

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
Высшего образования « Красноярский государственный медицинский
Университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого » Министерства
Здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. Проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России



Кафедра физической и реабилитационной медицины с курсом ПО
Заведующий кафедрой : ДМН, профессор – Можейко Елена Юрьевна
**Реферат на тему : Физиотерапевтические методы лечения при псориатическом
артрите.**

Выполнил: Клинический ординатор

Сыч Ольга Игоревна

Проверил преподаватель: КМН, Доцент

Зубрицкая Е.М.

Красноярск 2023 г.

Оглавление:

1. Введение
2. Определение
3. Этиология
4. Факторы риска
5. Классификация ПА
6. Синдромы и симптомы заболевания
7. Лечение ПА
8. Физиотерапевтические методы лечения
9. Санаторно-курортное лечение
10. Физиопрофилактика
11. Заключение
12. Список использованной литературы

Введение:

Псориаз - это распространенное хроническое системное заболевание с ярко выраженными кожными проявлениями, которое затрагивает, по данным 2009 года, около 3,5% населения планеты. По сведениям международной организации «Европсо» в 2010 году на планете было зарегистрировано 125 млн. человек с псориазом. В Великобритании в 2005 году было зарегистрировано 7500000 больных псориазом. По данным Национального института здоровья в 2005 году, около 2,2% населения Соединенных Штатов болели псориазом, и около 260000 новых случаев регистрируется каждый год.

Псориатический артрит развивается у каждого пятого больного псориазом и у каждого четвертого — при тяжелом течении болезни. Однозначной связи между тяжестью течения псориаза и развитием болезни пока не установлено. Однако в небольших проведенных исследованиях было показано, что чем больше у пациента очагов псориаза, тем выше риск поражения суставов.

Псориатический артрит может быть в любом возрасте, чаще — у взрослых в 20–60 лет. Женщины и мужчины болеют одинаково часто, но у мужчин чаще происходит поражение позвоночника. У детей псориатический артрит встречается редко, преимущественно до двух лет или в школьном возрасте.

По разным данным, заболеваемость в разных странах составляет от 8 до 100 тысяч человек. Но поскольку болезнь сложно диагностируется, особенно на ранних стадиях, можно предположить, что на самом деле псориатический артрит встречается чаще. В 70% случаев псориаз возникает до поражения суставов и позвоночника. У 20% — одновременно, и лишь у 15–20% воспаление суставов начинается раньше, чем появляются высыпания на коже. От начала поражения кожи до появления изменений со стороны суставов проходит разное время. У одних пациентов это всего 2–4 недели, у других — около 10 лет. Заболевают лица более молодого возраста. ПА развивается через 6–8 лет после начала заболевания псориазом.

Определение:

Псориатический артрит (ПА) — хроническое воспалительное заболевание суставов, ассоциированное с псориазом, которое относится к группе серонегативных спондилоартритов.

Этиология:

1. наследственность,
2. обменные нарушения,
3. патологию внутренних органов,
4. микроциркуляторные изменения,
5. алкоголизм.

У пациентов с псориазом можно выявить признаки нарушений функций центральной, периферической и вегетативной нервной системы, эндокринных желез, иммунологические сдвиги, изменения в обмене веществ. Усугубляющими факторами, влияющими на течение заболевания, являются курение, алкоголизм, избыточный вес, стрессы, тяжелая сопутствующая патология.

Факторы риска неблагоприятного течения псориатического артрита.

1. Мужской пол;
2. Возраст до 30 лет;
3. Ограниченное число пораженных суставов в начале заболевания;
4. Экссудативный, эритродермический и пустулезный псориаз;
5. Увеличение СОЭ на начальной стадии заболевания;
6. Необходимость в активной терапии на раннем этапе развития псориатического артрита;
7. Начало заболевания не с поражения кожи, а с поражения суставов и позвоночника.

Классификация ПА :

1. Асимметричный олигоартрит,
2. Симметричный ревматоидо-подобный полиартрит, серонегативный по ревматоидному фактору,
3. Артрит с преимущественным поражением дистальных межфаланговых суставов,
4. Мутилирующий артрит,
5. Спондилит

Синдромы и симптомы заболевания:

Суставной синдром при псориазе начинается постепенно или остро.

- В начале заболевания повреждаются суставы стоп, возникают кожная гиперемия над суставами, синдром воспалительных явлений,
- В процесс вовлекаются межфаланговые суставы кистей с беспорядочным смещением осей пальцев рук, обусловленным контрактурами, подвывихами, анкилозами.
- Характерны псориатические изменения ногтей — исчерченность и изменение цвета, а также аллергический синдром.

Первым проявлениям поражения суставов предшествуют повышенная утомляемость, бессонница, боли в мышцах (суставно-мышечный синдром), ухудшение аппетита. Еще одна особенность ПА — поражение небольшого числа суставов и асимметричность процесса.

Рентгенологически специфических изменений не выявляют. Костно-суставной аппарат поражается по типу «обезображивающего» остеоартроза. Основные изменения претерпевают мелкие периферические суставы конечностей, в первую очередь дистальные межфаланговые суставы средних пальцев рук. Суставные щели суживаются, появляются дегенеративно-деструктивные изменения в хрящах, разрушаются эпифизарные поверхности костей (гиперпластический синдром). В тяжелых случаях

обширные участки костной ткани подвергаются медленному рассасыванию, могут полностью исчезнуть целые фаланги. Поражение позвоночника при ПА может ничем не отличаться от такового у больных болезнью Бехтерева, но нет строгой последовательности (снизу вверх) вовлечения разных отделов позвоночного столба и имеется односторонний (асимметричный) сакроилеит. Ограничение движений в позвоночнике при псориатической артропатии менее выражено, чем при болезни Бехтерева.

Часто псориатический спондилит протекает бессимптомно. При ПА характерными являются увеличение СОЭ, повышение в крови концентраций С-реактивного белка, серомукоида, мочевой кислоты, α_2 - и γ -глобулинов, иммуноглобулинов всех классов (аллергический синдром). 223 Основные синдромы: воспалительный, болевой, паракератический, суставной.

Лечение ПА:

Лечение больных псориатическим артритом направлено на уменьшение пролиферации синовиальных и периартикулярных тканей, купирование боли, ослабление аллергического компонента воспаления в тканях сустава.

Терапия состоит из специфических препаратов (антибиотиков) и противовоспалительных средств (реопирин, индометацин, бутадион).

Физические методы лечения :

Физические методы лечения назначают после стихания острых воспалительных явлений и применяют для снижения активности воспалительного процесса в суставах (противовоспалительные методы), купирования болевого синдрома (анальгетические методы), уменьшения паракератических проявлений псориаза (фотосенсибилизирующие методы), коррекции иммунной дисфункции (иммуносупрессивные методы), повышения функциональных свойств пораженного сустава (фибромодулирующие методы).

Физиолечение в острый период заболевания:

1. Ультрафонофорез гидрокортизона или преднизолона на пораженный сустав. Интенсивность воздействия 0,2–0,6 Вт/см² , непрерывный режим. Продолжительность воздействия 5–8 мин ежедневно. Курс лечения 12 процедур.
2. Гелий-неоновое лазерное излучение на пораженные суставы. На крупный сустав — плотность потока мощности 0,4–0,6 мВт/см² . Продолжительность воздействия 5–10 мин. На мелкие суставы — плотность потока мощности 2–5 мВт/см² . Продолжительность воздействия 1–3 мин на каждый сустав. Общая продолжительность сеанса 10–15 мин ежедневно. Курс лечения 20 процедур.
3. ИК-лазерное излучение на пораженные суставы. Методика лечения: как при подагрическом артрите. 4. ВИМТ. Методика лечения: как при подагрическом артрите. 5. Нафталановая терапия. Продолжительность воздействия 15–20 мин ежедневно. Курс лечения 12 процедур.

Физические методы лечения больных псориатическим артритом :

- **Противовоспалительные методы:** низкоинтенсивная УВЧ-терапия , ультрафонофорез гидрокортизона , низкочастотная магнитотерапия , высокочастотная магнитотерапия на область надпочечников.

-**Анальгетические методы:** СУФ-облучение в эритемных дозах , транскраниальная электроаналгезия .

- **Фотосенсибилизирующие методы:** ПУВА-терапия, ДУФ-облучение, гелиотерапия. - -

Иммуносупрессивные методы: лекарственный электрофорез иммуносупрессантов

Фибромодулирующие методы: инфракрасная лазеротерапия, пелоидотерапия, радоновые ванны, сероводородные ванны , йодобромные ванны , ультразвуковая терапия , ультрафонофорез пелана.

Противовоспалительные методы:

Высокочастотная магнитотерапия. Под влиянием образовавшегося эндогенного тепла улучшается кровообращение в надпочечниках, паравертебральных симпатических узлах, стимулируется их функция, увеличиваются продукция глюкокортикоидов и их поступление в кровь, активизируется функция симпатико-адреналовой системы. Все это ведет к увеличению свободных глюкокортикоидов и их поступлению к органам и тканям, уплотнению клеточных мембран и уменьшению проницаемости тканевых структур, повышению резистентности организма, подавлению аутоиммунных процессов. Высокочастотная магнитотерапия на область надпочечников у больных псориазом назначается при активизации процесса. Воздействие осуществляют индуктором-кабелем (в виде пояса в 2,5 витка) на область проекции надпочечников для стимуляции глюкокортикоидной функции коры надпочечников. Используют магнитное поле частотой 13,56 и 27,12 МГц, слаботепловую интенсивность с постепенным повышением до тепловой, время воздействия 10—15 мин, ежедневно; курс 10 процедур.

Фотосенсибилизирующие методы:

ПУВА-терапия. При пероральном приеме препаратов фурукумаринового ряда кожа больных сенсibilизируется к ДУФ-излучению, стимулируется синтез меланина. Образовавшиеся С-4-циклобутанфотодобавочные соединения подавляют митозы быстроделющихся клеток дермы и дифференцировку базальных слоев эпидермиса. В результате у больных псориазом возникает пигментация и исчезают бляшки на пораженных участках кожи, стимулируется меланогенез, что приводит к активации синтеза адренокортикотропного и меланинстимулирующего гормонов гипофиза, которые регулируют секреторную функцию надпочечников. Продукты фотодеструкции индуцируют пролиферацию В-лимфоцитов и выделение лимфокинов. Экспонирование продуктов фотодеструкции белков приводит к активации гуморального и клеточного иммунного ответа. После курсового лечения происходит полное восстановление структуры кожи. Облучению подвергают часть или все тело больного. Для лечебного воздействия используют длинноволновое ультрафиолетовое излучение (длина волны 320— 400 нм) с интенсивностью 0,5— 15 х 104 Дж/м2 . ПУВА-терапию начинают с минимальных субэритемных доз (15—25 кДж/м2) и через каждую 2—3-ю процедуру увеличивают на 15 кДж/м2 , доводя до 100— 150 кДж/м2 , через день; курс 20— 25 процедур. Гелиотерапия. Усиление процессов синтеза меланина и миграции клеток Лангерганса в дерму приводит к компенсаторной активации клеточного и гуморального иммунитета. Происходит стимуляция подкорковых центров, усиливаются высшая нервная деятельность и мозговое кровообращение, повышается тонус мозговых сосудов, что оказывает выраженное нейрорегулирующее действие на внутренние органы и ткани.

Фотодеструкция белков в поверхностных слоях кожи активирует синтез урановой кислоты, которая поглощает средневолновые ультрафиолетовые лучи, защищая организм от их проникновения в глубь организма. Меланин в свою очередь предохраняет кожу от дальнейшего распространения инфракрасного излучения. Происходящее в процессе его поглощения усиление теплоотдачи (испарение) препятствует перегреванию организма. Образующиеся в процессе формирования эритемы биологически активные вещества поступают в кровоток и стимулируют клеточное дыхание и репаративную регенерацию различных тканей организма. В процессе курсового воздействия солнечного излучения запуск специфических и неспецифических фотобиологических реакций восстанавливает нормальное соотношение процессов высшей нервной деятельности, что существенно повышает реактивность организма к факторам внешней среды. Процедуры проводят по умеренному и интенсивному режиму (см. приложение 4); курс 12— 24 процедуры.

Фибромодулирующие методы:

Ультрафонофорез пелана 1 сопровождается снижением выведения с мочой оксипролина, содержания в сыворотке крови гексозаминов и активности кислой фосфатазы, что косвенно свидетельствует об улучшении обмена коллагеновых фибрилл и основного межучного вещества соединительной ткани костно-хрящевой системы и других элементов сустава. Под влиянием мази уменьшаются боли в суставах, увеличивается мышечная сила, возрастает объем движений. Воздействуют по 5— 6 мин на два сустава с интенсивностью 0,4—0,6 Вт/см², режим непрерывный или импульсный (в зависимости от выраженности болевого синдрома); курс 15 процедур. Противопоказания: заболевания почек, склонность к кровотечению, нарушения сердечного ритма, обширные кожные высыпания, дерматиты.

Санаторно-курортное лечение :

Больных инфекционными артритам определенной этиологии без признаков активности процесса направляют на бальнео- и грязелечебные курорты: Евпатория, Пятигорск, Нальчик, Саки, Старая Русса, Сочи, Белокуриха, Минеральные Воды, Баллоне, Друскининкай, Евпатория, ИссакАта, Кемери, Пярну, Саки, Славянск, Сергеевка, Яун, Кирилловка, Гопри, Джалал-Абад, Жданов, Иссак-Кульский курортный район, Куяльницкий курорт, Одесская группа курортов, Моллакара, Нарочь, Лебедевка, Лиепая, Миргород, Феодосия, Хаапсалу, Хаджибейский курорт, Чолпон-Ата, Щучинский курорт, Юрмала, Яныкуртан, Аньяно-Терме, Бад-Эльстер, Колобжег, Нишка-Баня, Фратишкови-Лазне.

Противопоказаниями к санаторнокурортному лечению являются:

1. острый псориатический артрит,
2. обширные кожные высыпания,
3. дерматиты.

Физиопрофилактика:

Физиопрофилактика направлена:

- стимуляцию иммунитета (иммуностимулирующие методы),

- уменьшение паракератических проявлений псориаза (фотосенсибилизирующие методы),
- коррекцию иммунной дисфункции (иммуносупрессивные методы),
- повышение функциональных свойств пораженного сустава (фибромодулирующие методы).

Заключение :

Данные методы физиотерапевтического лечения положительно оказывает действия на организм человека. Физиотерапевтическое лечение оказывает обезболивающий, противовоспалительный эффект, улучшает уменьшает признаки воспаления. Таким образом, к настоящему времени накоплен значительный опыт успешного применения методов физиотерапии в комплексном лечении псориаза в т.ч псориатического артрита. Выбор лечебных факторов и использование конкретных методик воздействия определяются выраженностью клинических проявлений, фазой развития заболевания.

Список используемой литературы:

1. Клинические рекомендации «Псориатический артрит». Российское общество дерматовенерологов и косметологов Ассоциация Ревматологов России, 2021.
2. Коротаяева Т. В. Ангиогенез при псориазе и псориатическом артрите: клеточные и гуморальные механизмы, роль в патогенезе и поиск перспективных решений в терапии // Современная ревматология. — 2014. — № 2. — С. 60–64.
3. «Физиотерапия и курортология» под редакцией В.М. Боголюбова том 2,
4. «ПРАКТИЧЕСКАЯ ФИЗИОТЕРАПИЯ» А.А. Ушаков,
5. « Частная физиотерапия» под редакцией Г.Н. Пономаренко