

Gainanova, O.N. Tarbeeva, M.V. Voronin

OZONE THERAPY EFFECT IN THE STATE OF IMMUNITY AND DURATION OF CLINICAL

REMISSION IN CHILDREN WITH ATOPIC DERMATITIS

Кировская государственная медицинская академия

Проведение озонотерапии детям с atopическим дерматитом приводит к нормализации большинства параметров иммунологической реактивности и значительно увеличивает продолжительность клинической ремиссии.

Ключевые слова: дети, atopический дерматит, озонотерапия, иммунитет, ремиссия.

Conduct of ozone therapy to children with atopic dermatitis leads to normalization of most of the indicators of immune reactivity and increases the duration of clinical remission.

Key words: children, atopic dermatitis, ozone therapy, immunity, remission.

Введение

Современное комплексное лечение детей с atopическим дерматитом предусматривает создание гипоаллергенных условий быта и назначение гипо-аллергенной индивидуальной диеты, тщательный лечебно-косметический уход за кожей, использование противовоспалительных и антимедиаторных препаратов, коррекцию нарушенного метаболизма [7, 8, 5, 1, 9]. Но современное комплексное лечение далеко не всегда обеспечивает наступление стойкой и продолжительной клинической ремиссии при atopическом дерматите, что побуждает искать новые методы лечения больных. В последние годы в комплексном лечении целого ряда заболеваний успешно используется озонотерапия, которая обладает противовоспалительным, обезболивающим, дезинтоксикационным, бактерицидным, вируцидным, фунгицидным, антиоксидантным и иммуномодулирующим действиями, активирует метаболизм [6]. В литературе имеются единичные сообщения об эффективности озонотерапии при atopическом дерматите у взрослых лиц [4, 2, 3], но отсутствуют данные о результатах применения её при указанном заболевании у детей. В этой связи мы поставили перед собой цель изучить клинический, иммунокорректирующий и противоревматический эффекты озонотерапии у детей, страдающих atopическим дерматитом.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находилось 67 детей (40 мальчиков и 27 девочек) в возрасте 5-10 лет с распространённым среднетяжёлым atopическим дерматитом (АД), которые были подразделены на две группы в зависимости от характера проводимой терапии. Первой группе больных АД (35 пациентов) проводили комплексное общепринятое лечение. Родителям больных детей давали советы по созданию гипоаллергенных условий быта, пациентам назначали индивидуальную гипоаллергенную диету с исключением из рациона причинно-значимых и облигатных аллергенов, лечебно-косметический уход за кожей с использованием во время ежедневных купаний серии шампуней фридерм (шампуни фридерм-дэготь, фридерм-цинк, фридерм-рН-баланс) или триактивной эмульсии для купания Эмолиум II, а после купания -увлажняющего триактивного крема Эмолиум II, смазывание поражённых участков кожи кремом элоком (1 раз в день в течение 7-10 дней), приём кларитина или зиртека (в течение 2 недель), курсы лечения хилак-форте, линексом и креоном, витаминами А, Е, В5, В6, В15. Второй группе больных АД (32 пациента) назначали в целом такое же комплексное лечение, но вместо наружной глюкокортикостероидной терапии кремом элоком им проводили курс озонотерапии, который состоял в наложении аппликаций с озонированным оливковым маслом на поражённые участки кожи (2 раза в день в течение 15 дней) в сочетании с ректальными инфузиями озонородной смеси, которые проводились через день (все по 8 сеансов). Производство озона осуществлялось при помощи синтезатора «А-с-ГОКСф-5-05-ОЗОН» (изготовитель: ОАО «Электромашинностроительный завод «ЛЕПСЕ», г. Киров). Аппликации озонированным оливковым маслом проводились при концентрации озона 20 мг/л. Лечебная доза озона составляет 75 мкг на 1 кг массы тела при указанной концентрации озона. Объём озонородной смеси на каждую ректальную инфузию рассчитывали по формуле: масса тела (кг) x 75 Средний объём озонород-

ной смеси на одну ректальную инфузию составлял 70 мл, средний объём озонородной смеси на один курс - 560 мл. Первый курс озонотерапии начинали больные второй группы в первые 1-2 дня наблюдения, второй курс озонотерапии - через три месяца. Никаких осложнений и побочных реакций у пациентов, получавших комплексное лечение в сочетании с озонотерапией, не возникало.

Для оценки состояния иммунитета у больных АД через 18-20 дней от клинической ремиссии) определяли содержание CD3-, CD4-, CD8-, HLA-D крови методом непрямой иммунофлюоресценции с использованием ЛТ4, ЛТ8, МКА HLA-DR, ЛТ16 и ЛТ20, содержание иммуноглобулинов методом радиальной иммунодиффузии с использованием моноспецифических антисывороток и

Составили авторский список литературы

ПОДБОР ЛИТЕРАТУРЫ

Похожие диссертации на Влияние озонотерапии на уровни бисаминов слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки и показатели иммунитета

	<p>Влияние озонотерапии на уровни бисаминов слизистой оболочки желудка и показатели иммунитета при бронхитальной астме</p> <p>Боснищана Наталья Викторовна</p>		<p>Влияние ингаляционной смеси и терапии на показатели иммунитета и воспалительской активности больных паразитом</p> <p>Кулушгина Елена Анатольевна</p>
	<p>Влияние диетотерапии с использованием салмор-затиминного продукта SUPRO 2725 на некоторые показатели гуморального иммунитета у больных с синдромом мальабсорбции</p> <p>Алдиярова, Малика Абдулжаппаровна</p>		<p>Патофизиологический эффект приема слизистой оболочки желудка в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки</p> <p>Ушадлик Дмитрий Степанович</p>
	<p>Регулярности изменений уровня неоптерина и некоторых показателей иммунитета у пациентов со злокачественными опухолями</p> <p>Ринчинов Зорихто Цэбисжапович</p>		<p>Состояние иммунитета и некоторые показатели воспаления у пациентов с паразитарной болезнью</p> <p>Канева Ольга Антоновна</p>
	<p>Состояние показателей неспецифического иммунитета и тромбозной звена гемостаза у больных с желудочно-кишечными кровотечениями язвенной этиологии и их коррекция (клиническое исследование)</p> <p>Крижановский, Александр</p>		<p>Влияние дозы и длительности приема на эффективность лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки</p> <p>Ушадлик Дмитрий Степанович</p>
	<p>Патофизиологические аспекты некоторых показателей эндотелио-интоксикации и иммунитета при ожоге на фоне применения триацата и эмксарина</p> <p>Ольхова Наталья Владимировна</p>		<p>Состояние иммунитета и некоторые показатели воспаления у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки при полипозном поражении</p> <p>Ушадлик Дмитрий Степанович</p>

[Правила оказания услуг](#) | [Отчисления автора](#)

[Скачать диссертации и авторефераты бесплатно](#) | [Предоставить загрузку диссертаций](#)

[Математика](#)
[Химия](#)
[Геология](#)
[Военные](#)
[Экономика](#)
[Филология](#)
[Право](#)
[Педагогика](#)
[Ветеринария](#)
[Архитектура](#)
[Биология](#)
[История](#)
[Философия](#)
[Техника](#)
[Искусство](#)
[Биология](#)
[Физика](#)
[Медицина](#)
[Политика](#)

© 2007-2018 Электронная библиотека диссертаций dslib.net

сравнении связанных групп с помощью рангового критерия Вилкоксона. Различия во всех случаях считали статистически значимыми при $p < 0,05$. Результаты и обсуждение При поступлении у больных всех групп отмечали умеренный лейкоцитоз в пределах $(12,71 \pm 6,49) 10^9$ /л. Уровень гликированного гемоглобина у больных сахарным диабетом не имел различий в группах и составлял в среднем $7,95 \pm 1,78\%$. Значимое снижение общего количества лейкоцитов периферической крови больных было достигнуто только к 12-м суткам послеоперационного лечения. Уровень ИЛ-6 в крови больных сахарным диабетом разных клинических групп при поступлении значимо не различался (табл. 2). К 12-м суткам стационарного лечения среднее содержание ИЛ-6 уменьшилось в 1,69 3,04 раза во 2-4-й группе, достигнув минимального уровня в 4-й группе $0,53 (0,19; 0,72)$ нг/мл ($p < 0,001$). Вместе с тем значимых различий показателя в динамике лечения больных разных групп не зарегистрировано: оптимальное значение ИЛ-6, достигнутое в 4-й группе, в 2,94 раза превышало среднефизиологический уровень ($p = 0,018$). Содержание ИЛ-8 при поступлении больных сахарным диабетом в 161,43 186,93 раза превышало показатели в группе условно здоровых лиц (см. табл. 2), а в динамике определялось характером и объемом проводимой терапии. Так, на фоне базисного лечения значимых изменений уровня ИЛ-8 к 12-м суткам не произошло ($p = 0,816$), в то время как дополнительное использование озono-кислородной смеси для местной санации ран способствовало практически двукратному уменьшению содержания интерлейкина ($p = 0,015$). Комбинированное использование локальной и системной озонотерапии позволило уменьшить концентрацию ИЛ-8 в 14,38 раза по сравнению с исходным значением 65

4 Таблица 2. Динамика содержания провоспалительных интерлейкинов: средний показатель в группе условно здоровых лиц. В послеоперационном периоде на фоне проведения комплексной терапии у больных 2-й и 3-й групп наблюдалось снижение содержания оФрф ($p = 0,032$, $p = 0,010$ соответственно) в отличие от такового у больных 4-й группы, у которых отмечен стабильно высокий уровень продукции оФрф. Полученные результаты подтверждают приводимые в литературе сведения о дисбалансе цитокинов как одном из ключевых факторов, ингибирующих репаративные процессы на фоне сахарного диабета. Местные мероприятия в виде хирургической обработки, некрэктоми, последующей локальной санации гнойных ран, в том числе с применением озono-кислородной смеси, способствуют снижению концентрации лишь некоторых медиаторов воспаления и не способны блокировать их подавляющее влияние на уровень системной продукции оФрф. нами изучена динамика клинических показателей активности раневого процесса у больных всех групп (табл. 4). Отмечено, что по сравнению с больными, не страдающими сахарным диабетом, у больных 2-й группы на фоне базисного лечения длительные провоспалительные интерлейкины 1-я (доноры) ИЛ-6, нг/мл $0,18 (0,12; 0,48)$ Группа 2-я 3-я 4-я сутки нулевые 12-е нулевые 12-е нулевые 12-е $1,32 (0,81; 2,49)$ $0,78 (0,22; 1,32)$ $1,52 (1,10; 2,20)$ $0,61 (0,22; 0,85)$ $1,61 (1,14; 3,89)$ $0,53 (0,19; 0,72)$ $p < 0,005$, $< 0,005$, $= 0,018$, $= 0,386$, $= 0,278$, $= 0,201$, $= 0,018$, $= 0,005$, $= 0,655$, $= 0,341$, $= 0,194$ ИЛ-8, нг/мл $0,14 (0,11; 0,29)$ $25,30 (12,47; 26,03)$ $24,96 (12,36; 27,67)$ $22,60 (12,36; 25,63)$ $12,41 (9,30; 15,87)$ $26,17 (12,58; 28,94)$ $1,82 (0,42; 2,90)$ $= 0,633$, $= 0,710$, $= 0,636$, $= 0,816$, $= 0,015$, $= 0,008$, $= 0,001$, $< 0,001$ Примечание. Здесь и в табл. 3 и 4; и далее вероятность ошибки при сравнении показателей, приведенных в колонках с соответствующими номерами. ($p < 0,001$), при этом достигнутый показатель отличался от аналогичного во 2-й ($p < 0,001$) и 3-й группах больных ($p = 0,001$). Концентрация противовоспалительного ИЛ-10 в крови больных сахарным диабетом 2-го типа, поступивших с инфекционными заболеваниями мягких тканей, в 21,09 27,18 раза превышала среднефизиологическое значение ($p < 0,001$; табл. 3). На фоне проведения комплексного лечения содержание ИЛ-10 снизилось во всех клинических группах, но наиболее значимо в 4-й $0,35 (0,17; 0,88)$ ($p = 0,001$), максимально приблизившись к условно нормальному значению. При поступлении у всех больных сахарным диабетом отмечен низкий уровень ФНО- α в периферической крови, который в динамике характеризовался тенденцией к еще большему снижению независимо от характера проводимой терапии. Различия показателей, достигнутых в группах к 12-м суткам стационарного лечения, не имели статистической значимости. Исходный уровень системной продукции оФрф у больных с гнойными заболеваниями мягких тканей на фоне сахарного диабета значимо превышал 66

5 Таблица 3. Динамика содержания ИЛ-10, ФНО- α и оФрф Группа 2-я 3-я 4-я сутки нулевые 12-е нулевые 12-е нулевые 12-е Показатель 1-я (доноры) p ИЛ-10, пг/мл $0,11 (0,06; 0,13)$ $2,81 (1,96; 3,89)$ $0,56 (0,23; 1,23)$ $2,32 (0,83; 3,03)$ $0,91 (0,41; 1,32)$ $2,99 (1,42; 4,52)$ $0,35 (0,17; 0,88)$ $= 0,005$ $= 0,024$ $= 0,379$ $= 0,452$ $= 0,738$ $= 0,003$ $= 0,014$ $= 0,001$ $= 0,538$ $= 0,048$ $= 0,112$ ФНО- α , нг/мл $44,41 (39,44; 63,93)$ $2,06 (1,32; 2,49)$ $2,02 (1,05; 2,27)$ $1,87 (1,09; 2,10)$ $1,06 (1,00; 2,04)$ $1,93 (1,08; 3,63)$ $1,51 (1,01; 2,53)$ $= 0,350$ $= 0,797$ $= 0,839$ $= 0,911$ $= 0,623$ $= 0,599$ $= 0,099$ $= 0,369$ $= 0,279$ оФрф, нг/мл $19,62 (17,32; 21,71)$ $24,11 (19,80; 33,16)$ $17,51 (14,93; 19,83)$ $26,21 (19,65; 29,98)$ $15,91 (14,23; 18,72)$ $23,84 (17,30; 28,33)$ $25,53 (20,35; 27,44)$ $= 0,046$ $= 0,597$ $= 0,023$ $= 0,056$ $= 0,048$ $= 0,029$ $= 0,835$ $= 0,671$ $= 0,920$ $= 0,032$ $= 0,010$ $= 0,834$ $= 0,858$ $= 0,001$ но сохранялся болевой синдром, присутствовали признаки перифокального воспаления, в последующем затягивались сроки появления грануляционной ткани и заполнения ею ран ($p < 0,001$). Дополнительное включение в комплекс послеоперационных лечебных мероприятий санации ран озono-кислородной газовой смесью у больных 3-й группы способствовало раннему купированию болей и исчезновению отека, сокращению времени появления единичных грануляций. При этом на фоне сравнительно быстрого достижения фазы регенерации длительность ее до заполнения зрелой грануляционной тканью оставалась большой, как и общие сроки подготовки ран к оперативному закрытию. В 4-й группе комбинированное применение эффективного способа послеоперационной локальной санации ран, а также системной аутогемотерапии с озоном позволило