

Винахід має відношення до медицини, зокрема до дерматовенерології і може бути використаний для лікування хворих на алергодерматози, що супроводжуються проявами вторинної інфекції та сухістю шкіри.

Проблема терапії хворих на алергодерматози актуальна та інтенсивно розробляється, що обумовлено значною питомою вагою цієї патології у структурі загальної дерматологічної захворюваності, часто рецидивуючим перебігом, чіткою тенденцією до збільшення кількості тяжких клінічних форм, торпідних до проводимої терапії, частим ускладненням вторинною інфекцією [Калюжная Л.Д. Чудо-крем против атопического дерматита // Медицина для всех. - 1997. - №5(6). - С.28-30].

Першочергове значення у вирішенні цієї проблеми належить раціонально підібраній зовнішній кортикостероїдній терапії, яка має виразну протизапальну активність. Науковцями активно розробляються і впроваджуються нові локальні кортикостероїдні препарати. Але в теперішній час спостерігається недостатня кількість лікарських засобів, які б мали диференційовану дію відносно алергодерматозів, що супроводжуються вторинною інфекцією та сухістю шкіри, використання яких підвищувало б ефективність терапії цих клінічних форм [Кутасевич Я.Ф., Ляпунов Н.А. Состояние и перспективы местной терапии в дерматологии на современном этапе // Журн. дерматологии и венерологии. - 1997. - №4 - С.12-17].

Так, наприклад, використання мазі кортонитол, що містить кортикостероїд слабкої дії та антисептик нітазол, при виразних проявах запального процесу не дозволяє спостерігати клінічної ремісії навіть при збільшенні терміну лікування цим препаратом.

Призначення хворим крему Целестодерм-V з гараміцином, що має кортикостероїд сильної дії та антибіотик, інколи викликає посилення алергічного запального процесу, що зумовлено непереносимістю антибіотика гараміцину, що входить до складу крему.

Застосування мазі лоринден С, яка містить кортикостероїд середньої сили дії, у хворих на алергодерматози, що характеризуються значними проявами захворювання часто стає неефективним, а інколи призводить до загострення захворювання за рахунок неадекватності за дією кортикостероїду та посилення сенсibiliзації, що спричиняє йодвміщуючий антисептик, котрий входить до складу препарату.

Відомий спосіб лікування дерматозів полягає в застосуванні мазі Фторокорт, був прийнятий нами за прототип. Діючою речовиною мазі є кортикостероїд середньої сили дії - 0,1% тріамцінолону ацетоніду. Мазь має гідрофобну основу. Вона ефективна при лікуванні хворих на атонічний дерматит, екзему (підгостра стадія) та алергічний дерматит. У хворих, що мають прояви вторинної інфекції спостерігається неефективність застосування зазначеної мазі, незважаючи на тривалість її використання. Часто спостерігаються побічні явища, такі як посилення клінічних проявів, приєднання вторинної інфекції, розповсюдження процесу.

Даний спосіб лікування хворих на алергодерматози, обраний нами за прототип, тому що він найбільш близький за технічною сутністю та результатом, що може бути досягнутий до того, що заявляється.

У зв'язку з вищевикладеним, в основу винаходу покладено задачу підвищення ефективності лікування хворих на алергодерматози шляхом усунення проявів вторинної інфекції і сухості шкіри.

Задача, яка покладена в основу винаходу вирішується тим, що у відомому способі лікування хворих на алергодерматози, що включає загальну традиційну терапію та призначення кортикостероїду, згідно з винаходом, в якості якого призначають крем Фокорт два рази на добу локально або для проведення фонофорезу чи під оклюзійну пов'язку з можливим поєднанням цих процедур у разі клінічної необхідності.

Саме це є технічним результатом. Діючою речовиною препарату є 0,1% тріамцінолону ацетоніду (кортикостероїд сильної дії). До складу препарату входить антисептик цетилпіридинію хлорид, що викликає бактеріостатичну та фунгістатичну дію. Препарат має гідрофільно-емульсійну основу з гідратуючим ефектом (не викликає відчуття сальності шкірних покривів), що вигідно відрізняє його від інших препаратів, бо дає змогу використовувати розроблений лікарський засіб на великі ділянки шкіри, не порушуючи її функції, а також використовувати за амбулаторних умов. Вищевикладене підкреслює перевагу розробленого способу над прототипом.

Зовнішнє застосування кортикостероїду середньої сили дії на гідрофільно-емульсійній основі з гідратуючим ефектом має протизапальну, у тому числі антиалергічну, антипроліферативну, антисвербіжну, бактеріостатичну та фунгістатичну дії. Відзначають також виразний зволожуючий ефект препарату за рахунок лікарської основи, що робить доцільним його застосування у хворих на атонічний дерматит, екзему (особливо рогову) у стадії розв'язання гострозапальних процесів, а також при алергічному дерматиті.

Спосіб лікування хворих на алергодерматозів, що супроводжуються проявами вторинної інфекції, інфільтрацією та сухістю шкіри, здійснюється таким чином. Хворим на фоні базової загальної терапії з під гострими проявами захворювання препарат Фокорт наносять на уражені ділянки шкіри два рази на добу. Якщо у хворого дуже виразні клінічні прояви захворювання, призначають фонофорез крему (від 5 до 10 процедур) чи під оклюзійну пов'язку в разі амбулаторного лікування, але не більше ніж 24 години. У хворих на гіперкератотичні форми алергодерматозів з проявами вторинної інфекції і інфільтрації можлива комбінація, найкраща з яких є фонофорез крему та призначення оклюзійної пов'язки на ніч.

У спостережених хворих побічних ефектів при застосуванні препарату не відзначалося.

Спосіб лікування випробували у 39 хворих, у тому числі на атопічний дерматит - 10, екзему - 21, алергічний дерматит - 8, що перебували на лікуванні у стаціонарі відділення дерматології, інфекційних та паразитарних захворювань шкіри (табл.).

Клінічна ремісія спостерігалась у 87,2% хворих, покращення - у 12,8%. Переносимість була доброю в усіх пацієнтів. Дані показники свідчать про терапевтичну ефективність заявленого способу лікування.

Спосіб ілюструє такий приклад.

Приклад 1. Хвора В., 52 роки (історія хвороби №77), хворіє протягом семи днів, захворювання пов'язує з контактами з хімічно активними речовинами. Хвора госпіталізована у відділення дерматології, інфекційних та паразитарних захворювань шкіри Інституту дерматології та венерології АМН України з приводу алергічного дерматиту. При обстеженні в процесі лікування клінічний аналіз крові: гемоглобін - 120г/л, еритроцити -  $4,1 \cdot 10^{12}/л$ , кольоровий показник - 0,87, лейкоцити -  $4,5 \cdot 10^9/л$ , паличкоядерні нейтрофіли - 3%, сегментоядерні нейтрофіли - 49%, еозинофіли - одиничні в полі зору, лімфоцити - 40%, моноцити - 9%, ШОЕ - 17мм/год. Показники клінічного

аналізу сечі та біохімічні показники (цукор крові, загальний білок, білірубін загальний та кон'югований, АсТ, АлТ) без відхилень. При мікологічному обстеженні з осередків ураження результат негативний.

Патологічний процес носив симетричний і розповсюджений характер і розташовувався на шкірі нижньої поверхні живота і внутрішньої поверхні стегон. Шкіра в осередках ураження була різко гіперемованою, інфільтрованою, спостерігалася невелика кількість фолікулітів та пустул.

На фоні комплексної загальної терапії хворій призначалося змазування два рази на добу кремом Фокорт. На п'яту добу використання Фокорту спостерігалася клінічна ремісія.

Після лікування патологічних змін у досліджуваних лабораторних показниках не відзначалося.

Приклад 2. Хвора 3., 22 роки (історія хвороби №113), хворіє з раннього дитинства, останнє загострення протягом місяця, яке пов'язує з використанням у їжу citrusових. Хвора госпіталізована у відділення дерматології, інфекційних та паразитарних захворювань шкіри Інституту дерматології та венерології АМН України з приводу atopічного дерматиту. Супутня патологія - хронічний гастрит з підвищеною секрецією. При обстеженні в процесі лікування клінічний аналіз крові: гемоглобін - 120г/л, еритроцити -  $3,8 \cdot 10^{12}/л$ , кольоровий показник - 0,94, лейкоцити -  $4,5 \cdot 10^9/л$ , паличкоядерні нейтрофіли - 1%, сегментоядерні нейтрофіли - 56%, еозинофіли - 5%, лімфоцити - 35%, моноцити - 3%, ШОЕ - 7мм/год. У клінічному аналізі сечі привертає увагу виявлення оксалатів у одиничній кількості. Біохімічні показники (цукор крові, загальний білок, білірубін загальний та кон'югований, АсТ, АлТ) без відхилень. При мікологічному обстеженні з осередків ураження результат негативний.

Патологічний процес носив симетричний і розповсюджений характер. На шкірі обличчя, шиї, верхньої третини стегна, ліктьових згинальних поверхнях, внутрішній поверхні передпліч, тильній поверхні кистей виразна гіперемія та інфільтрація, висівкоподібне лущення, місцями ліхеніфікація, розчухи, жовтуваті вологі корочки.

На фоні комплексної загальної терапії хворій призначали фонофорез крему Фокорт один раз на добу, увечері - одноразове змазування осередків ураження. Через п'ять днів запальний процес значно регресував, зменшилися інфільтрація, гіперемія, сухість шкіри. На десяту добу використання Фокорту спостерігалася клінічна ремісія.

Після лікування у лабораторних дослідженнях патологічних відхилень не відзначалося.

Таким чином, даний спосіб лікування хворих на алергодерматози, що супроводжуються вторинною інфекцією та сухістю шкіри, шляхом застосування крему Фокорт поширює терапевтичні можливості лікування, що дає змогу підвищити ефективність і скоротити строки лікування, а також застосовувати за амбулаторних умов.

Таблиця

Розподіл хворих за нозологічними одиницями,  
терапевтичної ефективністю та переносимістю препарату Фокорт

Нозологічна одиниця	Кількість хворих	Терапевтична ефективність			Переносимість	
		клінічна ремісія	покращення	без ефекту	добра	погана
Атопічний дерматит	10	8	2	-	10	-
Екзема	21	18	3	-	21	-
Алергічний дерматит	8	8	-	-	8	-
Всього	39	34	5	-	39	-
в %	100	87,2	12,8	-	100	-