

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПОНЕНТОВ НЕКОТОРЫХ ФЕРМЕНТОВ ЦИКЛА
КРЕБСА ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ

С. Т. Кузнецова

Уральский медицинский институт

Рост числа тяжелых аллергических заболеваний, неред-
ко торпидных терапии, а также увеличение количества де-
тей с лекарственной аллергией диктует необходимость выбо-
ра минимума медикаментозных средств при лечении.

Исследованиями последних лет доказано снижение энер-
гетического потенциала клеток при аллергических заболе-
ваниях [3,4]. При изучении метаболизма клеток пери-
ферической крови (нейтрофилов и лимфоцитов) и морфологии
эозинофилов у детей с аллергическим диатезом и его кож-
ными эволютивными формами нами выявлено угнетение мито-
хондриальных ферментов и значительные изменения морфо-
логических свойств эозинофилов по тесту их вакуолизации.

В результате клинического наблюдения за 250 детьми с
аллергодерматозами с помощью цитохимических исследований
было обнаружено изменение морфофункциональных свойств
клеток крови. Изменения у всех детей носили стадийный,
фазовый характер и зависели от тяжести патологического
процесса.

При помощи цитохимических методик [2] исследовали
содержание пероксидазы и щелочной фосфатазы нейтрофилов и
лимфоцитов. У 105 детей с экземой, нейродермитом и аллер-
гическим конституционным дерматитом методом количествен-
ной цитохимии [2,4] определена активность диафораз,
нейтрофилов и лимфоцитов (НАДФН-2 и НАДН-2 диафораз). У
150 детей наряду с определением ферментного статуса лей-
коцитов исследованы морфологические свойства эозинофилов

по тесту их вакуолизации [1, 7].

Соотношение нормальных и вакуолизованных эозинофилов составило при экземе $0,95 \pm 0,07$, а у детей с нейродермитом $0,78 \pm 0,18$. У части больных отмечалась грануляция эозинофилов на высоте тяжести клинических проявлений аллергодерматозов.

При исследовании цитохимических данных выявлено угнетение митохондриальных ферментов, что свидетельствовало о снижении энергетического потенциала и устойчивости клеточных мембран лейкоцитов крови. Обнаруженное у детей с аллергодерматозами снижение активности пероксидазы нейтрофилов указывало на блокаду окислительных ферментов. Функциональная активность лимфоцитов по содержанию в них кислой фосфатазы чаще была повышенной, что говорит об общей закономерности повреждения лизосомальных мембран клеток при аллергических процессах и, безусловно, определяет направление в терапии данной группы детей.

У больных с диссеминированным кожным процессом в 75% случаев выявлен дисбактериоз кишечника, чаще всего - снижение содержания кишечной палочки и бифидумбактерий, вплоть до их отсутствия. У 73% детей была обнаружена условно-патогенная флора (гемолизующие *E. coli*, протей, клебсиелла) в различных ассоциациях.

Все дети находились на стационарном лечении в соматическом отделении. При этом им назначалась гипоаллергентная элиминационная диета и шадящий лечебно-охранительный режим. Был предусмотрен также уход матери за ребенком [5, 6]. После проведенного стационарного лечения детей переводили в реабилитационные отделения детских поликлиник [6]. Последующим этапом оздоровления являлись специализированные группы детских дошкольных отделений санаторного типа.

Проведенная ранее массивная медикаментозная терапия на догоспитальном этапе, опасность лекарственной сенсибилизации диктует необходимость поиска минимальной и патогенетически оправданной терапии у детей с аллергодерматозами. Учитывая, что при помощи ферментов реализуется действие наследственного аппарата, а активность ферментов зависит не только от белковой структуры, но и от присутствия коферментов, можно предположить при аллергических заболеваниях значительную терапевтическую ценность препаратов, являющихся коферментами ферментов цикла Кребса. Можно полагать, что в основе эффекта терапии этими веществами лежит нормализация энергетического обмена, обеспечивающего пластические процессы в клетке, оптимизацию обмена веществ.

Сопоставляя эти данные с полученными нами результатами по функциональному состоянию клеток периферической крови у детей с экземой, нейродермитами и аллергическим дерматитом, мы сочли целесообразным назначение метаболитной терапии на различных этапах реабилитации детей с учетом фармакодинамики препаратов-синергистов цикла Кребса. С этой целью в состав метаболитического комплекса, назначаемого первым мы включили тиаминпирифосфат, рибофлавинонуклеотид, липоевую, пантотеновую кислоты.

Эти препараты регулируют два важных этапа: окислительное декарбоксилирование альфа-кетоглутаровой и пировиноградной кислот и включение последней в цикл Кребса в виде ацетил-КоА. Этот первый метаболитический комплекс мы назначали сроком на 7-10 дней, используя различные пути введения: парентеральный и энтеральный в лечебных дозировках. В большинстве случаев коферменты назначались после проведенного стационарного лечения тяжелых форм аллергодерматозов с целью реабилитации больных. При аллер-

гическом конституциональном дерматите, себорейной экземе эти препараты входили в комплекс лечения наряду со средствами, нормализующими состояние органов пищеварения (ферменты, биологически активные препараты, стабилизаторы клеточных мембран, фаги, желчегонные препараты). Мы старались избегать полипрагмазии, учитывая взаимодействие препаратов. При индивидуальной непереносимости препараты исключались из комплекса.

Второй метаболический комплекс включал в себя пиридоксальфосфат или пиридоксин, альфа-токоферола ацетат, оротат калия и был направлен на метаболическую регуляцию липидного обмена, стабилизацию мембран, активацию синтеза гена гемоглобина и других гемосодержащих систем [3,4]. Поскольку синтез фосфолипидов должен обеспечиваться интенсивной функцией цикла Кребса, мы считаем, что второй комплекс препаратов следует вводить после первого. Проведенные на фоне лечения в динамике исследования функционального состояния лейкоцитов по активности их ферментов выявили тенденцию к нормализации цитохимических показателей. Параллельно наблюдали и положительную динамику клинических проявлений. Однако у части детей в период лечения в стационаре полной нормализации морфофункциональных свойств не наступило. Это указывает на необходимость длительного, этапного лечения детей с аллергодерматозами с проведением реабилитационных мероприятий. Мы считаем целесообразным повторное назначение метаболических комплексов через 2-3 мес в условиях детской поликлиники или детских дошкольных учреждений с целью повышения степени адаптации детей с аллергодерматозами в стадии клинико-лабораторной ремиссии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гришко А. А. К диагностике аллергических состояний при хроническом тонзиллите у детей // Педиатрия. 1974. № 1. С. 46-47

2. Нарциссов Р. П. Цитохимия ферментов лейкоцитов в педиатрии: Автореф. дисс. . . док. мед. наук. М. 1970. С. 8-10

3. Нарциссов Р. П. Прогноз роста и развития здорового ребенка // Советская педиатрия: Ежегодные публикации об исследованиях советских авторов. М.: Медицина. 1979. С. 75-88

4. Нарциссов Р. П. Диагностика, прогноз и метаболическая коррекция осложнений плода, новорожденного и ребенка первого года жизни. М.: Медицина. 1987. С. 15-21

5. Синявская О. А., Кузнецова С. Т., Чернова Н. Ф. Опыт лечения детей раннего возраста с тяжелыми кожными проявлениями аллергического диатеза в условиях соматического стационара // Научные труды т. 65. Казань. 1985. С. 83-88

6. Синявская О. А., Кузнецова С. Т. Этапность комплексов реабилитационных мероприятий при диспансеризации детей с аллергическим диатезом // Тез. VII Всероссийского съезда детских врачей. Иваново. 1987. 45с.

7. Connell J. T. Morphological changes in eosinophilic of allergy disease // J. of Allergy. 1968. Vol. 41. № 1. P. 12.