

РИБОКСИН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ

Т.Г. Маланичева, А.Г. Шамова, Б.А. Шамо

*Кафедра детских болезней лечебного факультета (зав. — проф. А.Г. Шамова),
кафедра дерматовенерологии (зав. — доц. Р.З. Закиев) Казанского государственного
медицинского университета*

Нарастание тяжелых, резистентных к терапии форм аллергодерматозов у детей требует поиска новых эффективных способов их лечения. Патогенетически оправдано при данной патологии назначение лекарственных средств, корригирующих метаболические процессы в организме. К таким препаратам относится пуриновый нуклеозид рибоксин, являющийся естественным метаболитом. Он стимулирует окислительно-восстановительные процессы в клетке за счет активации ферментов пентозного пути, усиливает энергообразование в тканях, уменьшает гипоксию клеток [1]. Применение рибоксина при аллергических заболеваниях является тем более обоснованным, что у детей с кожными формами аллергии происходит замедление окислительно-восстановительных процессов в клетке за счет угнетения активности митохондриальных ферментов лимфоцитов, требующее метаболической коррекции. Экспериментально установлено, что введение рибоксина приводит также к уменьшению силы анафилактической реакции у животных, которые были сенсибилизированы сильными аллергенами [2].

Целью нашей работы являлось сокращение сроков лечения аллергодерматозов у детей и продление ремиссии путем назначения в комплексной терапии нуклеозида рибоксина.

Клиническая эффективность рибоксина изучена нами у 76 детей с кожными формами аллергии в возрасте от 3 до 15 лет [3]. Атопический дерматит был у 44 детей (в том числе нейродермит — у 68,2%, экзема — у 31,8%), крапивница

— у 32. Мальчики составили 53,9%, девочки — 46,1%. От 3 до 7 лет было 30,3% детей, от 7 до 12 — 34,2%, от 12 до 15 лет — 35,5%. Среднетяжелое течение выявлено у 69,7% детей, тяжелое — у 30,3%. До лечения рибоксином у всех детей с атопическим дерматитом имела место длительная хронизация кожного процесса, а у 40,6% детей с крапивницей отмечалось рецидивирующее течение. Пищевой сенсибилизацией страдали 78,2% детей.

В контрольную группу вошли 40 детей со среднетяжелыми и тяжелыми формами аллергодерматозов, не получавших рибоксин. У 25 из них был атопический дерматит, у 15 — крапивница. Мальчики составили 52,5%, девочки — 47,5%. В возрасте от 3 до 7 лет было 30,0% детей, от 7 до 12 — 37,5%, от 12 до 15 — 32,5%.

В обследование детей входили клиническое наблюдение в течение 12—18 месяцев, лабораторно-инструментальные методы (общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ кала на гельминты и простейшие, УЗИ органов пищеварения и др.), специфическое аллергологическое обследование (сбор аллергологического анамнеза, постановка кожных проб, определение общих и специфических IgE), а также комплексное иммунологическое обследование.

Базисную антиаллергическую терапию назначали в зависимости от состояния больного. Она предусматривала использование гипоаллергенной диеты, энтеросорбентов, антигистаминных препаратов, витаминов, местно мазей, физиотерапии, а также санацию очагов

Таблица 1

Критерии эффективности рибоксина у детей с atopическим дерматитом

Признаки	Основная группа	Контрольная группа
Исчезновение гиперемии, зуда к 3-му дню лечения	у 87,5% детей	у 8% детей
Уменьшение инфильтрации, лихеноидных папул, везикуляции к 5-му дню лечения	у 78,1% детей	у 16,0% детей
Полное исчезновение морфологических элементов	на 10—15-й день	на 18—28-й день

хронической инфекции в желудочно-кишечном тракте и носоглотке как в основной, так и в контрольной группе.

Детям с atopическим дерматитом предписывали препарат рибоксин по 0,1—0,2 г в зависимости от возраста в течение 7—10 дней. Критериями оценки служили сроки исчезновения гиперемии, зуда, инфильтрации, лихеноидных папул, везикул, уртикарий. Клиническое наблюдение показало, что введение рибоксина в схему комплексной терапии позволило добиться полной клинической ремиссии у 72,7% детей. Улучшение выразалось в значительной положительной динамике кожного процесса (табл. 1).

Как видим, высокая клиническая эффективность комплексной терапии с использованием рибоксина в остром периоде заболевания проявляется в сокращении периода обострения на 10—13 дней и уменьшении сроков пребывания в стационаре.

У 23,6% детей с atopическим дерматитом через 10—15 дней от начала лечения рибоксином отмечалась неполная клиническая ремиссия, что потребовало продолжения курса рибоксина до одного месяца в возрастной дозировке. В 100% случаев это позволило добиться полной клинической ремиссии.

Отдаленные результаты использования рибоксина изучали по данным клинического наблюдения за детьми в течение 12—18 месяцев (рис. 1 и 2).

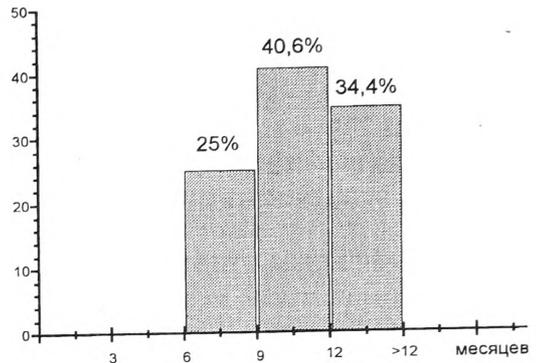


Рис. 1. Длительность ремиссии atopического дерматита в группе детей, получавших рибоксин.

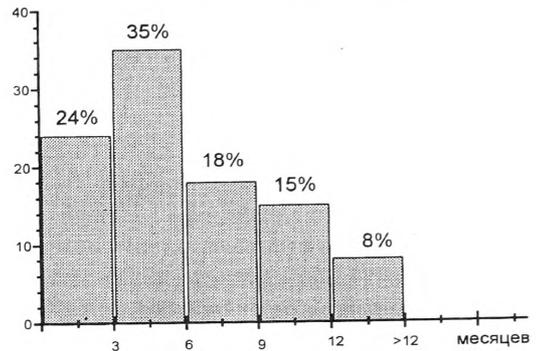


Рис. 2. Длительность ремиссии atopического дерматита в контрольной группе.

Полученные данные показывают, что рибоксин в комплексной терапии оказывает воздействие не только в остром периоде atopического дерматита во время приема препарата, но и имеет отдаленное влияние, проявляющееся в увеличении сроков ремиссии (6 и более мес). Это особенно важно для детей с длительной хронизацией кожного процесса.

Таблица 2

Критерии эффективности рибоксина у детей с крапивницей

Признаки	Основная группа	Контрольная группа
Уменьшение зуда, уртикарий на 2—3-й день лечения	у 78,5% детей	у 13,3% детей
Уменьшение зуда, уртикарий на 4—5-й день лечения	у 21,4% детей	у 33,3% детей
Полное исчезновение морфологических элементов	на 7—10-й день	на 12—16-й день

Дети с крапивницей получали рибоксин в течение 7—10 дней с момента обострения по 0,1—0,2 г в зависимости от возраста 2 раза в день в комплексе базисной антиаллергической терапии. У детей с рецидивирующим течением крапивницы за указанное время аллергических реакций не возникло, а в контрольной группе имели место клинические проявления аллергических реакций (у 44,4%), однако при назначении рибоксина период обострения сократился у них на 5—6 дней, и рецидивов заболевания за время наблюдения не появилось.

При изучении динамики показателей периферической крови, в частности эозинофилов, у детей с аллергодерматозами, получавших рибоксин, было установлено, что через 10—15 дней от начала лечения процент эозинофилов снизился в 87,5% случаев, тогда как в контрольной группе — только в 52,3%.

Таким образом, включение рибоксина в комплексную терапию atopического дерматита и крапивницы у детей позволяет существенно повысить эффективность лечения: сократить период

обострения и сроки госпитализации, а также увеличить время ремиссии более чем на 6 месяцев. Следовательно, рибоксин может широко использоваться при лечении и реабилитации детей с острыми и хроническими формами аллергодерматозов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кукес В.Г., Форова Н.М., Бурисен Э.Р., Гнеушев Е.Т. // Сов. мед. — 1983. — № 2. — С. 84—86.
2. Леви Э.Р., Шукина З.И. Тезисы докладов отечественной научной конференции. — М., 1980.
3. Шамова А.Г., Маланичева Т.Г., Шамов Б.А. Способ лечения аллергодерматозов у детей. — Патент на изобретение № 96101270/14.

Поступила 25.02.98.

RIBOXIN IN COMPLEX THERAPY IN CHILDREN WITH ALLERGODERMATOSES

T.G. Malanicheva, A.G. Shamova, B.A. Shamov

S u m m a r y

The use of riboxin in atopical dermatosis and urticaria allows to increase significantly the efficiency of the treatment: to decrease the acute period and hospitalization time of children as well as to increase the remission time. The use of riboxin is recommended in the treatment and rehabilitation of children with acute and chronic forms of allergodermatoses.