ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В КРОВИ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Пакирдинов А.Б.
Андижанский Государственный медицинский институт.
Кафедра дерматовенерологии

DOI: 10.67620/dermajournal.1730109

Введение.

Повышение эффективности лечения кожных больных – важная социальная задача. Это связано со значительным распространением ряда дерматозов и их тяжёлым течением приводящим к частичной или полной потере трудоспособности. Применяемые в дерматологии традиционные методы лечения не всегда эффективны, а нередко сопряжены с разнообразными побочными действиями и осложнениями. Лечение больных представляет экономическую проблему вследствии высокой стоимости и дефицита лекарственных средств. В связи с этим понятен большой интерес, который проявляется к немедикаментозным методам терапи. Одним из таких методов лечения является – плазмаферез (ПА) и гипербарическая оксигенация (ГБО).

Целью работы явилось - изучение характера изменения активности каталазы и содержания одного из конечных продуктов ПОЛ-малонового диальдегида (МДА) в плазме крови под влиянием плазмафераза и гипербарической оксиганации в сочетание наружной терапией (Вигантола и мази Адвантан).

Материалы и методы.

Под нашим наблюдением находились 71 больных АД. Мы различаем 2 клинические формы АД: а) пруригинозная форма тяжёлая степень тяжести у 48 (67,6%) больных; б) лихеноидная форма среднетяжёлая степень тяжести – 23 (32,3%).

Исследования активности каталазы крови, принимающей участие в разрушении продуктов свободнорадикального перекисного окисления липидов и определение одного из конечных продуктов ПОЛ – малонового диальдегида у больных выявили изменения по сравнению с нормой. Активность каталазы была снижена у 16 обследованных больных независимо от имеющейся патологии (АД – 191,46±2,17 ($P>0,05$); норма – 313,04±0,52 ед. экстинкции), а содержание МДА – повышено (АД – 4,42±0,04 нмоль/мл ($P<0,05$); норма – 3,20±0,06 нмоль/мл). Это свидетельствует о том, что изменение активности свободнорадикальных процессов является одним из существенных компонентов патогенеза больных АД.

Анализ клинико-лабораторных данных позволил сделать следующие заключения. В исследуемой группе больных АД, выявили нарушения активности каталазы и содержания одного из конечных продуктов ПОЛ – малонового диальдегида в плазме крови.

С этой целью и с невозможностью прямого воздействия на первичные звенья патогенеза для лечения были разработаны схемы оптимального режима ПА и ГБО у больных псориазом и АД, (две процедуры в сутки, основу первой процедуры составило проведение ПА, основу второй процедуры составило проведение ГБО, процедуры проводились ежедневно, кроме воскресенья, всего 5-12 процедур ПА и 5-10 процедур ГБО на курс лечения). Бронхомунал по 1 (7,0 мг) капсуле в сутки, всего на курс 10-15 дней.

Лечение больных ГБО проводили в барокамере типа ОКА. Кислород подавался под давлением, соответствующему давлению в барокамере. Температура в барокамере во время сеанса поддерживалась в пределах 23-29^{0}С, относительная влажность воздуха составила не

менее 65%, содержание кислорода в воздушной среде от 21 до 23%, углекислого газа - 0,03%, что не превышало допустимой нормы.

Результаты и их обсуждение.

С целью подбора оптимального числа процедур комплексного лечения для больных АД мы проводили лечение по двум схемам: 5-6 и 10-12 процедур комплексного лечения на курс при режиме ПА и ГБО, при котором забор крови за одну процедуру составил 600-1200 мл. За один сеанс ПА удаляли от 300 до 600 мл плазмы. ГБО – давление 1,7 атм., экспозиция – 45 минут, компресия и декомпресия по 7 минут. Бронхомунал назначался по 1 капсуле (7 мг) 1 раз в сутки ежедневно, на курс 10-15 дней. Наружная терапия проводилась в виде мази на вазелиновой основе с добавлением 2%-й салициловой мази, Витамином $Д_3$ и мазью Адвантан. Мазь, наносили тонким слоем 1 раз в сутки.

После 5-ой процедуры комплексного лечения у больных отмечалось нарастание активности каталазы. При исследовании через неделю при первой схеме комплексной терапии возрастание его активности продолжалось, достоверно превысив исходные показатели больных АД (236,3±1,2 ед. экстинкции) ($P<0,05$). При второй схеме комплексной терапии активность каталазы, повысившись к 5-й процедуре комплексного лечения, вновь возвращалась к исходным данным к концу комплексного лечения, что, по-видимому, связано с избыточной элиминацией (удалением с плазмой) фермента.

Содержание МДА как при 5-6 процедурах комплексного лечения, так и при 10-12 у всех изучаемых нами больных отмечалось незначительное снижение МДА.

Заключение. Таким образом, повышения содержания каталазы после коротких курсов комплексного лечения с использованием ПА и ГБО у больных АД связано с компенсаторным механизмом организма, так как при ПА отмечается повышенное удаление фермента каталазы, на, что организм реагирует усиленной выработкой его. После 10-12 процедур комплексного лечения с использованием ПА и ГБО уменьшение концентрации каталазы связано с истощением компенсаторных механизмов организма. Уровень МДА в сыворотке крови снижается после комплексного лечения с использованием ПА и ГБО. Это положительно влияет на кожный процесс, так как уменьшается перекисное окисление липидов и в результате этого исчезает гипоксия тканей.