

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

**КЫРГЫЗСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ИНСТИТУТ АКУШЕРСТВА И ПЕДИАТРИИ**

На правах рукописи

КУДАЯРОВ БАКЫТБЕК ДУЙШЕЕВИЧ

**РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ
ДЕРМАТИТОМ, В УСЛОВИЯХ ГОРНО-МОРСКОГО КЛИМАТА
ОЗЕРА ИССЫК-КУЛЬ**

14.00.09 – Педиатрия

**Автореферат
диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских
наук**

Бишкек – 1999

Работа выполнена в Кыргызском научно-исследовательском институте акушерства и педиатрии

Научные руководители: доктор медицинских наук
О.Ж. Узаков

кандидат медицинских наук,
старший научный сотрудник
Б.Т. Тулебеков

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук,
профессор Ж.Б. Испаева

доктор медицинских наук
Ш.К. Батырханов

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Одно из ведущих мест в педиатрии занимает проблема аллергических заболеваний. Распространенность аллергических заболеваний среди детей достигла 10-15% и наблюдается дальнейшее увеличение случаев с тяжелым течением болезни (*И.И. Балаболкин, 1998; I. Annesi, 1994; B. Kjellman, 1994; B. Wuthrich, 1996*).

К числу наиболее распространенных аллергических заболеваний относится атонический дерматит (*К.Н. Суворова, 1989; А.Д. Адо, 1990; Л.Ф. Казначеева, 1998; В.В. Яздовский, 1998*). Устойчивая тенденция роста аллегодерматозов среди детей отмечается в последние десятилетия и, несмотря на отсутствие полных данных, отчетливо определяется их высокий уровень во всем мире (*Р.Х. Бурнашева, 1992; Р.Х. Зверькова, 1992; Н.П. Торопова, 1993; И.И. Балаболкин, 1995; Л.Ф. Казначеева, 1999; Y. Yamashita, 1992; S. Matsunobgu, 1992*).

Хронически рецидивирующее течение атонического дерматита, нарастание частоты тяжелых форм и недостаточная эффективность терапии определяют актуальность данной проблемы (*Ю.К. Скрипкин, 1987; Н.П. Торопова, 1997; Z. Businco, 1989*). Особенно это характерно для экологически неблагоприятных территорий: уровень заболеваемости там выше, а сами клинические проявления аллергии имеют рецидивирующий характер. У больных детей отмечается сочетание различных форм аллергии и большое число сопутствующих заболеваний (*М.Я. Студеникин, 1994; У.Т. Бейсебаева, 1997; В.В. Сидоров, 1997; Г.О. Абуова, 1998; Г.Т. Нажимидинова, 1998; Г.И. Смирнова, 1999; S. Hurwitz, 1993*).

Вышеупомянутые обстоятельства требуют углубленной разработки новых эффективных способов профилактики и лечения аллегодерматозов, в том числе основанных на применении природно-климатических факторов.

Санаторно-курортное лечение – высокоэффективный метод терапии больных хроническими дерматозами (*В.А. Гребенников, 1992; В.В. Сидоров, 1997; С.Д. Тарнуева, 1998; Н. Morinaga, 1988*), и является одним из основных этапов реабилитации (*Р.И. Сепиашвили, 1992*).

Благоприятное влияние среднегорно-морского климата оз.Иссык-Куль на течение различных заболеваний бронхолегочной системы, в том числе дермореспираторных форм проявлений аллергии и бронхиальной астмы, установлены исследованиями ряда авторов (*Н.А. Ахметова, 1983; Л.М. Живоглядова, 1983; Г.И. Рыжикова, 1983; А.Б. Фуртикова, 1983; О.Ж. Узаков, 1991*).

Все вышесказанное и явилось предпосылкой для проведения исследования, совершенно не изученных, воздействий среднегорно-морского климата оз.Иссык-Куль (1770 м над уровнем моря) на организм детей больных атопическим дерматитом (АД).

Работа явилась фрагментом комплексного исследования, включенного в государственную программу «Разработать программы этапной реабилитации детей, больных кожными проявлениями аллергии (КПА), в условиях горно-

морского климата оз.Иссык-Куль», № гос. регистрации – 00001012.

Цель исследования: определить механизмы и направленность влияния горно-морского климата на организм детей больных атопическим дерматитом для совершенствования методов их реабилитации.

Задачи исследования:

- Изучить динамику клинического состояния детей с проявлениями атопического дерматита в процессе пребывания на побережье оз.Иссык-Куль.
- Изучить показатели иммунологического статуса у детей с атопическим дерматитом в процессе лечения в условиях среднегорно-морского климата.
- Исследовать направленность изменений показателей гормональной системы, интенсивности перекисного окисления липидов в процессе адаптации к горно-морским условиям оз.Иссык-Куль.
- Провести оценку отдаленных результатов эффективности среднегорно-морской климатотерапии у детей, больных атопическим дерматитом, с последующей разработкой методических рекомендаций для практического здравоохранения.

Научная новизна. Установлено, что при атопическом дерматите у детей в условиях низкогорья (г.Бишкек, 760 м над уровнем моря) отмечается снижение глюкокортикоидной функции надпочечников, повышение активности щитовидной железы, интенсификация процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ), напряжение Т-клеточного звена иммунитета, повышение уровня IgE.

Впервые доказано благоприятное действие среднегорно-морского климата оз.Иссык-Куль на клиническое течение АД у детей, при этом, уже с раннего периода адаптации (3-4 сутки) отмечается повышение уровня кортизола и гормонов тироидного профиля в сочетании со снижением активности процессов ПОЛ на фоне повышения ферментативной антиоксидантной защиты (АОЗ).

Изменение показателей иммунного статуса у детей с АД, в процессе адаптации к условиям среднегорно-морского климата оз.Иссык-Куль, характеризовалось угнетением Т- и В-клеточного звеньев иммунитета.

Определено, что пребывание детей с АД в условиях среднегорно-морского климата сопровождается неспецифическим гипосенсибилизирующим эффектом, что подтверждается снижением уровня IgE и циркулирующих иммунных комплексов.

Включение в комплексную терапию, в качестве адаптогенного средства, витамина «Е» позволяет оптимизировать процесс адаптации к условиям среднегорно-морского климата оз.Иссык-Куль, что подтверждается стабилизацией функциональной активности коры надпочечников, нормализацией уровней гормонов тироидного профиля и ряда показателей иммунного статуса детей больных АД.

Практическая ценность работы. Научно обоснована эффективность среднегорно-морской климатотерапии atopического дерматита у детей, в связи с чем, целесообразно в комплекс восстановительного лечения АД включать среднегорно-морскую климатотерапию на побережье оз.Иссык-Куль.

Детям, больным atopическим дерматитом, при проведении санаторно-курортного лечения в условиях горно-морского климата оз.Иссык-Куль, показано назначение витамина «Е», в течение 10 дней в возрастных дозировках.

Проведенные исследования позволяют рекомендовать определение активности процессов перекисного окисления липидов, показателей системы антиоксидантной защиты, содержания кортизола, уровня гормонов тироидного профиля для оценки тяжести течения atopического дерматита, а также в целях контроля за эффективностью лечения и дифференцированного подхода к назначению антиоксидантов.

Основные положения, выносимые на защиту:

Динамика клинико-лабораторных показателей у детей, больных АД, в условиях низкогорья и в процессе среднегорно-морского климатолечения на побережье оз.Иссык-Куль.

Назначение адаптогенов в период пребывания больных детей с АД в условиях горно-морского климата позволяет оптимизировать процесс адаптации и повысить эффективность лечения.

Внедрение. Изданы методические рекомендации «Атопический дерматит у детей (клиника, диагностика, лечение и профилактика)» (Бишкек, 1998г.), апробация и внедрение которых проведены в отделении аллергологии и клинической иммунологии, в консультативной поликлинике Кыргызского научно-исследовательского института акушерства и педиатрии (КНИИ А и П), среди врачей г. Бишкек и Чуйской области.

Материалы диссертации включены в учебный курс для студентов кафедры педиатрии Кыргызской медицинской академии и врачей-курсантов цикла усовершенствования РЦНП и ФР.

Материалы диссертации обсуждены: на IV международном конгрессе «Иммунореабилитация и реабилитации в медицине», проходившей в г.Сочи (Россия, 1998); на научно-практической конференции «Современные принципы диагностики и терапии аллергических заболеваний у детей», г.Бишкек (Кыргызская Республика, 1998).

Объем и структура диссертации. Работа состоит из введения, обзора литературы, 3 глав с изложением собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Диссертация иллюстрирована 18 таблицами, 10 рисунками. Библиография включает 177 источников отечественной и 90 зарубежной литературы. Материал изложен на 135 страницах машинописного текста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

В основу работы положены клинические и лабораторно-инструментальные исследования у 112 детей, страдающих атоническим дерматитом в возрасте от 6 до 14 лет. Подавляющее число обследуемых составляли жители г. Бишкек (75.4%), остальные дети также проживали в основном на территории Чуйской области (24.5%), и только 3.5% детей составляли жители других областей республики. Среди обследуемых детей преобладали девочки – 58.0%, мальчики составили – 42.0%.

Клиническая часть работы выполнена в отделении аллергологии и клинической иммунологии КНИИ А и П. Исследования иммунологических показателей, данных гормонального гомеостаза, интенсивности процессов ПОЛ были проведены в лаборатории иммунологии КНИИ А и П.

Изучение механизмов и направленности влияния горно-морского климата на организм детей с проявлениями атонического дерматита, проводилось в экспедиционных условиях на базе детского оздоровительного комплекса «Ак-Куу», расположенного на северном побережье оз. Иссык-Куль. Общая продолжительность пребывания детей, больных АД, в условиях горноморского климата составляла 24-25 дней. Весь период климатолечения больным детям какой-либо медикаментозной терапии, по поводу АД, не проводилось, в единичных случаях проявления дизадаптивных явлений (головная боль, головокружение), симптомы астеноневротического синдрома купировались назначением (до 2-3 дней) симптоматических средств.

Обследование больных проводилось в динамике четырехкратно: 1) фоновое обследование в условиях низкогорья; 2) на 3-4 сутки адаптации к среднегорно-морскому климату; 3) на 19-20 сутки адаптации и климатолечения; 4) в отдаленные сроки деадаптации на 1-12 месяцы. Катамнестическое наблюдение было проведено у 58 больных детей в течение года.

В качестве адаптогенного средства, с 3-4 суток адаптации (после проведения первого клинико-лабораторного обследования на побережье оз. Иссык-Куль), отдельной группе детей (37 человек) назначался 50% маслянный р-р витамина «Е» в капсулах (по одной капсуле дважды в день, в течение 10-12 дней).

При постановке клинического диагноза была использована рабочая классификация атонического дерматита у детей, предложенная В. А.Ревякиной (1993г.), Изучение клинического течения АД у детей проводилось путем заполнения специально разработанной исследовательской карты, включающей все этапы последовательного обследования ребенка: сбор анамнеза, объективное исследование, обще клинические, иммунологические, биохимические исследования, установление диагноза.

Для уточнения морфофункционального состояния органов пищеварения проводили эзофагогастродуоденоскопию, эхографическое исследование печени, желчевыводящих путей. По показаниям больные были консультированы врачами специалистами (оториноларингологом, стоматологом и другими).

Иммунный статус оценивался по результатам комплексной иммунограммы, включающей 30 показателей: индекс сдвига лейкоцитов крови (ИСЛК) (Н.И. Яблучанская и соавт., 1983); количество Т-лимфоцитов и их субклассы, количество В-лимфоцитов (В.П. Лозовой, В.С. Кожевников и др., 1986); иммуноглобулины классов А, М, G, (G. Manchini et al, 1965). Уровень общего IgE в сыворотке крови больных, исследовали методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием моноклональных антител тест набора фирмы Labodia – Хема (Швейцария).

Радиоиммуноферментный анализ концентраций кортизола, трийодтиронина (Т₃), тироксина (Т₄), тиротропного (ТТГ) гормонов, в сыворотке крови больных детей, проводился с использованием специфических иммуноферментных наборов «Delfia» фирмы «LKB – фармация» (Финляндия), наборы (стерон – К – J¹²⁵ М, рино – Т₃ – J , рино – Т₄ – J¹²⁵) реактивов института биорганической химии АН Республики Беларусь.

Определение фермента каталазы проводили методом М.А. Королюка с соавторами (1988). Принцип метода основан на способности перекиси водорода образовывать с солями молибдата аммония стойкий окрашенный комплекс.

Определение продуктов перекисного окисления липидов в сыворотке крови осуществляли по методу В.Б. Гаврилова, М.И. Мишкорудного (1983). Принцип метода основан на интенсивном поглощении конъюгированных диеновых структур. На основании полученных результатов рассчитывался окислительный индекс (ОИ), представляющий отношение гидроперекисей к общим липидам (ГПЛ/ОЛ).

Полученный материал обработан общепринятым вариационно-статистическим методом, с вычислением следующих основных величин: средней арифметической (М), ошибки средней арифметической (m), вычисление достоверности и оценка вероятности (Р) по распределению Стьюдента. Обработка проводилась на персональном компьютере IBM PC/AT – 486 с помощью статистической программы «АРТ – статистика».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У подавляющего числа обследованных нами больных диагностировалась пролиферативная форма АД – 91.9% случаев, и лишь у 8.0% (9 человек) отмечалась смешанная форма АД. В фазе обострения АД 30.3% детей, подострый период был у 55.3% больных, и в периоде ремиссии заболевания – 14.3%.

Легкое течение локализованной формы АД с явлениями пролиферации имели 48.2% обследованных детей, 25.9% детей среднетяжелое течение, 16.0% – тяжелое течение. И только у 2 больных (1.8%), пролиферативная форма АД носила распространенный характер. Клиническая картина кожного процесса при обострении была типичной для данного аллергодерматоза.

Проведенный нами ретроспективный анализ факторов риска развития аллергических реакций подтвердил известный факт о наличии наследственной предрасположенности к ним (Т. С. Соколова, 1977, И.И. Балаболкин, 1979, А.А.

Студеницин, 1979, Н.В. Шатилова, 1980, О.А. Притуло, 1991, В.В. Сидоров, 1997, В.В. Яздовский, 1998).

Отмечено наличие отягощенного семейного аллергоанамнеза у детей, больных атоническим дерматитом, в 59.0% случаев, причем чаще по линии матери – 61.5%, реже по отцовской линии – 15.4%, наличие различных аллергических заболеваний с обеих сторон отмечено в 23.0% случаев. Только 41.6% обследованных детей находилось на грудном вскармливании год и более, до 9 мес. – 12.5%, до полугода – 12.5%, и до 3 мес. – 33.3%. Из всех больных первые кожные высыпания, в виде проявлений аллергического диатеза, на первом году жизни были отмечены у 82.2% больных, на втором – у 4.4%, на третьем – у 11.1%, после третьего года – у 2.2%. До 60.7% родителей указывали на связь возникновения дерматита в этом периоде с переходом на искусственное вскармливание, включением в рацион питания ребенка различных детских смесей, или употреблением «аллергизирующих» продуктов, как самим ребенком, так и кормящей матерью.

Проведенное эндоскопическое обследование у 39 больных детей показало патологические изменения со стороны слизистой желудка. Неизменная слизистая была диагностирована в 31.0% случаев, остальные 69.0% обследованных детей имели патологические изменения – от поверхностного гастрита (46.0%) вплоть до эрозий, атрофических изменений слизистой желудка (5.0%). Детальный анализ данных эндоскопического обследования детей с учетом длительности заболевания АД, при делении обследованных больных на две возрастные группы (I группа – дети от 6 до 10 лет, во II группе – дети с 11 до 14 лет), выявил снижение доли показателя неизменной слизистой желудка с 37% до 25% случаев во II-ой группе. Вместе с тем, в этой же группе отмечено увеличение случаев патологических изменений слизистой, таких как поверхностный гастрит (с 42.0% до 50.0% случаев), гипертрофический гастрит (с 16.0% до 20.0% случаев).

При анализе результатов содержания гормонов – T_3 , T_4 , ТТГ и кортизола в крови детей, больных АД, в условиях низкогорья было отмечено понижение уровня кортизола (361.0 ± 12.28 нмоль/л) до сравнению с группой здоровых детей ($P < 0.01$), параметры тироксина оказались достоверно выше у детей с проявлениями АД ($P < 0.01$), концентрация трийодтиронина и уровень ТТГ у больных детей не имели достоверного отличия, хотя и были несколько выше уровня соответствующих гормонов тироидного профиля здоровых детей.

По возрастному критерию (I и II группы) достоверных отличий в уровнях изучаемых гормонов отмечено не было.

В целом, представленные данные свидетельствуют о снижении функции коры надпочечников на фоне параллельно возникающей интенсификации деятельности щитовидной железы. Эти изменения, по-видимому, следует расценивать как реакцию адаптации, направленную на стимуляцию пролиферативных процессов и формирование уровня функционирования коры надпочечников, способствующего замедлению процессов её истощения и сохранению резервных возможностей организма.

Несмотря на многочисленные исследования в области иммунологической

реактивности у детей с АД сведения о клеточном, гуморальном иммунитете и факторах неспецифической защиты детей, больных атоическим дерматитом, далеко неоднозначны. По результатам наших исследований было отмечено, что в условиях низкогорья для детей с АД обеих возрастных групп характерна гиперреактивность Т-клеточного звена иммунитета, что подтверждается увеличением зрелых- и суммарного количества Т-клеток. Изменения Т-клеточного звена иммунитета, по-видимому, следует расценивать как ответную реакцию на воспалительный процесс аллергического генеза.

Примечателен факт достоверно более низкого содержания малодифференцированных В-клеток ($P < 0.02$) в «младшей» возрастной группе больных детей.

Индекс сдвига лейкоцитов крови был достоверно выше, по сравнению с контрольной группой ($P < 0.01$), что свидетельствует о понижении доли мононуклеаров в общей популяции лейкоцитов у больных детей.

Увеличение почти в два раза у больных детей по сравнению со здоровыми количества розеткообразующих клеток с аутологичными эритроцитами ($P < 0.01$), представляющими поеттимические Т-клетки, а также аналогичная закономерность обнаруженная при оценке предшественников Т-клеток, не экспрессирующих Е-рецептор ($P < 0.05$), видимо, является отражением активизации тимуса, на фоне функционально сниженной деятельности коры надпочечников, имеющей отрицательное взаимоотношение с ним.

Содержание сывороточных IgA, IgM, достоверно не отличалось от показателей здоровых детей, но отмечен высокий уровень IgG ($P < 0.05$).

Ведущим звеном аллергии является избыточное образование IgE (Г.И. Смирнова, 1998, L. Bernstein, 1995). Полученные данные о высокой концентрации общего IgE, являющиеся диагностическим показателем АД, подтверждают аллергический характер заболевания обследованных детей (704.02 ± 32.59 МЕ/мл, $P < 0.01$).

Уровень начальных продуктов перекисидации липидов (гидроперекисей липидов) в сыворотке крови детей с АД существенно выше ($P < 0.01$), региональных показателей здоровых детей (А.О. Атыканов с соавт., 1988). Содержание диенкетон (ДК) и каталазы, фермента антиоксидантной защиты, не отличалось от нормативных показателей.

Перед проведением климатолечения большинство больных было госпитализировано и получило необходимую терапию в стационарных условиях. К моменту отправки на побережье оз. Иссык-Куль лишь у 8.1% детей сохранялись признаки обострения АД, подострый период имело 64.3% больных и в периоде ремиссии заболевания – 27.6%.

С первых дней пребывания на побережье оз. Иссык-Куль (3-4 сутки) у наблюдаемых нами детей отмечалось достоверное повышение, по сравнению с фоновыми данными, концентрации кортизола в крови ($P < 0.01$) свидетельствующее об активизации глюкокортикоидной функции надпочечников (таблица 1).

Таблица 1

Концентрация гормонов (Т₃, Т₄, ТТГ, кортизол) в крови у детей, больных атопическим дерматитом, в процессе адаптации к среднегорно-морскому климату

Период обследования	Статист. показатель	Кортизол (нмоль/л)	Т ₃ (нмоль/л)	Т ₄ (нмоль/л)	ТТГ (нмоль/л)
Фоновые данные	M±m n	361.00±12.28 62	1.92±0.094 46	124.28±5.14 48	2.35±0.150 38
3-4 сутки адаптации	M±m n	635.90±20.09 62	1.43±0.082 57	140.70±4.95 58	1.90±0.124 55
19-20 сутки адаптации	M±m n	715.00±21.60 24	2.39±0.142 24	142.30±6.23 30	184±0.258 14
P ₂₋₁		0.01	0.01	0.05	0.05
P ₃₋₁		0.01	0.02	0.05	
P ₃₋₂		0.02	0.01		

Примечание (здесь и далее):

M±m – средняя арифметическая и средняя ошибка средних;

n – число наблюдений;

P₂₋₁ – наличие достоверного отличия (P<0.05, 0.02, 0.01), на 3-4 сутки адаптации по отношению к фоновым данным;

P₃₋₁ – наличие достоверного отличия (P<0.05, 0.02, 0.01), на 19-20 сутки адаптации по отношению к фоновым данным;

P₃₋₂ – наличие достоверного отличия (P<0.05, 0.02, 0.01), на 19-20 сутки адаптации по отношению к раннему периоду (3-4 сутки) адаптации.

Отмечалось достоверное уменьшение трийодтиронина (P<0.01), в крови больных детей, видимо явившееся результатом снижения тиротропной функции ТТГ, снижение самого ТТГ (P<0.05) расценивалось как следствие отрицательной связи с уровнем кортизола и его непосредственным угнетающим воздействием на секрецию тиротропина (М.И. Балаболкин, 1989). Вместе с тем, концентрация тироксина, гормона представляющего уровень активности щитовидной железы, в этот период была повышена (P<0.05).

Вышеотмеченная динамика изменения взаимоотношений исследуемых гормонов является отражением адаптационной стресс реакции, одним из проявлений которой является усиление функциональной активности гипофизарно-тиреоидно-надпочечниковой системы (Г. Селье, 1977).

Следует отметить, что активация глюкокортикоидной функции надпочечников сопровождалась неоднородным увеличением концентраций кортизола в крови больных АД в ранний период адаптации. Детальный анализ динамики исследуемого гормона выявил широкий диапазон повышения уровня кортизола у детей, от 17.5% до 215.0%, причем, нами не была установлена зависимость от полового и возрастного признаков.

У детей с легким течением АД уровень кортизола, в ответ на адаптационно-стрессовую реакцию, увеличивался в среднем на 111.0%, и имел индивидуальный диапазон степени повышения от 65.0% до 215.0%. В то время как у детей с преимущественно средне-тяжелым и тяжелым течением АД уровень кортизола увеличивался в среднем лишь на 43.6%, при индивидуальном диапазоне прироста концентрации гормона в сыворотке крови на 17.5% – 60.0%.

К концу срока климатолечения (19-20 сутки) тенденция к увеличению уровня кортизола в крови больных детей сохранялась, его концентрация была достоверно выше как по отношению к фоновому ($P < 0.01$), так и по отношению к показателю концентрации кортизола раннего периода адаптации ($P < 0.02$). Уровень Т4, в конце реабилитации на среднегорье не имел столь существенной динамики, оставаясь достоверно выше лишь по отношению к фоновым данным ($P < 0.05$).

Противоположную динамику имели изменения концентрации трийодтиронина, его уровень был достоверно выше показателей первых дней адаптации ($P < 0.01$) и данных при фоновом исследовании ($P < 0.02$).

Динамика концентрации трийодтиронина является, по-видимому, адаптивным механизмом направленным на предупреждение катаболических процессов в условиях повышенного уровня кортизола с одной стороны, и как стимуляция окислительных процессов, в условиях гипоксии и под воздействием высокого содержания тироксина с другой.

Таким образом, следует констатировать факт стимуляции функции надпочечников у детей с АД в условиях среднегорья в виде повышения уровня кортизола. Такое же адаптационно-компенсаторное повышение уровней Т₃, Т₄ отмечено у больных по мере увеличения сроков пребывания на побережье оз.Иссык-Куль.

Анализ показателей гормонального гомеостаза больных детей, получавших в качестве адаптогена витамин «Е», позволил констатировать несколько иные изменения в содержании уровней исследуемых гормонов.

В группе детей, получавших адаптоген, к 19-20 суткам пребывания на побережье оз. Иссык-Куль, отмечалось незначительное снижение концентрации кортизола, по сравнению с первыми днями адаптации к условиям среднегорья (Рис. 1).

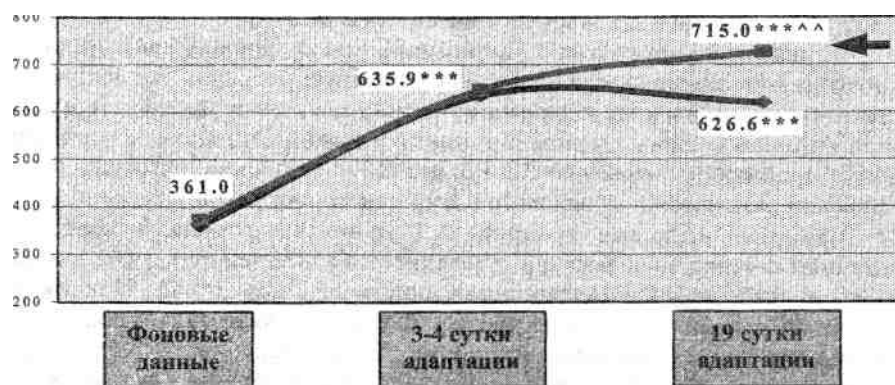


Рис. 1. Уровень кортизола в крови больных атоническим дерматитом в процессе адаптации к среднегорно-морскому климату оз.Иссык-Куль (нмоль/л).

Примечание: Больные с АД не получавшие витамин «Е» – ← ;

,* ($P < 0.02; 0.01$) – достоверно по отношению фоновым данным;

^^,^^^ ($P < 0.02; 0.01$) – достоверно по отношению к 3-4 суткам адаптации.

Уровень тироксина, в конце реабилитации снижался до 109.9 нмоль/л, что

соответствует показателю группы контроля (здоровые). Концентрации гормонов T_3 и ТТГ к концу реабилитации оставались на уровне раннего периода адаптации, т.е. были достоверно ниже концентраций соответствующих показателей гормонального гомеостаза при фоновом исследовании ($P < 0.01$) (Рис. 2).

Полученные результаты исследования указывают на то, что витамин «Е», в условиях среднегорья оказывает позитивное, стабилизирующее влияние на адаптивные изменения гормонального гомеостаза больных АД детей, способствует нормализации уровней гормонов тироидного профиля.

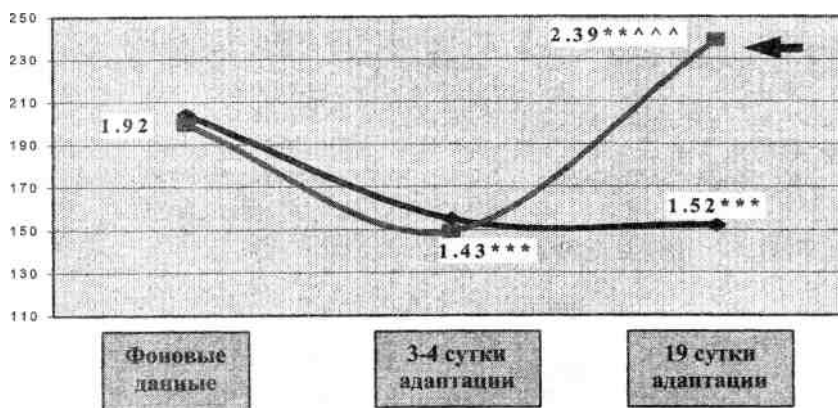


Рис. 2. Уровень гормона T_3 в крови больных атопическим дерматитом в процессе адаптации к среднегорно-морскому климату оз.Иссык-Куль (нмоль/л).

Перемещение детей, больных АД, с целью реабилитации в условия горно-морского климата оз.Иссык-Куль сопровождалось изменениями функционального состояния иммунной системы, которые начали проявляться уже в первые дни пребывания в среднегорье, и проявлялись угнетением гуморального и клеточного звеньев иммунитета под влиянием гипоксии и супрессорного воздействия повышенного уровня кортизола.

Анализируя полученные данные, по возрастному критерию (I и II группы), можно отметить однотипность изменений показателей иммунного статуса, отличавшихся лишь по некоторым показателям.

Так, у детей обеих возрастных групп с первых суток пребывания на побережье оз.Иссык-Куль отмечалось повышение общего количества лейкоцитов ($P < 0.02$), увеличение доли мононуклеаров в общей популяции лейкоцитов, достоверное снижение индекса сдвига лейкоцитов ($P > 0.05$) (таблица 2). Наблюдалось снижение в общей популяции Т-лимфоцитов, сохранявшееся весь период адаптации ($P < 0.05$), снижение содержания отдельных субклассов Т-клеток, в том числе Т-лимфоцитов с высокоаффинными Е-рецепторами ($P < 0.01$), посттимических Т-клеток ($P < 0.01$), а также снижение предшественников Т-клеток, не экспрессирующих Е-рецептор.

Значительные изменения претерпевала популяция регуляторных Т-

лимфоцитов.

Таблица 2

**Показатели иммунной системы у детей с атоническим дерматитом
(I группа) в процессе климатолечения (M±m)**

Показатели	Ед.	Фоновые данные n=24	Реабилитация в среднегорье		P	
			3-4 сутки n=25	19-20 сутки n=10		
Лейкоциты	10 ⁹ л	6.77±0.40	8.16***±0.35	8.78***±0.49		
Лимфоциты	%	32.16±1.61	37.04***±1.10	38.80***±1.55		
	абс.	2.09±0.11	2.97***±0.11	3.38***±0.18		
ИСЛК		1.93±0.20	1.41***±0.06	1.41*±0.08		
Зрелые Т-клетки	%	65.79±1.34	63.60±0.92	59.90*±1.66		
	абс.	1.37±0.07	1.80***±0.07	2.00***±0.12		
Ранние Т-лимфоциты	%	47.90±1.03	36.3***±1.22	33.0***±2.17		
	абс.	1.00±0.05	1.07±0.05	1.10±0.09		
Стабильные Т-лимфоциты	%	18.90±1.31	20.70±1.18	12.30*±2.11	0.01	
	абс.	0.38±0.02	0.62***±0.04	0.42±0.07	0.05	
Аутологичные розеткообразующие клетки	%	6.00±0.68	3.32***±0.44	1.80***±0.41	0.05	
	абс.	0.12±0.01	0.10±0.01	0.06***±0.01	0.05	
Тотальные Т-лимфоциты	%	74.70±0.92	68.3***±0.82	69.60*±1.89		
	абс.	1.56±0.08	4.50±2.60	2.35***±0.13		
Предшественники Т-клеток, не экспрессирующие E-рецептор	%	1.80±0.44	0.95±0.28	1.00±0.47		
	абс.	0.04±0.01	0.03±0.01	0.03±0.01		
Теofilлинрезистентные Т- лимфоциты	%	38.80±2.36	47.8***±1.08	50.0***±1.42		
	абс.	0.80±0.06	1.40***±0.06	1.52***±0.18		
Теofilлинчувствительные Т- лимфоциты	%	26.79±2.85	15.7***±1.41	9.89***±0.69	0.01	
	абс.	0.57±0.07	0.45±0.03	0.33***±0.03	0.05	
Индекс = Ттфр/Ттфч	Ед.	2.32±0.42	3.70*±0.36	5.34***±0.50	0.05	
В-лимфоциты малодифференцированные	%	9.66±0.88	8.44±0.76	4.70***±0.36	0.01	
	абс.	0.20±0.02	0.26±0.03	0.15±0.01	0.01	
Нулевые клетки	%	24.3±1.4	27.9±1.08	35.4***±1.86	0.01	
	абс.	0.51±0.04	0.83***±0.05	1.21***±0.11	0.02	
Иммуноглобулины А		1.49±0.19	1.49±0.13	1.96±0.32		
	М	г/л	1.68±0.13	1.58±0.10	1.86±0.31	
	G		12.61±0.64	12.64±0.47	17.08*±1.93	0.05
ЦИК		0.07±0.003	0.05***±0.003	0.04***±0.003		
Миграция лейкоцитов ч/з 6 ч. ч/з 24 ч.	Ед.	35.24±2.88	35.60±1.56	42.60±3.19		
			38.90±4.38	55.10±7.05		

Примечание: * (P<0.05), ** (P<0.02), *** (P<0.01) – достоверные отличия по сравнению с фоновыми данными; P – наличие достоверного отличия в разные сроки адаптации.

Уже в «ранние» сроки адаптации, на 3-4 сутки пребывания на побережье оз.Иссык-Куль, у детей с АД наблюдалось значительное увеличение количества теofilлинрезистентных Т-лимфоцитов, ассоциируемых с Т-хелперами ($P<0.01$). Напротив, относительное количество теofilлинчувствительных Т-лимфоцитов, ассоциируемых с Т-супрессорами, уменьшалось ($P<0.01$).

Изменение соотношения регуляторных субпопуляций Т-клеток особенно четко демонстрировал регуляторный индекс, отражающий соотношение теofilлинрезистентных и теofilлинчувствительных Т-лимфоцитов. Этот индекс к концу реабилитации увеличивался более чем в два раза: соответственно в I и II группе – с 2.2 и 2.32 до 5.0 и 5.34 ($P<0.05$).

Отмечавшееся на 19-20 сутки снижение количества малодифференцированных В-лимфоцитов ($P<0.01$), вероятно связано с действием гормона надпочечников с одной стороны, и с уменьшением общей антигенной нагрузки в условиях горно-морского климата, с другой.

Позитивным моментом влияния горно-морского климата на организм детей с АД было достоверное уменьшение содержания циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), отмечавшееся уже с первых суток адаптации ($P<0.01$).

Следует отметить, что у детей, получавших адаптоген, наблюдалась схожая динамика изменений показателей иммунного статуса, однако без столь выраженного знетения популяций Т- и В-клеток иммунитета, а по некоторым показателям отмечалась противоположная динамика изменений с тенденцией к нормализации их уровней.

Так, к концу климатолечения в этой группе детей наблюдалась нормализация количества малодифференцированных В-лимфоцитов, теofilлинчувствительных Т-лимфоцитов, содержание посттимиических Т-клеток, в этой группе было выше показателей группы детей не получавших адаптоген ($P<0.01$) (таблица 3).

Существенно ниже, по сравнению со значениями контрольной группы, было содержание предшественников Т-лимфоцитов ($P>0.05$) и ЦИК ($P<0.01$).

Объективным фактом гипосенсибилизирующего действия среднегорно-морского климата на организм детей с АД является существенное снижение, к 19-20 суткам адаптации, концентрации общего IgE в обеих группах ($P<0.01$).

Смена воздействий экологических факторов внешней среды отражается на специфике адаптивных реакций. Изменение кислородного режима, повышение уровня кортикостероидов в крови, переключение энергетического обмена с «углеводного» типа на «жировой», изменение физико-химических свойств биологических мембран, гипосенсибилизирующее воздействие горно-морского климата и связанное с этим снижение продукции супероксид-аниона, видимо и способствовало снижению интенсивности процессов ПОЛ, проявившееся в увеличении содержания общих липидов ($P<0.01$) и снижении диенкетонов ($P<0.01$) (таблица 4).

Таблица 3

Показатели иммунной системы у детей с атоническим дерматитом (I группа) на 19-20 сутки адаптации к среднегорно-морскому климату

Показатели	Ед.	Реабилитация в среднегорье		P
		Без вит. «Е» n=10	С вит. «Е» n=19	
Лейкоциты	10 ⁹ л	8.78±0.49	8.35±0.07	
Лимфоциты	%	38.80±1.55	37.10±0.30	
	абс.	3.38±0.18	3.07±0.13	
ИСЛК		1.41±0.08	1.50±0.10	
Зрелые Т-клетки	%	59.90±1.66	61.36±1.05	
	абс.	2.00±0.12	1.88±0.09	
Ранние Т-лимфоциты	%	33.00±2.17	30.40±1.58	
	абс.	1.10±0.09	0.95±0.07	
Стабильные Т-лимфоциты	%	12.30±2.11	10.68±1.05	
	абс.	0.42±0.07	0.31±0.03	
Аутологичные розеткообразующие клетки	%	1.80±0.41	4.55±0.61	0.01
	абс.	0.06±0.01	0.14±0.02	0.02
Тотальные Т-лимфоциты	%	69.60±1.89	70.10±0.99	
	абс.	2.35±0.13	2.15±0.09	
Предшественники Т-клеток, не экспрессирующие E-рецептор	%	1.00±0.47	0.22±0.17	
	абс.	0.032±0.01	0.007±0.005	
Теофиллинрезистентные Т-лимфоциты	%	50.00±1.42	46.84±0.98	
	абс.	1.52±0.18	1.44±0.07	
Теофиллинчувствительные Т-лимфоциты	%	9.89±0.69	14.50±0.94	
	абс.	0.33±0.03	0.44±0.03	0.01
Индекс = Тгфр/Тгфч	Ед.	5.34±0.50	3.54±0.30	0.05
В-лимфоциты малодифференцированные	%	4.70±0.36	7.05±0.49	0.02
	абс.	0.15±0.01	0.21±0.01	0.01
Нулевые клетки	%	35.40±1.86	31.50±1.11	0.01
	абс.	1.21±0.11	0.95±0.06	
Иммуноглобулины А М G	г/л	1.96±0.32	1.47±0.16	0.05
		1.86±0.31	1.51±0.11	
		17.08±1.93	12.44±0.73	
ЦИК		0.04±0.003	0.03±0.002	0.02
Миграция лейкоцитов ч/з 6 ч. ч/з 24 ч.	Ед.	42.60±3.19	43.05±1.94	
		55.10±7.05	45.50±5.11	

Реакция ферментной системы, направленная на инактивацию избытка активных метаболитов кислорода и конечных продуктов ПОЛ, с первых дней адаптации характеризовалась повышением активности каталазы по сравнению с фоновыми данными ($P < 0.01$).

Таблица 4

Показатели интенсивности процессов ПОЛ, каталазы в сыворотке крови детей с атоническим дерматитом в процессе адаптации к среднегорно-морскому климату

Периоды обследования	Статист. показатель	Продукты ПОЛ, в ед. опт. п.			О.И.	Каталаза мкат./л.
		О.Л.	Г.П.Л	Д.К.		
Фоновое обследование	М	0.380	0.183	0.009	0.502	16.890
	±m	±0.007	±0.009	±0.001	±0.012	±4.265
	n	29	29	27	29	37
3-4 сутки адаптации	М	0.424	0.156	0.008	0.368	34.008
	±m	±0.008	±0.006	±0.0005	±0.01	±5.016
	n	55	55	16	55	54
19-20 сутки адаптации	М	0.422	0.173	0.003	0.414	30.960
	±m	±0.007	±0.008	±0.0006	±0.011	±4.196
	n	23	23	6.0	23	23
P ₂₋₁		0.01	0.02		0.01	0.05
P ₃₋₁		0.01		0.01	0.01	0.05
P ₃₋₂				0.01	0.01	

Обострение основного заболевания в разные сроки адаптации к среднегорно-морскому климату наблюдалось у 6 (5.3%) детей и выражалось жалобами на повышение интенсивности зуда, появление эритематозно-микропапулезных высыпаний в местах обычной локализации. Случаи обострения АД расценены нами как следствие нарушений в диете, употребления в пищу кондитерских, шоколадных продуктов. Обострение носило, как правило, кратковременный (не более 3-4 суток), преходящий характер, проявлялось умеренной остротой и интенсивностью проявлений АД.

В целом клиническое течение АД у больных детей характеризовалось положительной динамикой с первых дней пребывания на побережье оз.Иссык-Куль. У 69 (85.2%) детей, из числа первоначально имевших жалобы на зуд, уже на 2-3 сутки адаптации отмечалось уменьшение зуда. У остальных 12 (14.8%) детей, аналогичное заметное снижение интенсивности зуда, происходило к 5-7 дню адаптации.

Важным наблюдением явилось получение положительных результатов в динамике местных воспалительных процессов на коже уже на 4-5 сутки. Отмечалось исчезновение эритематозной окраски, вплоть до нормализации цвета кожи, ограничение очага, исчезновение или уменьшение папул. Описанная динамика клинической картины АД имела место у детей с легким и средне-тяжелым течением заболевания, у детей же с тяжелым течением АД, положительная динамика запаздывала на 3-5 дней. В последующем, к концу первой недели, на 9-11 сутки адаптации наблюдалась отпадание корочек, нормализация эластичности кожи, исчезновение мелко- и среднеотрубевидного шелушения, эпителизация эрозий и трещин кожи. Положительная динамика в клиническом течении АД у детей, в нашем исследовании, мы напрямую связывали с вышеотмеченными позитивными изменениями в состоянии иммунного статуса и активизацией кортикостероидной функции надпочечников.

К концу санаторно-курортного лечения у подавляющего большинства детей (91.9%) отмечалась нормализация кожных покровов. У 9 больных (8.0%) оставались видимые очаги менее пигментированных участков кожи, некоторая грубость, сухость, единичные папулезные высыпания на коже.

Положительное влияние горно-морского климата на клиническое течение АД выразилось в нормализации аппетита у 89.3% больных к 3-4 дню адаптации, и у 10.7% детей – к концу первой недели. К концу первой недели пребывания на побережье у 98.0% детей отмечалась нормализация сна.

При правильной организации режима дня, дети позитивно реагировали на чередование гелио-, лиманотерапии, активных игр с полуденным отдыхом. Весь период дня оставались подвижными, с хорошим психо-эмоциональным тонусом, что несомненно способствовало активизации адаптивных механизмов и нервно-вегетативного обеспечения.

Анализ отдаленных результатов лечения показал, что положительные сдвиги в клиническом состоянии у детей, больных АД, прошедших реабилитационное климатолечение в условиях среднегорно-морского климата оз.Иссык-Куль, сохранялись в течении года.

Так, результаты катамнестических наблюдений свидетельствовали, что положительные сдвиги клинико-лабораторных показателей сохранялись у большинства больных с АД, после проведенной среднегорно-морской терапии, в течении 6-9 месяцев (63.7%), а в отдельных случаях, при легком течении АД, длительность ремиссии составляла 12 месяцев (3.4%).

Установлено, что длительность ремиссии по основному заболеванию, а значит и эффективность климатолечения, напрямую зависела от тяжести течения и распространенности патологического процесса у обследованных больных. Так, если у детей с легким и среднетяжелым течением случаи высыпаний, обострения АД к концу 3 месяца постреабилитационного периода отмечались, соответственно в 19.3% и 16.6% случаев, то у детей с тяжелым течением – в 55.5% случаев. К концу первого полугодия постреабилитационного периода у всех больных детей с тяжелым течением отмечались кожные проявления АД, различной степени интенсивности поражения кожи. В то время как у детей со среднетяжелым течением заболевания у трети (33.3%, 6 человек) больных ремиссия наблюдалась в течение 9 месяцев. Наиболее длительное течение ремиссии АД отмечено у детей с легким течением заболевания, так только у 6.4% больных повторное обострение было отмечено к концу года.

У детей, наблюдаемых в течение года постреабилитационного периода, при обострении отмечено снижение интенсивности кожных проявлений аллергического процесса, уменьшение числа случаев осложненных, вторично-гнояно-инфицированных форм АД, что обуславливало рост ответственности кожного процесса при проведении базисной терапии, и снижение числа дней необходимой госпитализации в среднем с 32.6 дней, у детей фоновой группы, до 25.4 дней у детей, получивших санаторно-курортное климатолечение.

Проведение климатолечения на побережье оз.Иссык-Куль несомненно обладает общеукрепляющим, закаливающим эффектом на организм детей. Так,

при анализе отдаленных результатов среднегорно-морской реабилитации, было отмечено значительное улучшение самочувствия, нормализация сна, аппетита, повышение физической работоспособности у 81.0% детей. Наблюдалось уменьшение частоты обострений хронических латентных очагов инфекции, снижение числа простудных заболеваний (ОРВИ, бронхит и др.) среди обследованных детей в 2.2 раза по сравнению с периодом, предшествовавшим проведению санаторно-курортного лечения.

На 11 месяце постреабилитационного периода проводилось сопоставление показателей иммунного статуса 28 детей больных атоническим дерматитом, получивших санаторно-курортное лечение, с фоновыми данными. При анализе полученных результатов было отмечено, что по ряду показателей иммунного статуса больных детей к этому периоду, наблюдались достоверно значимые отличия по отношению к фоновым данным. Так, уровень ИСЛК, в этой группе детей, не имел достоверно значимых отличий от соответствующего показателя группы здоровых детей, что свидетельствует о нормализации долевого количества мононуклеаров в общей популяции лейкоцитов у детей больных АД.

Косвенным свидетельством снижения активности аллергического процесса является нормализация относительного количества Т-лимфоцитов с высокоаффинными E-рецепторами, включающего активные формы Т-лимфоцитов, и наличие достоверного отличия от соответствующего показателя в фоновых данных ($P < 0.05$).

У детей 1-ой возрастной группы к 11 месяцу постреабилитационного периода относительное и абсолютное количество теофиллинрезистентных Т-лимфоцитов оставалось несколько выше соответствующих показателей группы здоровых детей и по отношению к фоновым данным, соответственно – $P < 0.01$ и $P < 0.05$. Количество теофиллинчувствительных Т-лимфоцитов, к этому периоду обследования, не отличалось от этого же показателя здоровых детей.

Во II-ой группе обследованных детей были отмечены существенные признаки снижения напряжения и нормализации ряда показателей Т-клеточного звена иммунитета. Так, уровень зрелых и суммарное количество Т-лимфоцитов практически не отличалось от данных здоровых детей, но как долевой, так и абсолютный показатель зрелых Т-лимфоцитов II-ой группы детей были достоверно ниже фоновых ($P < 0.05$).

Установлен факт достоверного повышения долевого числа нулевых (недифференцированных) лимфоцитов по отношению к фоновым данным ($P < 0.01$). У детей II-ой группы оно составляло – $31.6 \pm 1.49\%$, что косвенно свидетельствует о снижении гиперреактивности в иммунной системе.

Об относительном повышении активности гуморального звена иммунитета и об элиминационной способности антигенных комплексов может свидетельствовать статистически значимое повышение иммуноглобулинов классов А, М, G ($P < 0.05$), в крови обследованных детей.

К концу 11 месяца постреабилитационного периода содержание общего IgE у детей с АД, прошедших курс санаторно-курортного лечения, было в 2.7 раза ниже фоновых данных и составляло – 262.27 ± 80.04 МЕ/мл ($P < 0.01$).

Таким образом, наряду с общеклиническим положительным эффектом санаторно-курортного лечения, у детей больных АД отмечалось существенное снижение напряжения Т-клеточного звена иммунитета, повышение иммунологической резистентности, характеризовавшееся активацией Т-хелперного звена регуляторных популяций Т-клеток, и повышением концентрации иммуноглобулинов класса А, М, G, значительное снижение содержания общего иммуноглобулина Е, ответственного за реактивный механизм развития аллергической реакции в патогенезе АД, позволяет констатировать факт сохранения длительного неспецифического гипосенсибилизирующего эффекта горно-морской климатотерапии на побережье оз.Иссык-Куль.

В целом, реабилитация детей с АД в условиях горно-морского климата может расцениваться как новый эффективный метод лечения больных с данной патологией.

ВЫВОДЫ

1. При атоническом дерматите у детей в условиях низкогогорья отмечается снижение глюкокортикоидной функции надпочечников, повышение активности щитовидной железы, интенсификация процессов перекисного окисления липидов, напряжение Т-клеточного звена иммунитета, повышение уровня общего IgE.

2. Ранний период адаптации детей (3-4 день), больных атопическим дерматитом, к условиям среднегорно-морского климата оз.Иссык-Куль, сопровождается повышением функциональной активности надпочечниково-тироидной системы, снижением параметров Т- и В-клеточного звеньев иммунитета и процессов перекисного окисления липидов на фоне активизации ферментативной антиоксидантной защиты липидов.

3. Окончание курса среднегорно-морского климатолечения у детей, больных атопическим дерматитом, характеризуется нормализацией клинического статуса, состояния кожных покровов (92.0% детей) на фоне повышенного уровня кортизола и гормонов тироидного профиля, в сочетании со снижением процессов перекисного окисления липидов и активацией ферментативной антиоксидантной защиты липидов, улучшением параметров Т- и В-клеточного звеньев иммунитета, снижением уровня общего IgE и циркулирующих иммунных комплексов, что свидетельствует о неспецифическом гипосенсибилизирующем влиянии среднегорно-морского климатолечения.

4. Назначение витамина «Е», в качестве адаптогенного средства, в период пребывания больных детей с атопическим дерматитом в условиях среднегорно-морского климата позволяет оптимизировать процесс адаптации и повысить эффективность лечения.

5. Исследования, проведенные в катамнезе (в течение 12 месяцев), свидетельствуют о стойкости положительных сдвигов, формирующихся под воздействием среднегорно-морского климатолечения, ремиссия сроком от 6 до

12 месяцев сохраняется у 67.1% больных атопическим дерматитом.

6. Среднегорно-морская климатотерапия может расцениваться как эффективный метод лечения атонического дерматита, пребывание больных детей в условиях среднегорно-морского климата не вызывает патологических изменений в функционировании организма.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Детям с атопическим дерматитом целесообразно в комплекс восстановительного лечения включать среднегорно-морскую климатотерапию на побережье оз.Иссык-Куль.

2. Рекомендовать определение активности процессов перекисного окисления липидов, показателей системы антиоксидантной защиты, содержание кортизола, уровня гормонов тироидного профиля для оценки тяжести течения атонического дерматита, а также в целях контроля за эффективностью лечения и дифференцированного подхода к назначению антиоксидантов.

3. При отборе детей, больных атопическим дерматитом, на среднегорно-морскую климатотерапию, наряду с оценкой клинического состояния, необходимо исследование показателей иммунного статуса, определение содержания кортизола в крови и определение функциональной способности коры надпочечников.

4. В целях оптимизации процесса адаптации на этапе санаторно-курортной реабилитации детям с атопическим дерматитом рекомендуется назначение витамина «Е», сроком не менее 10 дней, по 1 капсуле 50% р-ра два раза в день.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Сравнительная эффективность применения терфена у детей с атопическим дерматитом из различных экологических зон. – Сб.н. статей КНИИ А и П «Современные проблемы охраны материнства и детства в Кыргызской Республике». – Бишкек, 1997. – С. 62-66. (Соавт.: Ч.А. Иманалиева, Д.Д. Кабаева, Г.Т. Нажимидинова, Б.Т. Тулебеков).

2. Особенности клинического течения аллергических заболеваний кожи у детей в современных условиях. – Сб.н. статей КНИИ А и П «Современные проблемы охраны материнства и детства в Кыргызской Республике». – Бишкек, 1997. – С. 88-94. (Соавт.: Д.Д. Кабаева, Ч.А. Иманалиева, Г.Т. Нажимидинова, Т.Т. Абдылдаев).

3. Экология и кожные проявления аллергии у детей. – Сб.н. статей КНИИ А и П «Современные проблемы охраны материнства и детства в Кыргызской Республике». – Бишкек, 1997. – С. 156-161. (Соавт.: О.Ж. Узаков, А.Б. Фуртикова, Ч.А. Иманалиева, Д.Д. Кабаева, Г.Т. Нажимидинова, Т.Т. Абдылдаев, А.А. Шаршенова, Л.Р. Тарасюк, М.Е. Аширалиев).

4. Актуальные аспекты атопического дерматита у детей. – Сб. науч. статей КНИИ А и П «Медико-социальные аспекты здоровья населения: состояние и перспективы». – Бишкек, 1997. – С. 313-317. (Соавт.: О.Ж. Узаков, Ч.А. Иманалиева, Д.Д. Кабаева, Г.Т. Нажимидинова, Л.Р. Тарасюк, М.Е. Аширалиев, А.Б. Фуртикова, Б.Т. Тулебеков, Л.М. Живоглядова, Г.С. Китарова).

5. Клинико-экологические параллели атопического дерматита у детей. Актуальные проблемы образования и науки: Сб. науч.-мет. трудов, вып.2., Бишкек, 1997. – С. 29-32. (Соавт.: Ч.А. Иманалиева, О.Ж. Узаков, Д.Д. Кабаева, Г.Т. Нажимидинова)

6. Экология и эпидемиология аллергических заболеваний кожи у детей. Актуальные проблемы образования и науки: сб. научно-мет. трудов, вып.1., Бишкек, 1997. – С. 71-73. (Соавт.: Ч.А. Иманалиева, О.Ж. Узаков, Д.Д. Кабаева, Г.Т. Нажимидинова).

7. Иммунореабилитация детей с атопическим дерматитом (АД) в условиях горно-морского климата. Тезисы матер. IV Юбилейного Международного конгресса «Иммунореабилитация и реабилитация в медицине» и научной конференции «Вакцины нового поколения и медицинские диагностические системы будущего». – Сочи. – 1998. International Journal on Immunorehabilitstion. – 1998. – №8. – С. 51. (Соавт.: Б.Т. Тулебеков, Т.А. Пономарева).

8. Атопический дерматит у детей (диагностика, клиника, лечение и профилактика). – Методические рекомендации. – Бишкек, КНИИА и П, 1998. – С. 21. (Соавт.: О.Ж. Узаков, Ч.А. Иманалиева, Л.Р. Тарасюк, А.Б. Фуртикова, М.Е. Аширалиев, Г.Т. Нажимидинова, Л.М. Живоглядова, А.Э. Айылчиев, Д.Д. Кабаева, Б.Т. Тулебеков, Ш.А. Сулайманов, Г.С. Китарова, В.А. Соболев).

АННОТАЦИЯ

Бул илимий иште реабилитациялоо ыкмаларын жакшыртуу үчүн, Кыргыз Республикасында алгачкы жолу Ысык-Көлдүн тоо жана көл климатынын атопикалык дерматит (АД) оорусуна дуушар болгон балдардын организминде тийгизген таасиринин механизмдери аныкталган.

Изилдөө 112 АД дартына дуушар болгон 6 жаштан 14 жашка чейинки балдарга жүргүзүлгөн. Бөксө тоолуу жерде балдардын АД дарты, бөйрөк үстүндөгү бездин глюкокортикоид иштеп чыгуусунун төмөндөшү менен коштолот, ошондой эле калкан безинин активдүү иштеши, липиддердин перекистик кычкылдануу процессинин интенсивдүү өтүшү жана Е-иммуноглобулиндин жалпы деңгээлинин жогорулашы байкалган.

Ысык-Көлдүн тоо жана көл климаты АД дарттуу балдардын организминде атайын эмес гипосенсибилизация эффекттин чакырганы байкалды. Е-витаминдин адаптоген катары дарылоодо зор пайдасы далилденди, ал балдардын организминин адаптация процесстерин күчөтүүгө мүмкүндүк берип дарылоонун пайдалуулугун көбөйтөт.

Ортобийиктиктеги тоо жана көл климаты АД дартка дуушар болгон балдарды даарылоодо эффективдүү ыкма деп эсептелет.

АННОТАЦИЯ

В работе представлены результаты впервые проведенного в Кыргызской Республике исследования механизмов влияния горно-морского климата оз.Иссык-Куль на организм детей с атопическим дерматитом (АД) для совершенствования методов их реабилитации.

Исследовано 112 детей с АД в возрасте от 6 до 14 лет. Установлено, что АД у детей на низкогорье сопровождается снижением глюкокортикоидной функции надпочечников, повышением активности щитовидной железы, интенсификацией процессов перекисного окисления липидов, повышением уровня общего IgE.

Установлен неспецифический гипосенсибилизирующий эффект горно-морской климатотерапии, доказана целесообразность назначения витамина «Е», в качестве средства позволяющего оптимизировать процесс адаптации и повысить эффективность лечения.

Горно-морская климатотерапия может расцениваться как эффективный метод лечения АД.

SUMMARY

The paper presents results of the research that was conducted in the Kyrgyz Republic for the first time on studying the mechanisms of mountainous-sea climate of Issyk-Kul lake affecting the atopic dermatitis (AD) among children with the purpose to improve methods of their rehabilitation,

112 children with AD were examined at the age from 6 to 14 yers. It was found that the AD among children in low elevation is accompanied by the decrease of glucocorticoid function of adrenal glands, increase of activities of thyroid glands, intensification of processes of peroxide oxidation of lipoid, and the total increase of IgE.

We determined a hypo-sensitizing effect in mountainous-sea climate therapy and proved the expediency of assigning «E» vitamin – as an adaptogen, it allows to optimize the adaptation process and increase the effectiveness of the treatment.

In general, the mountainous-sea climate therapy can be considered as an effective method in treating AD.