

Изобретение относится к медицине и может быть использовано в дерматологии.

Наиболее близким по технической сущности к предложенному способу является способ лечения псориаза путем маевой-, витаминно- и пирогенотерапии[1].

Недостатком данного способа является то, что он применяется только для лечения прогрессивной степени псориаза и неэффективен при других стадиях. Следующий недостаток заключается в том, что даже лечение прогрессивной стадии данным способом чревато осложнениями; фурункулезы, флеботромбозы, коллаптоидное состояние; побочными явлениями: головные боли, общее недомогание, тошнота, рвота. Еще один недостаток заключается в сложности определения и дозировки пирогенных препаратов для достижения желаемой температуры тела больного, обеспечивающей эффективность лечения. Кроме того, применение пирогенала имеет ряд противопоказаний, таких как заболевания почек, печени, сердечно-сосудистой системы, туберкулез, угнетение общего состояния и т.д., а, следовательно, ограничивается применение этого способа. Помимо всего сказанного, лечение данным способом длительное, больные находятся в стационаре до 33 дней.

Задачей предполагаемого изобретения явилось создание способа, который позволит значительно сократить сроки лечения, предупредить осложнения, продлить ремиссию, учитывая ассоциированные заболевания печени и почек применить в комплексном лечении патогенетически направленную терапию.

Поставленная задача достигается тем, что согласно изобретению больному после трехдневного частичного голодания с предварительной экспургацией сернокислой магнезией назначают бентонит медицинский за 1,5-2 часа до еды в дозе 0,5 г три раза в день, после недели приема его назначают витамины группы "В" на две недели парентерально с одновременным наружным применением на участки бляшечной сыпи 5-10-20% бентонитовой мази в зависимости от давности существования псориазных бляшек.

Предлагаемый способ в патентной и научно-технической литературе не описан.

Способ осуществляется следующим образом.

Больным проводят трехдневное частичное голодание с последующей экспургацией сернокислой магнезией. На четвертый день больные начинают применять энтеросорбент (бентонит медицинский) по 0,5 г 3 раза в день в перерывах между приемом пищи за 1,5-2 часа до еды и не раньше чем через 1,5-2 часа после еды. Затем после недели приема бентонита медицинского внутрь больным на 2 недели назначают витамины группы "В" (В₁, В₁₂ и В₆) парентерально. Одновременно наружно на участки папулезно-бляшечной сыпи назначают 5-процентную бентонитовую мазь, на сливную бляшечную сыпь волосистой части головы - втирание 10% бентонитовой мази, а на застарелые псориазные бляшки - 20% бентонитовую мазь.

Бентонит медицинский (регистрационный номер 68/837/5 в Госреестре лекарственных средств, разрешенных для применения в медицинской практике и промышленном производстве от 1986 г.) имеет большую ионнообменную способность (100 мг экв. на 100 г глины), что придает ему значительную сорбционную активность.

Примеры конкретного выполнения способа.

Пример 1. Больная Ч., 43 лет, болеет псориазом 21 год, осенне-зимняя периодичность заболевания, ремиссии редкие (2-3 месяца), обострения сопровождались, кроме диссеминированной папулезно-бляшечной сыпи, артралгиями и болями в правом подреберье, изжогой. В анамнезе: перенесла болезнь Боткина в 20-летнем возрасте. Лечилась ежегодно: витаминно-седативная терапия, кортикостероиды, цитостатики, ПУ-ВА-терапия. Нами проведено детальное клинико-лабораторное обследование больной в прогрессирующей стадии псориаза, когда высыпания распространились по всему кожному покрову, на кожу лица, волосистой части головы, конечностей.

Объективные данные: пульс 82 в минуту; АД: 130-70 мм рт.ст., язык с белесоватым налетом. Печень по линии реберной дуги. Пальпаторно выявляется незначительная боль в области желчного пузыря. Тоны сердца ослаблены, прослушивается акцент второго тона на аорте.

Общий анализ крови: эритроцитов $-37 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин - 98 г/л, цветной показатель 0,9; лейкоцитов - $8,0 \cdot 10^9/л$; эозинофилы - 2, п. - 6, сегменты - 63, лимфоциты - 18, моноциты - 7, СОЭ - 45 мм/час.

Билирубин 5,4 мкмоль/л. КСР - отрицательные.

Белковые фракции: альбумины - 52,9%, глобулины-47,1 %; альфа1-глобулины-4,5%, альфа2-глобулины-2,9 %, бета-глобулины - 11,7 %, гамма-глобулины - 2,0,7 %; АЛТ - 0,75 мкмоль/г/л, АСТ - 0,75 мкмоль/г/л; тимоловая проба - 4. Сахар крови - 4,5 ммоль/л, Общий анализ мочи: реакция слабокислая, удельный вес 1021; сахар и белок не обнаружены; Лейкоциты 1-4 в поле зрения.

Первые проведены динамическая сцинтиграфия печени с бенгальским розовым, Данные радиоизотопного обследования (гепатосцинтиграфии): поглощательная способность гепатоцитов снижена. Умеренно выражен холлестаз. ИПЗ - 2-18; К.рет.кр. 0,47. К.рет.леч. 1. 0,4. Т 1/2 - 17 мин. Т_{max} -45 мин. Желчный пузырь визуализируется с 16 минуты Т(лат). - 11 мин. К концу обследования из желчного пузыря выделилось 81 % РФП, В кишечник препарат поступает к 32 минуте. На сцинтифот: печень типичной треугольной конфигурации, размеры ее по Курлову: 11х 9,5 х 5,5 х 17, контуры четкие, ровные. Распределение РФП равномерное. Желчный пузырь расположен в типичном месте. Заключение: Нарушена поглощательная способность гепатоцитов по типу хронического персистирующего гепатита. Нерезко выражена дискинезия желчного пузыря с тенденцией к гиперкинезу.

Получает лечение: после частичного трехдневного голодания и одноразовой эк-пургации принимает по 0,5 г три раза в день бентонит медицинский в перерывах между приемами пищи за 1-5 часа до еды и через 2 часа после еды. Бентонит медицинский (серо-зеленый порошок без вкуса и запаха) - 0,5 г разводили дистиллированной водой -(пол-стакана) и запивала 1 стаканом дистиллированной воды. Наружно 2 раза в сутки смазывала кожу 5 % бентонитовой мазью, а участки поражения на волосистой части головы 10 % бентонитовой мазью 1 раз в сутки. На 7-й день к печени добавили инъекции витамин В₁₂ по 200 М КГ внутримышечно через день № 7.

Регресс наступил на 12-й день лечения. Сыпь полностью разрешилась на 34-й день лечения, исчезли изжога, боль в правом подреберье, не беспокоили боли в суставах.

Биохимические исследования крови после лечения: не выявлено отклонений от общепринятой нормы. А именно: показатели АЛТ и АСТ нормализовались. (АЛТ - 0,67 мкмоль/г/л, АСТ - 0,66 мкмоль/г/л), что свидетельствовало об улучшении функции печени и совпало с клиническим выздоровлением. Рецидива не наступило в течение 12 месяцев наблюдения.

Пример 2. Больная Ш., 39 лет. В 10-летнем возрасте появились первые признаки псориаза, а до этого - в 9-летнем возрасте впервые диагностировано заболевание почек. Поданным выписки из истории болезни: хронический гломерулонефрит явно обострился в 10-летнем возрасте, что совпало с началом заболевания псориазом. Дальнейшее течение и обострение псориаза с болями в суставах и диссеминированной сыпью представленную лентикулярными папулами, которые, сливаясь в бляшки, образуют гирлянды с географическими очертаниями приводило к ухудшению анализов мочи (увеличение количества белка, эритроцитов в осадке мочи), повышению содержания мочевины, ухудшению функции почек. Амилоидного поражения почек у больной не выявлено, но методом реностинтиграфии выявлено нарушение васкуляризации почек. Обследование проводилось в прогрессирующей стадии дерматоза.

Получает лечение: энтеросорбция бентонитом медицинским по 0,5 г три раза в день в перерывах между приемами пищи. На очаги высыпаний - 10% бентонитовую мазь. На область пораженных суставов - 10 % бентонитовую мазь под окклюзию на 48 часов, и на ночь укутывание сустава и сухое тепло. В течение 2 недель парентерально витамины В₁, В₁₂ чередуя через день. Клиническое выздоровление наступило через 37 дней. Об улучшении функции почек свидетельствовала нормализация показателей неоднократных исследований мочи (отсутствие белка в моче и др.). Рецидива не наступило в течение 12 месяцев наблюдения.

Пример 3. Больной С, 60 лет с 25-летнего возраста страдает распространенным псориазом. В 42 года появились поражения суставов (больших пальцев стоп - с тех пор пальцы деформированы) и псориазические высыпания на подошвах (псориаз - "сабо"), В этом же возрасте впервые обнаружен белок в моче. (Около 1 %о. затем появились ноющие боли в пояснице, АД не повышалась. Отеков не было. Заподозрен амилоид-доз почек. Больной направлен в нефрологическое отделение областной клинической больницы: диагноз амилоидоза не подтвержден. Суточная потеря белка 8 г. В моче белок от 0,75 до 2,7 %о. в осадке единичные эритроциты. Относительная плотность мочи 1.009 - 1.018. Белка Бене-Джонсона нет. Посев мочи отрицательный. Белок крови 70 г/л, альбумины 44,8 %, глобулины: альфа₁ - 6,7 %, альфа₂ - 15,0 %, бета - 15,2 %, гамма - 18,3 %, мочевины 21 ммоль/л, креатинин 2,34 мг %. Клубочковая инфильтрация 41,5 мл/мин, ресабсорбция 98,7%, мочевины крови 354 ммоль/л (норма 460-1000 ммоль/л) Изотопная рентгенограмма: замедление секреторной и экскреторной функции почек. Данные УЗИ. почки размером 42 и 38 см² На основании клинического наблюдения установлен диагноз: псориазическая болезнь, стационарная стадия, псориазический анкилозирующий артрит суставов фаланг стоп, псориаз - "сабо", хроническая почечная недостаточность I степени, латентное течение.

Больному было проведено лечение: бентонит медицинский в качестве энтеросор-бента по 0,5 г 4 раза в сутки, не раньше, чем через 1,5, 2 часа после и не позже через за 1,5 - 2 часа до еды. До 0,5 г бентонита добавляли пол-стакана дистиллированной воды, размешивали и давали пить больному. После этого сразу же давали запить стаканом дистиллированной воды. Через 5 дней после начала лечения к лечению назначили витамины В₆ и В₁₂ на 12 дней, чередуя, через день, внутримышечно. Больному наружно в качестве экзосорбента на подошвы (псориаз "сабо") назначали 20 % бентонитовые мази под окклюзионную повязку на 36-40 часов, окутывали и прикладывали на ночь тепло, через 48 часов смывали мазь и при необходимости процедуру повторяли 2-3 раза с перерывами в 24 часа. Единичные бляшки на голених и предплечьях смазывали 10 % бентонитовой мазью. На 10-й день лечения начался регресс сыпи и значительно уменьшились боли в суставах. Полностью исчезли боли в пояснице. После 3 процедур экзосорбции на стопы бентонитовой мазью, натоптыши и псориазические высыпания регрессировали. На 22-й день исчезли дежурные псориазические бляшки У больного появился аппетит. Полный регресс сыпи появился на 25-й день лечения Суставы не болели, но анкилоз суставов пальцев стоп оставался. Об улучшении функции почек свидетельствовали клиничко-лабораторные данные (относительная плотность мочи стала 1.002, белка в моче 0,12 %о. В осадке эритроцитов нет. Ухудшения состояния пациента не наблюдали 12 месяцев.