

ПРИМЕНЕНИЕ УНИТИОЛА КАК АНТИОКСИДАНТНОГО
ПРЕПАРАТА В ТЕРАПИИ ЭКЗЕМЫ И НЕЙРОДЕРМИТА
У ДЕТЕЙ

М.А.Захаров

В последнее время в отечественной литературе появились сообщения о применении антиоксидантов для лечения экземы и нейродермита у детей, в частности, авторами предлагается в качестве антиоксидантного препарата и стабилизатора клеточных мембран ацетат токоферола [4,6,7]. Теоретическое и клинико-лабораторное использование его в терапии аллергодерматозов позволяет изучить эффективность других антиоксидантов у данного контингента больных.

Активность перекисного окисления липидов (ПОЛ) нами изучалась по уровню содержания в крови больных гидроперекисей липидов (ГЛ) и конечных продуктов перекисления липидов, реагирующих с тиобарбитуровой кислотой (ТБК-продукты).

Тиоловые соединения, к которым относится и унитиол, содержат сульфгидрильные группы, участвуют в реакции восстановления гидроперекисей, тормозят течение ПОЛ.

Концентрацию промежуточных и конечных продуктов ПОЛ определяли спектрофотометрически с помощью известных цветных реакций [3,5].

Нами обследованы 47 детей в возрасте от 6 мес. до 14 лет в специализированном отделении по лечению аллергодерматозов у детей. Исследования проводились до назначения лечения и накануне выписки из стационара при достижении клинической ремиссии кожного процесса и улучшении общего состояния. Из обследованных больных у 11 была диагностирована истинная детская экзема, у 23 -

диссеминированный нейродермит, у 13 — диффузный нейродермит. Для истинной детской экземы было характерно расположение очагов гиперемии, экзематизации на коже щек, голени, редко на коже туловища. При диссеминированной форме нейродермита кожный процесс был представлен папулезной инфильтрацией, сопровождаемой гиперемией, экскорриациями, сухостью кожи в трех и более типичных локализациях. При диффузном нейродермите гиперемия, сухость кожи, папулезная инфильтрация, фолликулярный гиперкератоз поражали весь кожный покров.

У всех детей отмечалась сопутствующая патология органов пищеварения в виде дискинезий билиарных путей, дисбактериоза кишечника или хронического энтероколита, реактивного гепатита. По поводу данной патологии в комплексную терапию была включена наряду с дезинтоксикационной, десинсибилизирующей, седативной, сорбционной и диетотерапией также и желчегонная, витаминотерапия (аскорутин, пиридоксин), спазмолитические, ферментные препараты.

В таблице представлены результаты обследования детей до лечения, а также в ходе лечения указанным комплексом препаратов (2-я группа больных) и с включением в терапию препарата унитиола (1-я группа больных).

В качестве нормативных приняты данные литературы о содержании продуктов ПОД в крови здоровых детей. Так, уровень ГЛ составляет 0,1-0,2 ед., ТБК-продуктов 2,0-3,8 нмл/мл [7].

При поступлении в стационар у всех больных отмечались высокие показатели ПОД, причем содержание ГЛ было выше у больных истинной детской экземой, а уровень ТБК-продуктов — у больных диссеминированным нейродермитом. При лечении детей с применением унитиола уровень ГЛ у всех больных достигал нормы, без применения унитиола — уровень ГЛ нормализовался только у больных дис-

Содержание ГЛ и ТЕК-продуктов в крови
больных экземой и нейродермитом

Нозологическая форма и кол-во детей	Тесты	До лечения (47 чел.)	В процессе лечения	
			1 группа (23 чел.)	2 группа (24 чел.)
Диссеминированный нейродермит, 23	ГЛ	0,24±0,05	0,18±0,03	0,17±0,05
	ТЕК-пр.	8,29±0,75	6,93±0,23 = 12	10,04±0,17 = 11
Диффузный нейродермит, 13	ГЛ	0,36±0,01	0,18±0,03	0,26±0,02
	ТЕК-пр.	7,15±1,15	5,45±0,17 = 6	9,78±1,56 = 7
Истинная детская экзема, 11	ГЛ	0,40±0,07	0,14±0,01	0,22±0,05
	ТЕК-пр.	6,33±1,73	8,06±1,05 = 5	11,58±2,5 = 6

семинованным нейродермитом, при других нозологических формах имела тенденция к снижению. Концентрация ТЕК-продуктов при нейродермите у больных 1-й группы снижалась в процессе лечения, но была выше контрольных цифр. Тот же показатель у больных экземой из 1-й группы и у всех больных 2-й группы превышал данные первичного исследования в 1,5-2 раза.

Проведенные исследования подтверждают опубликованные ранее данные об активации ПОЛ при аллергодерматозе у детей [4,6,7]. Нами отмечается увеличение содержания конечных продуктов ПОЛ в 2-3 раза и промежуточных продуктов ПОЛ в 1,5-2 раза при всех формах аллергодерматозов по сравнению со здоровыми детьми.

В ходе лечения 23 больным вводили унитиол 5% внутримышечно ежедневно в течение 10 дней в дозах: детям до 1 года 0,5 мл в сутки, от 3 до 7 лет - 2,0 мл в с., старше - 5,0 мл. [2]. Препарат хорошо переносится детьми всех возрастов, при этом нами не замечены аллергические реакции и осложнения после применения унитиола больным экземой и нейродермитом.

Таким образом, по нашим данным, применение унитиола нормализует уровень ИЛ в крови больных и снижает содержание ТБК-продуктов, что можно связать с антиоксидантными свойствами унитиола и торможением ПОЛ. Терапия без применения антиоксидантов приводит к клинической ремиссии, но показатели, характеризующие активность деструктивных процессов в клетке, сохраняются высокими или даже нарастают.

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости систематической антиоксидантной терапии в период обострения и ремиссии кожного процесса больных аллергодерматозами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Владимиров Ю.А., Арчаков А.И. Перекисное окисление липидов в биологических мембранах. М.: Медицина. - 1972.
2. Применение антиоксидантов в педиатрии. // Киев. - 1984. - 23 с.
3. Романова Л.А., Стальная И.Д. Современные методы в биохимии. // М.: Медицина. - 1977. - С.64.
4. Состояние перекисления мембранных липидов и антиоксидантной функции крови у детей севера больных экземой. / Морозова А.К., Капралов И.К., Крылов В.И. и др. // М. - 1981. - Депон. во ВНИИМИ - № 4721-81. - 9 с.
5. Стальная И.Д., Гарипшвили Т.Г. Современные методы в биохимии / М.: Медицина. - 1977. - С.66.
6. Хамидова М.М., Банкова В.В., Гусева Н.В. Структурно-функциональное состояние клеточных мембран при атопических заболеваниях у детей. // Мед.журн.Узбекистана. - 1984. № 3. - С.6-9.
7. Шаробаро В.Е., Жаркова Л.П. Состояние перекисного окисления мембранных липидов при аллергическом (экссудативно-катаральном) диатезе у детей. // Смоленск. - 1986. - Депон. во ВНИИМИ - 12603-87. - 7 с.