



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **126583** (13) **U**

(51) МПК (2018.01)

A61K 9/19 (2006.01)

A61K 38/21 (2006.01)

A61P 17/00

A61P 33/00

A61P 37/00

МІНІСТЕРСТВО
ЕКОНОМІЧНОГО
РОЗВИТКУ І ТОРГІВЛІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2018 00839	(72) Винахідник(и): Андросов Євген Дмитрович (UA), Терьошин Вадим Олександрович (UA), Жерновой Ігор Володимирович (UA), Меркулова Ніна Федорівна (UA), Круглова Оксана Вікторівна (UA)
(22) Дата подання заявки: 30.01.2018	(73) Власник(и): ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ, просп. Науки, 4, м. Харків, 61022 (UA)
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.06.2018	(74) Представник: Голданська Анна Вадимівна
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.06.2018, Бюл.№ 12	

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЕРИТЕМАТОЗНО-ГЕМОРАГІЧНУ БЕШИХУ

(57) Реферат:

Спосіб лікування хворих на еритематозно-геморагічну бешиху включає місцеве використання на уражену ділянку шкіри аплікацій хлорофіліпту в суміші з димексидом і новокаїном, введення антибактеріальних, антигістамінних, протизапальних та імуноактивних препаратів. Як імуноактивний препарат вводять альфарекін.

UA 126583 U

Корисна модель належить до галузі медицини, а саме до способів лікування інфекційних захворювань.

Актуальність предмету корисної моделі пов'язана зі значним поширенням у сучасних умовах захворюваності на бешиху й нерідким виникненням у таких хворих геморагічних уражень шкіри в місцевому вогнищі, тобто розвитку еритематозно-геморагічної форми бешихи. Клінічний досвід показує, що в більшості випадків у теперішній час такі хворі лікуються вдома або в амбулаторних умовах під наглядом сімейного лікаря. Тому потрібне подальше удосконалення існуючих способів лікування бешихи, особливо найбільш поширеної в сучасних умовах еритематозно-геморагічної форми, що й стало підставою для розробки корисної моделі.

Існує спосіб лікування хворих на еритематозно-геморагічну бешиху (ЕГБ), у тому числі в амбулаторних умовах, шляхом введення хворим антибактеріальних, антигістамінних і протизапальних препаратів, зокрема хлотазолу, і призначення на місцеве вогнище на шкірі аплікацій з розчинами антисептиків, зокрема риванолом або фурациліном [Гальперин Э.А., Рыскинд Р.Р. Рожа. - [2-е изд.]. - М.: Медицина, 1976. - С. 108-110].

Однак, лікування хворих на ЕГБ згідно з цим способом не забезпечує зниження кількості гнійно-запальних ускладнень шкіри в місцевому вогнищі бешихи, переважно стафілокової етіології, оскільки в сучасних умовах патогенний стафілокок, який є збудником ЕГБ в асоціації з піогенним стрептококом, у більшості випадків нечутливий до дії антисептиків - риванолу або фурациліну.

Відомий також спосіб лікуванні хворих на ЕГБ, що включає місцеве використання аплікації ектерициду. При цьому місцеве вогнище бешихи на шкірі змочують ектерицидом, а потім на вогнище накладають марлеві серветки, які просочують ектерицидом; пов'язки міняють двічі на день до епітелізації ерозій, що звичайно виникають на місці геморагій [Черкасов В.Л. Рожа. - Л.: Медицина, 1986. - С 143-146].

Але, в сучасних умовах цей спосіб також недостатньо ефективний, оскільки патогенний стафілокок, який викликає ЕГБ, у теперішній час уже в більшості випадків утратив чутливість до ектерициду.

Тому був запропонований спосіб лікування хворих на ЕГБ, який передбачає місцеве призначення препаратів рослинного походження, зокрема соку каланхое у вигляді місцевих аплікацій та пов'язок на геморагічні елементи на шкірі з додаванням димексиду в співвідношенні 1:4 (1 частина димексиду на 4 частини соку каланхое), і при наявності відчуття печіння - також 1 % розчину новокаїну в кількості 1 частини [Фролов В.М., Черкасов В.Л. Рожа. - М.: ММА им. И.М. Сеченова, 1994. - [3-е изд.]. - С. 102-104].

Однак, цей спосіб також має недоліки, що пов'язано з недостатньою антибактеріальною, насамперед антистафілоковою активністю соку каланхое. Тому в деяких хворих цей спосіб не попереджує розвиток гнійно-запальних ускладнень (ГЗУ) у місцевому вогнищі бешихи, особливо при наявності у хворих на ЕГБ великих геморагій з подальшим нагноєнням їх.

У зв'язку з цим був запропонований спосіб лікування хворих на ЕГБ шляхом введення антибактеріальних, антигістамінних і протизапальних препаратів, місцевого застосування на уражену ділянку шкіри аплікацій препаратів рослинного походження в суміші з димексидом і новокаїном, причому як протизапальний препарат вводять мефенамову кислоту всередину по 0,5 г 3 рази на день після вживання їжі протягом 5-7 діб поспіль, місцево на вогнище бешихового запалення призначають аплікації суміші 1 % спиртового розчину хлорофіліпту з димексидом і 0,5 % розчином новокаїну в співвідношенні 1:2:3 за об'ємом, протягом 6-7 діб поспіль, а наприкінці лікування для прискорення загоєння ерозій на місці колишніх геморагій - здійснюють аплікації 2 % масляного розчину хлорофіліпту, що сприяє скороченню терміну лікування й попереджує розвиток гнійно-запальних процесів у місцевому вогнищі бешихи [Деклараційний патент України № 52293 А. МПК А61К 31/78, А61К 31/245, А61К 35/78. Спосіб лікування еритематозно-геморагічної форми бешихи. Опубл. 16.12.2002, бюл. № 12].

Але цей спосіб також має недоліки, що пов'язано з недостатньою антистафілоковою активністю спиртового розчину хлорофіліпту. Тому в деякої частини хворих цей спосіб не попереджує розвиток запальних ускладнень у місцевому вогнищі бешихи, особливо при наявності у хворих на ЕГБ великих геморагій з подальшим нагноєнням їх.

Існує спосіб лікування хворих на ЕГБ, що включає введення антибактеріальних, антигістамінних і протизапальних препаратів, місцево використання на уражену ділянку шкіри аплікацій хлорофіліпту в суміші з димексидом і новокаїном, а також додаткове введення протизапального препарату глутаргіну [Патент України на корисну модель № 17768. МПК А61К 31/195, А61К 31/245, А61К 35/78. Спосіб лікування хворих на еритематозно-геморагічну бешиху. Опубл. 16.10.2006, бюл. № 10].

Однак, при використанні й цього способу в низки хворих після проведеного лікування ЕГБ ще виникають рецидиви захворювання.

Відомий також спосіб лікування хворих на ЕГБ, який включає введення антибактеріальних, антигістамінних і протизапальних препаратів, місцеве використання на уражену ділянку шкіри апікацій хлорофіліпту в суміші з димексидом і новокаїном, глютаргін у додатково - нуклеусу, який сприяє прискоренню ліквідації проявів як інфекційної, так і ендогенної так званої "метаболическої" інтоксикації, а в клінічному плані - прискоренню одужання хворих на бешиху [Патент України на корисну модель № 61955. МПК А61К 31/00, А61К 31/7105. Спосіб лікування хворих на еритематозно-геморагічну бешиху. Опубл. 10.08.2011, бюл. № 15].

Але, при використанні й даного способу в деяких хворих на ЕГБ ще виникають рецидиви захворювання.

Тому був запропонований спосіб лікування хворих на ЕГБ шляхом місцевого використання на уражену ділянку шкіри апікацій хлорофіліпту в суміші з димексидом і новокаїном у співвідношенні 1:2:3 за об'ємом, введення антибактеріальних препаратів, зокрема антибіотиків пеніцилінового ряду, антигістамінних засобів (піпольфен, супрастин, фенкарол та ін.) - у середньо терапевтичних дозах, глютаргін - у вигляді 4 % розчину по 30-40 мл 2 рази на день протягом 7-10 днів поспіль, нуклеусу - усередину по 500 мг 2-3 рази на добу, після вживання їжі протягом 5-7 днів, а потім по 250 мг 2 рази на день протягом 7-14 днів поспіль, а також як протизапального препарату - амізону всередину по 0,25 г 3-4 рази на день після вживання їжі протягом 5-7 днів поспіль [Патент України на корисну модель № 69674. МПК А61К 31/195, А61К 31/245, А61К 35/74. Спосіб лікування хворих на еритематозно-геморагічну бешиху. Опубл. 10.05.2012, бюл. № 9].

Цей спосіб лікування хворих на ЕГБ є найбільш близьким до того, що заявляється, за технічною суттю й результатом, який може бути досягнутий, тому його вибрано як прототип.

До недоліків прототипу належить те, що в окремих хворих на ЕГБ все ж таки ще виникають рецидиви захворювання, що, зокрема, супроводжуються явищами ендогенної "метаболическої" інтоксикації. Тому й даний спосіб потребує подальшого удосконалення.

В основу корисної моделі поставлена задача, яка полягає в підвищенні ефективності відомого способу лікування хворих на ЕГБ для прискорення їх одужання, зменшення частоти залишкових явищ захворювання й подальших рецидивів бешихи.

Поставлена задача вирішується шляхом введення хворим на ЕГБ як імуноактивного препарату - альфарекіну.

Альфарекін виробляється ТОВ "Науково-виробнича компанія "Інтерфармбіотек" (м. Київ), зареєстрований в Україні як лікарський препарат (реєстраційне посвідчення № UA/15135/01/01) і дозволений до клінічного застосування Наказом МОЗ № 406 від 04.05.2016 р. Це лікарська форма інтерферону альфа-2b, рекомбінантного людини, синтезованого клітинами кишкової палички, у вигляді ліофілізату для розчину для ін'єкцій. Як і природний лейкоцитарний інтерферон, він має три основні види біологічної активності: імуномодулюючу, антивірусну й протипухлинну. Механізм дії препарату заснований на тому, що інтерферон, зв'язуючись з відповідними рецепторами клітин організму, індукує комплекс внутрішньоклітинних механізмів, що призводить до появи ферментів, які запобігають реплікації вірусів, збільшують фагоцитарну активність макрофагів, специфічну цитотоксичність лімфоцитів до клітин-мішеней.

Наша пропозиція щодо включення імуноактивного препарату альфарекіну в комплекс лікування хворих на ЕГБ базується на отриманих дослідним шляхом даних, які дозволили встановити закономірність, що використання альфарекіну в даного контингенту пацієнтів сприяє суттєвому зниженню, а потім і ліквідації явищ мікробної (інфекційної) інтоксикації, обумовленої безпосередньо токсинами збудників бешихи - золотистого плазмодокоагулюючого патогенного стафілококу й гемолітичного стрептококу, а також ендогенної "метаболическої" інтоксикації, яка обумовлена порушеннями обміну речовин, у тому числі білкового обміну у хворих на бешиху, і біохімічним маркером якої є суттєве підвищення рівня в крові хворих так званих "середніх" молекул (СМ). Раніше альфарекін у комплексі з вищезазначеними препаратами при лікуванні хворих на ЕГБ не використовувався.

Заявлений спосіб здійснюють таким чином. Хворому на ЕГБ вводять антибактеріальні препарати, зокрема антибіотики пеніцилінового ряду, антигістамінні засоби (піпольфен, супрастин, фенкарол та інш.) у середньотерапевтичних дозах, як протизапальний препарат - амізон усередину по 0,25 г 3-4 рази на день після вживання їжі протягом 5-7 днів поспіль та як імуноактивний препарат - альфарекін внутрішньом'язово по 1 млн МО 2 рази на день протягом 10-14 днів поспіль, у залежності від отриманого ефекту, а місцево на вогнище бешихового запалення наносять 1 % спиртовий розчин хлорофіліпту (який змішують з димексидом і 0,5 % розчином новокаїну в співвідношенні 1:2:3). Указана схема введення альфарекіну при ЕГБ

розроблена авторами корисної моделі дослідним шляхом при проведенні метаболічного моніторингу й є оптимальною для досягнення максимального метаболічного ефекту.

5 При розробці заявленого способу було обстежено дві групи хворих на ЕГБ, з яких основна група пацієнтів (50 осіб) отримувала лікування за допомогою заявленого способу, а група зіставлення (42 особи) - за допомогою прототипу. До початку лікування хворих на ЕГБ обидві групи були рандомізовані за статтю, віком, тяжкістю клінічного перебігу захворювання й характером місцевого запального вогнища на шкірі. При цьому, вираженість клінічної симптоматики ЕГБ в обох групах була практично однаковою.

10 При лікуванні було встановлено, що використання заявленого способу обумовлює прискорення ліквідації як симптомів загальної інтоксикації, так і патологічних проявів з боку місцевого вогнища ЕГБ (табл. 1).

Таблиця 1

Вплив заявленого й відомого способів лікування хворих на ЕГБ на клінічні показники (M±m)

Клінічні симптоми	Групи хворих на ЕГБ		P
	Основна (n=50)	зіставлення (n=42)	
Тривалість збереження (діб):			
пропасниці	2,0±0,1	3,6±0,2	<0,05
загальної слабкості	2,8±0,1	4,9±0,2	<0,05
нездужання	3,1±0,2	5,4±0,3	<0,05
зниження апетиту	3,3±0,2	4,4±0,2	<0,05
головного болю	1,7±0,1	3,0±0,1	<0,05
тахікардії	1,9±0,1	3,1±0,1	<0,05
гіперемії шкіри	3,7±0,2	7,1±0,3	<0,01
набряку шкіри	5,6±0,3	8,8±0,4	<0,01
болісності в місцевому вогнищі	4,2±0,2	7,2±0,3	<0,01
ерозій на місці геморагій	5,7±0,3	9,6±0,4	<0,01
Частота розвитку ГЗУ	1/2,0±0,1	3/4,8±0,2	<0,01
Середній ліжко-день (днів)	7,9±0,3	11,5±0,5	<0,01
Наявність залишкових явищ	1/2,0±0,1	2/4,8±0,2	<0,01
Рецидиви протягом 1 року	1/2,0±0,1	3/7,1±0,3	<0,001

Примітка: у табл. 1 у чисельнику - абсолютна кількість хворих, у знаменнику - відносна в % (M±m).

15 Так, в основній групі хворих, відмічено скорочення терміну збереження пропасниці в порівнянні з пацієнтами групи зіставлення в середньому на 1,6±0,1 доби, загальної слабкості - на 2,1±0,2 доби, нездужання - на 2,3±0,2 доби, зниження апетиту - на 1,1±0,1 доби, головного болю - на 1,3±0,1 доби, тахікардії - на 1,2±0,1 доби. Отже, лікування за допомогою заявленого способу скорочує тривалість збереження загальнотоксичного синдрому у хворих на ЕГБ.

20 Ще більша різниця встановлена між пацієнтами основної групи й групи зіставлення відносно терміну збереження змін у місцевому вогнищі бешихи. Так, тривалість збереження почервоніння шкіри в основній групі хворих була на 3,4±0,2 доби менше, ніж у групі зіставлення, набряку шкіри - на 3,2±0,2 доби, болісності шкіри при пальпації - на 3,0±0,1 доби, ерозій на місці геморагій - на 3,9±0,3 доби, частота розвитку ГЗУ - у 2,40 рази. Середній ліжко-день у пацієнтів основної групи був на 3,6±0,2 доби меншим, ніж у групі зіставлення. Диспансерний нагляд після виписки хворих із стаціонару дозволив встановити, що наявність залишкових явищ в основній групі скорочувалася в 2,40 рази відносно групи зіставлення, а кількість рецидивів бешихи протягом 1 року диспансерного обстеження - у 3,55 рази.

25 Крім того, у результаті додатково проведених біохімічних досліджень виявлено (табл. 2), що в обстежених хворих на ЕГБ до початку лікування рівень СМ у сироватці крові був підвищений в основній групі в середньому в 4,21 рази відносно норми, у групі зіставлення - у 4,12 рази.

Таблиця 2

Вміст СМ у сироватці крові хворих на ЕГБ до початку лікування ($M \pm m$)

Показник	Норма	Групи обстежених хворих		P
		основна (n=50)	зіставлення (n=42)	
СМ, г/л	0,52±0,02	2,19±0,07 ***	2,14±0,06 ***	P>0,1

Примітка: у табл. 2 й 3 вірогідність різниці стосовно норми: * - при $P < 0,05$, ** - $P < 0,01$, *** - $P < 0,001$; стовпчик P - відображає вірогідність різниці між показниками в основній групі й групі зіставлення.

Це свідчило про порушення метаболічного гомеостазу й наявність клініко-біохімічного синдрому "метаболічної" інтоксикації (СМІ) в обстежених у гострому періоді ЕГБ. Суттєве підвищення рівня СМ у крові таких пацієнтів нами трактувалося в цілому як наявність чітко вираженого СМІ.

Після проведеного лікування (табл. 3) у хворих на ЕГБ основної групи відмічалася чітко виражена позитивна динаміка з боку СМ - їх рівень суттєво знижувався й укладався в межах норми. У той же час, у групі зіставлення зберігалася вірогідне підвищення величини даного показника (в 1,33 рази вище норми). Отже, можна вважати, що в пацієнтів основної групи відмічалася ліквідація СМІ, що підтверджувалося нормалізацією концентрації СМ у сироватці крові. Отримані дані свідчать, що заявлений спосіб лікування хворих на ЕГБ має суттєві переваги відносно прототипу, які полягають у скороченні терміну лікування пацієнтів, зменшенні кількості ГЗУ в місцевому вогнищі й частоти подальших рецидивів бешихи.

Таблиця 3

Рівень СМ у сироватці крові хворих на ЕГБ після завершення лікування ($M \pm m$)

Показник	Норма	Групи обстежених хворих		P
		Основна (n=50)	зіставлення (n=42)	
СМ, г/л	0,52±0,02	0,53±0,02	0,69±0,03**	P<0,05

Тому отримані дані дозволяють вважати доцільним рекомендувати заявлений спосіб для широкого використання в умовах інфекційних і хірургічних відділень для лікування хворих на ЕГБ.

Наводимо конкретні приклади використання заявленого способу.

Приклад 1.

Хвора С., 56 років, домогосподарка, захворіла гостро, раптово, коли виник озноб, потім підвищилася температура тіла до $39,1^{\circ}\text{C}$, одночасно з'явився біль у лівій гомілці, через 6 годин на шкірі лівій гомілки виник осередок гіперемії й набряку, який швидко розповсюджувався також на тил ступні й нижню третину лівого стегна. Через 7-8 годин після появи гіперемії й набряку на шкірі лівій гомілки з'явилися 2 геморагії розмірами $3,0 \times 4,0$ см і $4,0 \times 5,0$ см із серозним вмістом. З анамнезу відомо, що за 2 дні до захворювання у хворої була травма лівій гомілки на городі дротом, на цьому місці виник крововилив розміром $1,5 \times 3,0$ см, однак за медичною допомогою не зверталася, забите місце помастила якоюсь маззю з аптечки.

При огляді: загальний стан хворої середньої тяжкості, скаржить на загальну слабкість, нездужання, головний біль, підвищену температуру тіла, зниження апетиту, наявність на шкірі лівій нижньої кінцівки - гомілці, нижній третині стегна й тильній поверхні ступні - яскравої еритеми, набряку й болісності ураженої ділянки при пальпації. На шкірі лівій гомілки знаходяться дві геморагії з серозним вмістом - розміром $3,2 \times 4,1$ см і $4,4 \times 5,6$ см. Уражена ділянка шкіри має чітку межу, яка відділяє запальне вогнище від здорової шкіри. Збільшені до 2-3 см і болісні при пальпації пахові лімфатичні вузли з лівого боку. Пальпація ділянки ураженої шкіри на лівій гомілці й лівому стегні значно болісна, особливо на межі зі здоровою шкірою, де відмічається запальний валик. Межі ураженої ділянки шкіри нерівні, у вигляді "язиків полум'я". Температура тіла - $38,5^{\circ}\text{C}$. Пульс - 96 ударів за хвилину, задовільних якостей. Артеріальний тиск - 130/85 мм рт. ст. Тони серця ритмічні, помірно приглушені, тахікардія. У легенях помірно жорстке дихання. Печінка - по краю реберної дуги, селезінка не збільшена.

Аналіз крові загальний: Ер.- $3,62 \times 10^{12}$ /л, Нb-135 г/л, Л.- $11,7 \times 10^9$ /л, е.-1, п.-11, с - 62, л.-22, м.-4; швидкість осідання еритроцитів - 24 мм/год. Концентрація СМ - 2,14 г/л.

Клінічний діагноз: ЕГБ лівої нижньої кінцівки (гомілки, нижньої третини стегна й тилу ступні), первинна, середньотяжкий перебіг.

5 Хворій призначено лікування згідно з заявленим способом, а саме: антибактеріальні (ампіокс і бісептол) й антигістамінні (піпольфен) препарати в середньотерапевтичних дозах, амізон усередину по 0,25 г 3 рази на день після вживання їжі протягом 5 діб, місцево на ділянку ураження шкіри - аплікації з суміші 1 % спиртового розчину хлорофіліпту, димексиду й 0,5 % водного розчину новокаїну в співвідношенні 1:2:3 при температурі суміші близько 38 °С-5 діб та як імуніоактивний препарат - альфарекін внутрішньом'язово по 1 млн МО 2 рази на день протягом 10 діб поспіль.

10 Під впливом проведеного лікування загальний стан хворої та її самопочуття суттєво покращилися вже на другу добу від початку лікування. Тривалість збереження пропасниці, головного болю й тахікардії склала 2 доби, загальної слабкості, нездужання й зниження апетиту - 3 доби, болісності в місцевому вогнищі - 4 доби, набряку шкіри й ерозій на місці геморагій - 5 діб, ліжко-днів - 6 діб. Встановлена нормалізація картини периферичної крові на момент виписки зі стаціонару. Рівень СМ становив 0,52 г/л, тобто був у межах норми. Залишкові явища бешихи були відсутні, рецидивів захворювання не було протягом 1 року диспансерного нагляду.

Приклад 2.

20 Хворий III., 48 років, будівник, захворів гостро, раптово. Спочатку виник озноб, а потім підвищилася температура тіла до 39,7 °С. Через сім годин з'явилося почервоніння правого стегна й гомілки, значна болісність ураженої ділянки шкіри при дотику. На другий день після початку захворювання на ураженій ділянці шкіри з'явилося 2 геморагії діаметром 4,0 × 6,0 см і 4,0 × 5,0 см. За добу до захворювання мав травму правої гомілки. Був госпіталізований до інфекційного стаціонару. Загальний стан середньотяжкий, температура тіла 38,9 °С. Скаржився на загальну слабкість, нездужання, головний біль, пропасницю, ломоту в усьому тілі, зниження апетиту, біль в ураженій кінцівці. Пульс - 110 ударів за хвилину. Артеріальний тиск - 130/80 мм рт. ст. Тони серця приглушені, тахікардія. У легенях - жорстке дихання, незначна кількість сухих хрипів.

25 Місцево: шкіра по всій поверхні правої нижньої кінцівки, починаючи з тилу стопи до пахової зв'язки, яскраво гіперемована, набрякла, болісна при пальпації. По внутрішній поверхні правої гомілки - дві геморагії розмірами 4,4 × 6,3 см і 4,2 × 5,5 см із серозним вмістом. Відмічаються прояви регіонарного лімфаденіту: збільшення й болісність пахових лімфовузлів праворуч.

30 Аналіз крові загальний: Ер.- $3,51 \times 10$ /л, Нb-138 г/л, Л.- $14,5 \times 10$ /л, е.-2, п.-18, с - 63, л.-15, м.-3; швидкість осідання еритроцитів - 34 мм/год. Концентрація СМ-2,25 г/л.

35 Клінічний діагноз: ЕГБ правої нижньої кінцівки (стегна й гомілки), первинна, середньотяжкий перебіг.

40 Хворому призначено лікування згідно з заявленим способом: антибактеріальні (ампіокс і гентаміцин) й антигістамінні (супрастин) препарати, амізон усередину по 0,25 г 4 рази на день після вживання їжі протягом 7 діб, місцево на ділянку ураження - суміш з 1 % спиртового розчину хлорофіліпту, димексиду й 0,5 % водного розчину новокаїну в співвідношенні 1:2:3 протягом 10 діб та як імуніоактивний препарат - альфарекін внутрішньом'язово по 1 млн МО 2 рази на день протягом 14 діб поспіль.

45 Під впливом призначеного лікування загальний стан хворого суттєво покращав на третю добу від початку лікування. Тривалість збереження пропасниці, головного болю й тахікардії склала 3 доби, загальної слабкості, нездужання й зниження апетиту - 4 доби, болісності в місцевому вогнищі - 5 діб, набряку шкіри й ерозій на місці геморагій - 6 діб, ліжко-днів - 7 діб. Картина крові нормалізувалася на момент виписки зі стаціонару. Рівень СМ становив 0,54 г/л, тобто досягав верхньої межі норми. Залишкові явища бешихи були відсутні, рецидивів захворювання не було протягом 1 року диспансерного нагляду.

50 З даних прикладів видно, що використання заявленого способу лікування сприяє прискоренню ліквідації синдромів інфекційного токсикозу й ендогенної "метаболическої" інтоксикації, скороченню терміну збереження патологічних змін у місцевому вогнищі, зниженню терміну лікування й зменшенню тривалості перебування в інфекційному стаціонарі.

55 Отже, отримані дані свідчать про ефективність заявленого способу лікування хворих на ЕГБ і перспективність його використання в умовах клінічної практики. Використання заявленого способу забезпечує прискорення одужання хворих, скорочує термін загоєння ерозій в місцевому вогнищі бешихи, зменшує прояви "метаболическої" інтоксикації й, таким чином, сприяє більш швидкому одужанню хворих. Крім цього, використання заявленого способу лікування хворих на ЕГБ забезпечує зниження частоти подальшого рецидивування бешихи й кількості залишкових

явищ, що суттєво покращує віддалені результати лікування. Введення альфарекіну добре переноситься хворими, побічних реакцій, у тому числі алергічних, на введення препарату не відмічено. Заявлений спосіб не потребує коштовних або дефіцитних ліків, оскільки альфарекін є в достатній кількості в аптечній мережі України й доступний за ціною. Тому заявлений спосіб рекомендується для поширеного використання в клінічній практиці.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

- 10 1. Спосіб лікування хворих на еритематозно-геморагічну бешиху, який включає місцеве використання на уражену ділянку шкіри аплікацій хлорофіліпту в суміші з димексидом і новокаїном, введення антибактеріальних, антигістамінних, протизапальних та імуноактивних препаратів, який **відрізняється** тим, що як імуноактивний препарат вводять альфарекін.
- 15 2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що альфарекін вводять внутрішньом'язово по 1 млн МО 2 рази на день протягом 10-14 днів поспіль, у залежності від досягнутого ефекту.

Комп'ютерна верстка Л. Бурлак

Міністерство економічного розвитку і торгівлі України, вул. М. Грушевського, 12/2, м. Київ, 01008, Україна

ДП "Український інститут інтелектуальної власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601