

2. Голиков П.П., Леменев В.Л., Николаев Н.Ю. Продукция оксида азота лейкоцитами и тромбоцитами периферической крови человека в норме и при сосудистой патологии // Гематология и трансфузиология. – 2003. – Т. 48, № 2. – С. 28–32.
3. Звягинцева Т.В., Гамаюнов И.В. Изменения метаболизма оксида азота при ревматических заболеваниях // Украинский ревматологический журнал. – 2002. – Т. 9, № 3. – С. 10–15.
4. Иванов О.Л. Современная классификация и клиническое течение ангиитов (васкулитов) кожи // Русский медицинский журнал. – 1996. – Т. 5, № 11. – С. 693–700.
5. Кулага В.В., Романенко И.М., Афонин С.Л. и др. Аллергические болезни кровеносных сосудов кожи: рук. для врачей. – Луганск: «Элтон-2», 2006. – 236 с.
6. Насонов Е.Л. Патогенетические механизмы системных васкулитов // Врач. – 2000. – № 5. – С. 14–15.
7. Насонов Е.Л., Баранов А.А. Патогенетическое обоснование лечения системных васкулитов // Клиническая медицина. – 1999. – № 7. – С. 15–18.
8. Раденска С.Г., Насонова В.А. Васкулиты и васкулопатии: общие признаки и характерные особенности: лекция // Терапевтический архив. – 1998. – № 11. – С. 58–59.
9. Семенова Е.Н. Системные некротизирующие васкулиты. – М.: Рус. врач, 2001. – С. 267.
10. Хамидов Ш.А., Пахирдинов А.Б., Киличев Р.М. Плазмаферез и гипербарическая оксигенация в комплексной терапии больных ангиитами кожи // Вестник дерматологии и венерологии. – 2002. – № 1. – С. 36–38.
11. Bacon P.A. Aetiopathogenesis of vasculitis // J. Rheumatol. – 1992. – Vol. 4. – P. 187–194.
12. Chen K.R., Carlson J.A. Clinical approach to cutaneous vasculitis // Am J Clin. Dermatol. – 2008. – Vol. 9, № 2. – P. 71–92.
13. Rolla G., Brussino L., Bertero M. et al. Increased nitric oxide in inhaled air of patients with systemic lupus erythematosus // J. Rheumatol. – 1997. – Vol. 24, № 6. – P. 1066–1071.

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ У ДЕТЕЙ: СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУННОГО СТАТУСА ДО И ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ТЕРАПИИ

© Сароян А.С., Силина Л.В.

Кафедра дерматовенерологии
Курского государственного медицинского университета, Курск

E-mail: aneurisma@mail.ru

Проведена оценка клинической эффективности различных схем терапии у 96 детей дошкольного возраста, страдающих atopическим дерматитом. На фоне терапии препаратами лактофилтрум и гепон значение индекса SCORAD было в среднем на 57% ниже, чем в группе, получавшей только лактофилтрум, и на 71% ниже, чем в группе, получавшей традиционное лечение. Использование лактофилтрума и гепона в комплексе со стандартной терапией вызвало уменьшение ДДИКЖ на 90,32% в сравнении с исходными значениями, лечение лактофилтрумом – на 42%. Традиционное лечение привело к снижению ДДИКЖ на 20,43%. Положительная динамика дерматологических индексов сопровождалась регрессированием симптомов поражения желудочно-кишечной системы. На фоне применения лактофилтрума и гепона дополнительно к традиционной терапии наблюдалось статистически достоверное уменьшение общего количества лейкоцитов, лимфоцитов, за счет уменьшения CD22+-лимфоцитов на фоне увеличивающегося содержания CD3+-лимфоцитов, уменьшение Ig E, увеличение содержания в плазме крови Ig A.

Ключевые слова: atopический дерматит, дети, лактофилтрум, гепон, желудочно-кишечная системы, иммунитет.

ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN: THE CONDITION OF GASTROINTESTINAL TRACT AND SEVERAL PARAMETRES OF IMMUNOLOGICAL STATUS BEFORE AND AFTER DIFFERENT TYPES OF THERAPY

Saroyan A.S., Silina L.V.

Dermatovenerology Department of the Kursk State Medical University, Kursk

The condition of gastrointestinal tract and several parameters of clinical efficiency of different therapeutic schemes at 96 pre-school children with atopic dermatitis was estimated. Against therapy by preparations Lactofiltrum and Hepon value of index SCORAD was on the average on 57% more low, than in the group receiving only Lactofiltrum and on 71% more low, than in the group receiving traditional treatment. Use Lactofiltrum and Hepon in a complex with standard therapy caused reduction of IDLQI by 90% in comparison with reference values, treatment with Lactofiltrum – on 42%. Traditional treatment has led to decrease IDLQI on 20%. Positive dynamics of dermatological indexes was accompanied by elimination of symptoms of defeat of digestive organs. Against application Lactofiltrum and Hepon in addition to traditional therapy statistically authentic reduction of total of leukocytes, lymphocytes, at the expense of reduction CD22+ against increasing maintenance CD3+, reduction Ig E, maintenance increase in plasma of blood Ig A was observed.

Keywords: atopic dermatitis, lactofiltrum, hepon, gastrointestinal system, immunity.

Среди аллергических заболеваний кожи у детей одно из ведущих мест занимает atopический дерматит (АД), распространенность которого, по данным эпидемиологических исследований, колеблется от 17 до 25% [1, 2]. Одной из особенностей течения патологического процесса на современном этапе является сочетанный характер поражения органов и систем [3, 5]. Анализ заболеваемости показал, что наиболее высокая распространенность болезней органов пищеварения и пищевой аллергии имеет место в возрасте 6-7 лет, причем с сочетанием различных нозологических патологий [3, 4]. При atopическом дерматите нарушение систем, защищающих организм от чрезмерного поступления аллергенов, а также систем, принимающих участие в элиминации антигенов из организма, приводит к тому, что длительное антигенное воздействие при наличии ге-

нетической предрасположенности обуславливает поломку адаптационно-компенсаторных механизмов организма и развитие иммунопатологических реакций [11, 12, 13]. Очевидно, что сочетание аллергического процесса с имеющимся хроническим воспалением желудочно-кишечного тракта у детей раннего и дошкольного возраста в еще большей мере способствует пищевой сенсибилизации и тем самым усугубляет течение гастроэнтерологической патологии [4, 5, 7]. Одним из важных звеньев патогенеза развития atopического дерматита является накопление в крови и тканях избыточного количества токсичных продуктов – эндогенная интоксикация [6, 8].

Недостаточное внимание в дерматологии уделяется коррекции протективных механизмов, те или иные нарушения которых отмечаются у подавляющего большинства больных с АД. Слож-

ность лечения энтеритов у детей прежде всего связана с возрастными ограничениями применения ряда препаратов, таких как H₂-гистаминблокаторы, синтетические аналоги простагландинов и др. [7, 14].

Возможности коррекции кишечной микрофлоры у детей с атопическим дерматитом ограничены в связи с тем, что большинство бактериальных препаратов содержит высокоаллергенные компоненты (молочные и сывороточные белки, фрагменты бактериальных стенок) [12, 13].

Несмотря на многочисленные фундаментальные исследования, проведенные в последние десятилетия, нет единой теории, объясняющей патогенез атопического дерматита и тактику ведения пациентов детского возраста.

Цель исследования: изучить состояние органов желудочно-кишечного тракта, некоторых показателей иммунной системы у детей, страдающих атопическим дерматитом, до и после различных видов терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании приняли участие 96 человек в возрасте 4,5±1,2 лет: 50 мальчиков (52,1%) и 46 девочек (47,9%). Наследственность по атопическому дерматиту была отягощена у 14 пациентов (46,7%), по заболеваниям ЖКТ – у 10 (33,3%) пациентов. Дисбактериоз встречался у 41 (42,7%) пациента.

На первом этапе были изучены: карты развития, диспансерные карты, собран анамнез, включая аллергологический, проведен анализ данных клинико-параклинического обследования, целенаправленное анкетирование детей и родителей. Критериями исключения были: местная терапия глюкокортикостероидными препаратами в течение предыдущей недели; выраженное обострение дерматита с мокнутием; клинические признаки вторичного бактериального инфицирования кожи; признаки герпетической инфекции, острые интеркуррентные заболевания, врожденные заболевания. Родители всех детей заполняли информационное согласие на исследование детей. На втором этапе все дети были разделены на 3 группы в зависимости от применяемой терапии. Дети I группы (n=30) получали только традиционное лечение, которое включало в себя антигистаминные препараты (лоратадин 5 мг 1 раз в сутки, 14 дней), мембраностабилизирующие препараты (кетотифен 1 мг 1 раз в сутки, 14 дней), витаминные препараты (пиридоксин 2 мг в сутки, 14 дней), никотиновая кислота 5 мг в сутки, 14 дней), наружная терапия (крем Унны). Дети II группы (n=33), дополнительно к традиционному лечению

получали лактофильтрум 0,5 мг 3 раза в день, 10 дней. Детям III группы (n=33) дополнительно назначали гепон по 5 капель 2 раза в день, 14 дней. Назначение гепона детям исследуемого возраста также проводилось с согласия родителей и в соответствии с методическими рекомендациями [10]. Выраженность кожных проявлений оценивали по шкале SCORAD до начала терапии и на 14 день. Для оценки качества жизни у детей использовали детский дерматологический индекс качества жизни (ДДИКЖ) до начала терапии и на 14 день. У всех наблюдаемых детей изучали показатели иммунологической реактивности [10]. Достоверность различий исследованных показателей определяли с использованием парного и непарного t-критерия Стьюдента. Разность долей подтверждена использованием критерия z. [4].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Жалобы и клиническая картина патологии пищеварительной системы при атопическом дерматите отличались выраженными болевым и диспепсическим синдромами, длительностью болей. На фоне проводимого лечения во всех группах происходила нормализация симптомов поражения желудочно-кишечного тракта (табл. 1). Число пациентов, предъявляющих жалобы на боли в животе, на фоне традиционной терапии уменьшилось на 40%.

При включении в терапию лактофильтрума 70% детей отмечали отсутствие болевых ощущений в животе, а при дополнении терапии гепоном боли в животе уменьшились у 99% детей. Аналогичная динамика наблюдалась и в изменениях других жалоб со стороны гастроинтестинальной системы. Во всех групп больных атопическим дерматитом отмечалось улучшение самочувствия, уменьшение, а затем исчезновение зуда и воспалительных изменений на коже, нормализовался сон.

Регрессирование симптоматики подтверждалось положительной динамикой дерматологических индексов (табл. 2). До начала терапии показатели индексов SCORAD и ДДИКЖ у пациентов исследуемых групп имели приблизительно равные значения. К концу терапии в группе детей, получавших лактофильтрум и гепон индекс SCORAD уменьшился на 79,66% ($p < 0,05$) в сравнении с его значением до начала лечения. На фоне применения лактофильтрума индекс SCORAD уменьшился на 52,77% ($p < 0,05$), тогда как на фоне общепринятого лечения снижение данного показателя составило 18,56%.

При этом значение индекса SCORAD после лечения лактофильтрумом и гепоном было в сре-

Таблица 1

Частота симптомов дисфункции ЖКТ у детей, страдающих АД, получавших различные виды терапии (абсолютное число случаев)

Жалобы, симптомы		Метеоризм	Боли в животе	Снижение аппетита	Нарушения стула
Группа					
I (n=30)	до лечения	25	26	25	27
	после лечения	15	17	20	19
II (n=33)	до лечения	29	27	24	28
	после лечения	8	6	7	6
III (n=33)	до лечения	30	29	26	27
	после лечения	1*	2*	1*	1*

Примечание: * - $p < 0,05$ в сравнении с показателями до лечения.

Таблица 2

Изменение индексов SCORAD и ДДИКЖ у детей, страдающих атопическим дерматитом, получавших различные виды терапии (в баллах, $M \pm m$)

Показатель	Индекс SCORAD		ДДИКЖ	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Стандартное лечение (n=30)	41,23±6,53	33,58±4,88	23,50±2,21	18,70±1,82
Лечение с лактофильтрумом (n=33)	49,05±9,56	23,17±6,03* ¹	23,15±2,76	13,42±3,30* ¹
Лечение с лактофильтрумом и гепоном (n=33)	48,82±9,66	9,93±3,94* ¹	23,12±3,73	2,24±1,25* ¹

днем на 57% ($p < 0,05$) ниже, чем в группе, получавшей только лактофильтрум, и на 71% ($p < 0,05$) ниже, чем в группе, получавшей традиционное лечение. Значение ДДИКЖ на фоне фармакотерапии так же снижалось. Использование лактофильтрума и гепона в комплексе со стандартной терапией вызывало уменьшение данного показателя на 90,32% ($p < 0,05$) в сравнении с исходными значениями, лечение лактофильтрумом – на 42% ($p < 0,05$). Традиционное лечение привело к снижению ДДИКЖ на 20,43%. После назначения лактофильтрума и гепона значения ДДИКЖ были в 6 раз ниже ($p < 0,05$), чем после лечения лактофильтрумом и в 8 раз меньше ($p < 0,05$), чем после стандартной терапии. Период клинической ремиссии у первой группы больных атопическим дерматитом, получавших традиционное лечение, наступал спустя $29 \pm 0,9$ суток, у второй группы больных детей, получавших дополнительно к традиционному лечению лактофильтрум, – спустя $26,7 \pm 1,1$ суток, а у третьей группы больных, получавших комплексную терапию в сочетании с гепоном, – спустя $23,7 \pm 0,7$ суток. Таким образом, у пациентов второй и третьей

групп клиническая ремиссия наступала в среднем на 3-6 суток раньше, нежели у пациентов первой группы.

Переносимость лактофильтрума и гепона в представленных дозах была хорошей у всех детей. Побочных реакций не выявлено.

Показатели клеточного иммунитета детей дошкольного возраста, больных АД, до начала лечения характеризовались снижением относительного количества CD3+, CD8+-лимфоцитов на фоне повышения относительного количества лимфоцитов. Содержание CD22+-лимфоцитов, идентифицирующих зрелые В-лимфоциты, так же было повышено. У всех детей происходило незначительное снижение уровней иммуноглобулинов класса G, A, M на фоне резкого выраженного повышения уровня Ig E в сыворотке крови, снижение фагоцитарной активности нейтрофилов (ФАН), фагоцитарного индекса (ФИ) и НСТ-теста.

Положительная динамика клинических симптомов сопровождалась и благоприятными изменениями иммунологических показателей (рис.1).

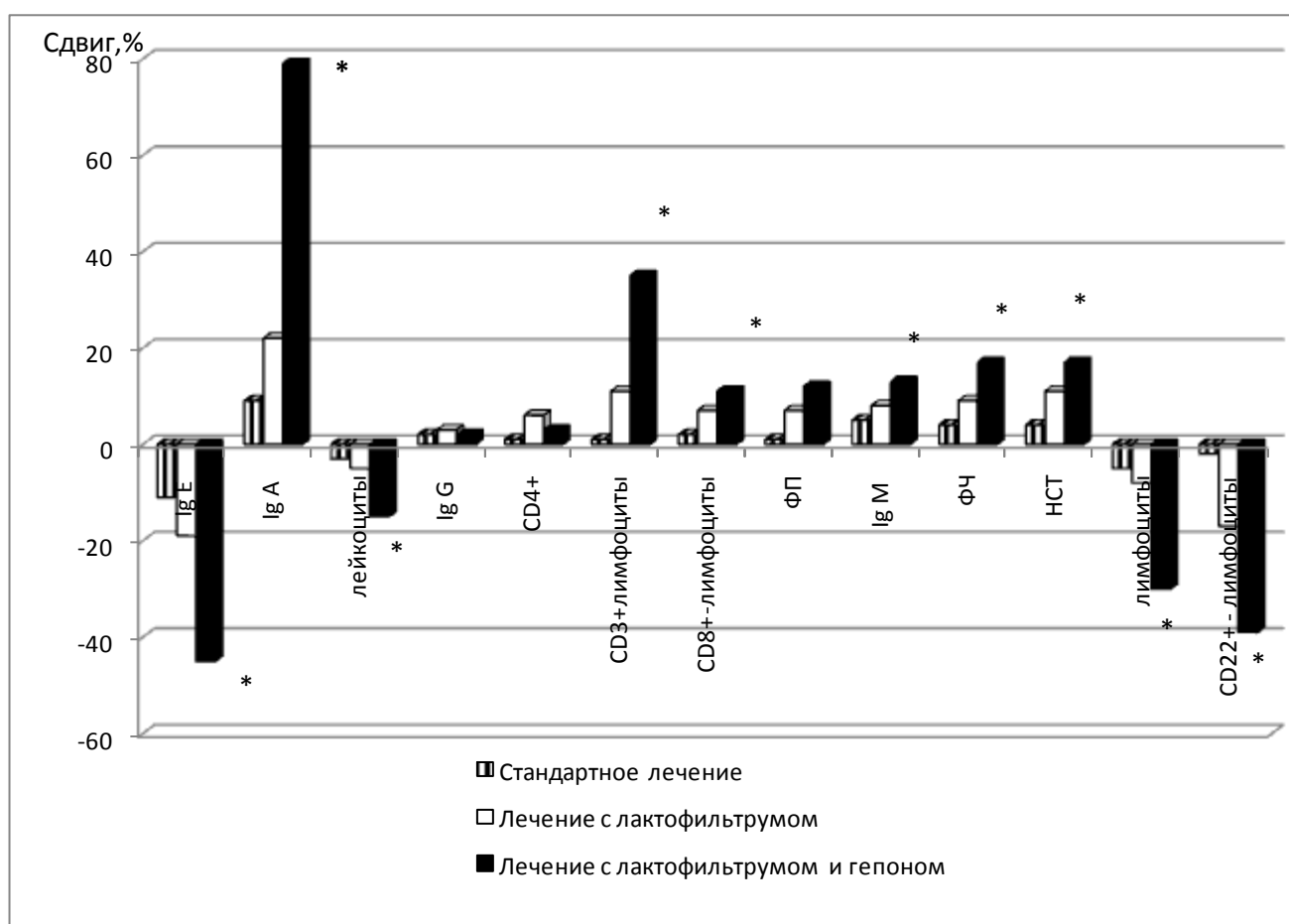


Рис.1. Значения сдвигов основных иммунологических показателей в результате лечения при различных схемах фармакотерапии (за ноль приняты показатели нормы).

Примечание: * - $p < 0,05$ в сравнении с показателями до лечения.

После проведенного лечения у первой группы больных детей регистрировались изменения показателей иммунитета, близкие по своему характеру к тем, которые отмечались в периоде обострения заболевания. Во второй группе в периоде клинической ремиссии отмечалось увеличение относительного количества CD3-, CD8-лимфоцитов крови, уменьшение относительного количества CD22-лимфоцитов крови, снижение исходно высокого уровня Ig E при отсутствии существенных сдвигов других показателей иммунитета. В третьей группе на фоне проведенной терапии имело место достоверное снижение относительного количества CD22-лимфоцитов крови, повышение относительного количества CD3-, CD8-лимфоцитов крови, ФАН, ФИ и значений НСТ-теста, более выраженное снижение уровня Ig E.

Согласно иммунологической классификации atopического дерматита, впервые подтвержденной в работах Ю.В. Сергеева, у исследуемых нами пациентов мы наблюдали смешанный тип течения АД, включающий в себя повышение содержание Ig E, а также повышение уровня CD3+, CD4+ лимфоцитов [1,10]. Нельзя не отметить, что период обострения atopического

дерматита сочетался с симптомами дисфункции желудочно-кишечного тракта. Выраженное повышение уровня IgA на фоне комплексного лечения с применением препаратов лактофильтрум и гепон указывает на активацию местного иммунитета, в том числе влияние на иммунокомпетентные клетки гастроинтестинальной системы.

Таким образом, включение препаратов лактофильтрум и гепон в сочетании с традиционной терапией при atopическом дерматите у детей дошкольного возраста привело к снижению сроков наступления клинической ремиссии, статистически достоверному снижению клинических индексов, улучшению качества жизни, нормализации деятельности желудочно-кишечного тракта, а также способствовало нивелированию показателей иммунной системы, стимулируя неспецифический иммунитет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балаболкин, И.И. Atopический дерматит у детей // Вопр. охр. мат. – 2002. – № 4. – С. 74–78.
2. Вельтищев Ю.Е. Национальные программы охраны здоровья детей // Педиатрия (спец. выпуск). – 1999. – С. 21–24.