность к физическому фактору.

Выраженный седативный и противовоспалительный эффект имеет воздействие на очаги поражения и сегментарно-рефлекторные зоны переменным магнитным полем низкой частоты. Под его влиянием значительно уменьшаются кожный зуд, гиперемия, инфильтрация, что способствует более быстрому достижению ремиссии основного заболевания [14].

Для восстановления функциональных связей ствола, таламуса, лимбической системы и коры головного мозга, с седативной целью, особенно при наличии невротических расстройств, воздействуют импульсными токами низкой частоты (электросон) [19].

Крайне высокочастотная терапия относится к методам информационного действия, когда малые дозы физического фактора могут вызвать реакцию триггерного типа. Преимуществами ее являются мобилизация защитных сил организма и формирование более совершенных механизмов саногенеза [15].

Токи надтональной частоты (ТНЧ), применяемые с рождения, — сравнительно новый метод лечения АД в педиатрии. При воздействии ТНЧ на небольшой глубине (в коже и подкожной клетчатке) образуется легкое тепло, способствующее выраженному противовоспалительному, антиспастическому и противоотечному действию фактора при отсутствии гипотензивного и раздражающего эффектов.

Мягкое седативное действие, вазоактивный эффект и способность улучшать обменно-трофические процессы, свойственные импульсному низкочастотному электромагнитному полю малой напряженности, позволяют использовать инфрита-терапию при всех формах АД у детей с 3-летнего возраста.

Иммуностимулирующим действием, выраженным положительным влиянием на трофику тканей обосновывается применение низкоинтенсивного лазерного излучения инфракрасного и красного диапазонов при лечении АД у детей.

Воздействие на область проекции сосудов (в локтевом сгибе, подколенных ямках), печени, надпочечников и на точки акупунктуры способствует улучшению состояния кожи, у больных с дерматореспираторным синдромом одновременно уменьшаются клинические симптомы бронхиальной астмы [8, 10].

На основании положительного влияния ультразвука на функциональное состояние различных регулирующих систем организма и ферментативную активность, его рассасывающего и противовоспалительного действия показано включение этого метода в комплексную терапию АД, особенно при пролиферативной и смешанной формах заболевания [11].

К числу немедикаментозных методов лечения различных дерматозов, в том числе АД, относится светотерапия: общее или локальное ультрафиолетовое облучение кожи с помощью ртутно-кварцевых ламп, селективная фототерапия (СФТ), фотохимиотерапия. В детской практике наиболее распространена СФТ, терапевтический эффект которой связан с УФА- и УФВ-лучами (280–320 нм). Метод СФТ применяется у детей с пятилетнего возраста, он повышает эффективность лечения и увеличивает продолжительность ремиссии, что существенно отражается на качестве жизни больных АД [17, 18]. Использование светотерапии может уменьшить потребность в топических стероидах и местном применении иммуномодуляторов.

В настоящее время широко применяется более щадящий, мягкий вид светотерапии — поляризованный свет. Установлена высокая эффективность воздействия поляризованным светом при АД у детей с самого рождения: он способствует регрессу кожного воспалительного процесса, уменьшению отека, зуда, эксфолиаций; снижает уровень общего IgE и степень выраженности аллергического воспаления кожи; оказывает мембраностабилизирующее действие на клетки организма; повышает адаптационно-компенсаторные возможности за счет сбалансированности процессов перекисного окисления липидов в мембранах эритроцитов [3].

Данные исследований показали возможность применения селективной хромотерапии синего и зеленого спектров у детей с АД. При направлении селективной хромотерапии синего спектра на проекцию очагов поражения кожи и зеленого — на рефлекторно-сегментарные зоны у детей с АД среднетяжелого и легкого течения в период хронической или подострой фазы уменьшались выраженность объективных симптомов (отека, гиперемии, папулезных высыпаний, корок), площадь поражения кожи, а также интенсивность зуда и нарушения сна [21].

Быстрому регрессу клинических проявлений АД у детей, особенно со среднетяжелым течением заболевания и с младенческой формой, способствует применение динамической электростимуляции. Возникающая в ответ на ритмическую стимуляцию импульсными токами фибрилляция мышц кожи и гладких мышц артериол активизирует процессы разрушения в болевом очаге брадикинина, ацетилхолина, гистамина. В месте воздействия активизируется клеточное дыхание, повышаются защитные свойства тканей. Усиление локального кровотока обеспечивает приток крови к ишемизированным тканям. Уменьшение периневрального отека улучшает возбудимость и проводимость кожных афферентов [6].

На основании проведенных исследований доказана высокая эффективность массажа эластичным псевдокопьящим слоем: при АД он оказывает благоприятное влияние на психоэмоциональное состояние детей, способствует уменьшению кожного воспалительного процесса и сопровождающего его зуда [22].

С противоотечной и противовоспалительной целью успешно применяются ультравысокочастотная терапия, лечебные грязи, парафин и озокерит [20].

Использование для электрофореза антигистаминных препаратов или сернокислой магнезии оказывает гипосенсиби-

лизирующее и противоотечное действие. При этом методе лечебный эффект возникает за счет сочетанного влияния электрического тока и лекарственного препарата, который вводится либо через слизистую носовых ходов, либо по общей методике.

Доказано положительное влияние сухого солевого аэрозоля на динамику клинических симптомов (уменьшение зуда и сухости кожных покровов). Клинические наблюдения выявили выраженные противовоспалительный, гипосенсибилизирующий и иммунокорректирующий эффекты галотерапии [16, 23, 24].

В настоящее время в комплексном лечении АД широкое применение находят методы бальнеотерапии (сероводородные, йодобромные, хлоридные натриевые ванны и др.), имеющие свои особенности, обусловленные своеобразием возрастной реактивности детского организма [5].

Углекислые ванны давно и успешно используются при лечении заболеваний кожи. Наиболее характерными реакциями на депонированный в коже углекислый газ являются кратковременное возбуждение эфферентных нервных окончаний с последующим более длительным торможением, улучшение кровообращения кожи за счет раскрытия нефункционирующих капилляров, ускорение кровотока, снижение возбудимости нервного рефлекторного аппарата кожи и др. Совокупность таких процессов обеспечивает улучшение иммунологических защитных реакций кожи и трофики, ускорение процессов репарации, что способствует регрессу патологических изменений кожи, снижению аллергических реакций на экзогенные и эндокринные аллергены.

Применение более щадящего метода — «сухих» углекислых ванн (СУВ), в которых отсутствует гидростатическое давление воды, оказывает влияние на ЦНС и вегетативную нервную систему, способствуя уравниванию процессов возбуждения и торможения в ЦНС, повышению силы нервных процессов, перестройке вегетативной регуляции деятельности многих систем в сторону парасимпатикотонии. Совокупность местных процессов в коже в сочетании с перестройкой общей иммунологической системы организма обеспечивает важнейшие механизмы лечебного действия, патогенетически обоснованного противовоспалительным и гипосенсибилизирующим эффектами СУВ при АД. Его клиническим выражением являются регрессия воспаления, аллергических проявлений и зуда, а также седативное действие [4, 7, 9].

Сауна в стадиях ранней и поздней ремиссии АД применяется в качестве физического адаптогена. Воздействие на термо- и механорецепторы оказывает влияние прежде всего

на кардиореспираторную и нейроэндокринную системы, изменяя психоэмоциональный тонус и обменные процессы у больного ребенка [12].

ЛФК является одним из несомненных резервных вариантов терапии детей с АД в стадии ремиссии. Она применяется для более быстрого и полноценного восстановления здоровья и предупреждения осложнений заболевания. Занятия ЛФК оказывают общеукрепляющее и десенсибилизирующее действие; улучшают микроциркуляцию и лимфообращение, обмен веществ; регулируют функции ЦНС. Лечебная гимнастика должна быть умеренной и постоянной; увеличение интенсивности нагрузки не рекомендуется, так как при АД повышенная физическая нагрузка может лишь усугубить плохое состояние больного. При разработке комплекса ЛФК, включающего гигиеническую утреннюю гимнастику, индивидуальный цикл занятий, лечебную ходьбу, очень важно правильно организовать выполнение упражнений, а именно акцентировать внимание на пораженных участках кожи, стараясь обеспечить наибольший приток крови к ним посредством физической нагрузки.

Массаж проводится в целях уменьшения зуда без применения наружных лекарственных средств, улучшения обмена веществ в коже и подлежащих тканях, а также активизации кровообращения и лимфотока (классический, сегментарный, точечный).

Комплексы ЛФК и лечебного массажа, дифференцированно разработанные в зависимости от возраста ребенка и клинической формы АД, а также степени расстройств гемореологических параметров, позволяют корректировать сосудисто-трофические процессы, метаболизм клеток кожи, деятельность систем биологической регуляции в целом и в конечном счете повышают компенсаторные возможности организма и предупреждают формирование тяжелых и хронических форм данного заболевания у детей [13].

В комплексной медицинской реабилитации детей с АД важное место принадлежит санаторно-курортному лечению. В период ремиссии показано пребывание в санаторно-курортных организациях, находящихся в климатической зоне пребывания ребенка, а также на климатических, бальнеологических и грязевых курортах, в том числе морских (Анапа, Сочи (Мацеста), Евпатория).


ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Современные технологии физиотерапии, лечебной физической культуры, массажа эффективно применяются в комплексном лечении детей, страдающих атопическим дерматитом, на всех этапах медицинской реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аллергия у детей: от теории к практике / Под ред. Л. С. Назаровой-Барановой. М.: изд-во Союза педиатров России, 2010. 668 с.
2. Аллергология и иммунология: Национальное руководство / Под ред. Р. М. Хаитова, Н. И. Ильиной. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 640 с.
3. Власенко А. В., Лузгина Н. В., Мандзяк Т. В., Долгих В. В. и др. Опыт применения хромотерапии у детей с атопическим дерматитом // Психосоматические и соматоформные расстройства в клинической практике / Под ред. Ф. И. Белялова, В. С. Собенникова, В. В. Долгих. Иркутск, 2013. С. 4–6.
4. Груздев К. Д. Электрофизиологическая характеристика действия углекислых и сероводородных вод на рецепторы сосудов кожи // Вопросы курортологии и физиотерапии. М.: Медицина, 1959. С. 103–108.

5. Ерохина Е. В. Использование магнитного поля и йодобромных ванн в комплексной терапии больных с атопическим дерматитом // Вестн. дерматовенерологии. 1996. № 2. С. 38–40.
6. Казначеев К. С., Казначеева Л. Ф., Дубровина Л. Н., Глухман П. А. и др. Динамическая электронейростимуляция в терапии атопического дерматита у детей // Рефлексотерапия. 2006. № 2. С. 57–59.
7. Казначеева Л. Ф., Массерова В. В., Казначеев К. С., Герасенко Н. В. Клинические особенности течения атопического дерматита у детей при применении «сухих» углекислых ванн // Мать и дитя в Кузбассе. 2011. № 2 (45). С. 17–20.
8. Лазерная терапия и профилактика / Под ред. А. В. Картелишва, А. Г. Румянцев, А. Р. Евстигнеева, А. В. Гейнца, С. В. Усова. М.: Практическая медицина, 2012. 337 с.
9. Массерова В. В., Казначеева Л. Ф. Особенности показателей вегетативной регуляции у больных атопическим дерматитом

- на фоне восстановительного лечения // Сиб. мед. обозрение. 2010. № 5. С. 26–28.
10. Москвин С. В., Наседкин А. Н., Осин А. Я., Хан М. А. Лазерная терапия в педиатрии. М. — Тверь: Триада, 2009. С. 88–99.
 11. Обросов А. Н., Карачевцева Т. В., Ясногородский В. Г., Таланова И. К. и др. Руководство по физиотерапии и физиопрофилактике детских заболеваний / Под ред. А. Н. Обросова, Т. В. Карачевцевой. М.: Медицина, 1987. 384 с.
 12. Огородова Л. М., Пашков В. К., Гонтарская В. М., Пашкова Е. Н. Сауна в лечении детей, больных atopическим дерматитом // Вопр. курортологии, физиотерапии и лечеб. физ. культуры. 2000. № 4. С. 37–39.
 13. Огородова Л. М., Пашков В. К., Пашкова Е. Н., Нагаева Т. А. и др. Влияние лечебной физкультуры на состояние микрогеоциркуляции у детей, больных atopическим дерматитом // Вопр. курортологии, физиотерапии и лечеб. физ. культуры. 2002. № 6. С. 42–43.
 14. Патент СССР № 1167791. Способ лечения нейродермита у детей / Ю. В. Захидов, И. И. Балаболкин, Н. Н. Беспалько, Т. В. Карачевцева. Оpubл. 07.02.1986. Бюл. № 5. 3 с.
 15. Перминова Е. В., Гриднева Т. Д. КВЧ-терапия и инфракрасное излучение в комплексном лечении детей, страдающих atopическим дерматитом // Вопр. курортологии, физиотерапии и лечеб. физ. культуры. 2005. № 2. С. 24–26.
 16. Пономарева В. Н., Фролова М. М. Эффективность галотерапии в комплексе реабилитации при atopическом дерматите у детей // Современные проблемы и перспективы развития региональной системы комплексной помощи ребенку / Под общ. ред. А. В. Грибанова, Л. С. Медниковой. Архангельск: изд-во Помор. гос. ун-та, 2000. С. 204–206.
 17. Проценко Т. В., Милус И. Е. Селективная фототерапия в этапном лечении больных с atopическим дерматитом // Украинский журнал дерматології, венерології, косметології. 2006. № 2. С. 18–20.
 18. Прошутинская Д. В., Харитоновна Н. И., Волнухин В. А. Применение селективной фототерапии в лечении детей, больных витилиго // Вестн. дерматологии и венерологии. 2004. № 3. С. 47–49.
 19. Физиотерапия и курортология / Под ред. В. М. Боголюбова. Кн. III. М.: БИНОМ, 2009. 233 с.
 20. Физическая и реабилитационная медицина / Под ред. Г. Н. Пономаренко. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. С. 575–617.
 21. Хан М. А., Вахова Е. Л., Лян Н. А., Микитченко Н. А. и др. Применение селективной хромотерапии в медицинской реабилитации часто болеющих детей // Доктор.Ру. 2015. № 13 (114). С. 68–73.
 22. Хан М. А., Лян Н. А. Немедикаментозные методы лечения аллергических болезней у детей // Клиническая аллергология детского возраста с неотложными состояниями / Под ред. И. И. Балаболкина, В. А. Булгаковой. М.: МИА, 2011. С. 238–259.
 23. Хан М. А., Рассулова М. А., Червинская А. В., Микитченко М. А. и др. Роль галотерапии в профилактике и медицинской реабилитации детей // Вестн. восстанов. медицины. 2015. № 6. С. 36–42.
 24. Червинская А. В. Возможности галотерапии в санаторно-курортной дерматологии и косметологии // Курорт. ведомости. 2006. № 3 (36). С. 74–75. 

Библиографическая ссылка:

Погонченкова И. В., Рассулова М. А., Хан М. А., Лян Н. А. и др. Современные технологии медицинской реабилитации детей с atopическим дерматитом // Доктор.Ру. 2016. № 12 (129). Часть II. С. 44–47.