

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

У структурі шкірної патології, серед дерматозів, що мають хронічний перебіг, алергічні захворювання шкіри посідають домінуюче місце [Смирнова Г.И. Алергодерматозы у детей. - М., 1998- 300с.; Nishioka K. Atopic eczema of adult type in Japan //Australia J. Dermatol- 1996- №5.- P.247-250.]. Високий рівень захворюваності, не вирішеність багатьох питань етіології, патогенезу, діагностики алергодерматозів, тенденція до збільшення кількості тяжких клінічних форм, що спричиняють інвалідизацію, схильність до дисемінації шкірних висипань, часті ускладнення через вторинну інфекцію, а також зменшення тривалості ремісії і низький індекс одужання висувають проблему терапії алергодерматозів на одне з перших місць у сучасній дерматології, обумовлюючи пильну увагу вчених та клініцистів [Атопический дерматит: Рук-во для врачей /Под ред. проф. Т.В. Проценко-Донецк: МЕДИНФО, 1998- 108с.].

Великий інтерес до рішення цього питання становить удосконалення зовнішньої кортикостероїдної терапії, що обумовлено швидким і потужним впливом кортикостероїдів, особливо сильної дії, на різні ланки патогенезу алергодерматозів та унікальною можливістю діяти безпосередньо на уражені тканини, зводячи тим самим до мінімуму небезпеку ускладнень, розвиток яких можливий за їхнього системного застосування [Шахтмейстер И.Я., Шварц Г.Я. Новые лекарственные препараты в дерматологии.- М., 1995.- 65с.].

Так, наприклад, лікарями практичної охорони здоров'я часто використовується преднізолонова мазь, що має кортикостероїд слабкої дії - преднізолон. Зазначена мазь виявляється неефективною при гострих та підгострих запальних процесах, а також при виразних проявах захворювання. Тому при її використанні спостерігається неефективність терапії, виникають побічні явища (приєднання вторинної інфекції, порушення трофіки шкіри, порушення функції сальних залоз, реактивний дерматит та ін.).

Крем бетаметазону валерат, що містить бетаметазону валерат (кортикостероїд сильної дії) та гідрофільний лікарський основи, нерідко призначається хворим з виразним запальним процесом. Однак препарат стає неефективним при дерматозах, що мають підгострий характер (при стиханні гострозапальних проявів) і супроводжуються сухістю та ліхеніфікацією шкіри. Тому лікарі спостерігають такі побічні явища препарату, як сухість шкіри, відчуття стягування шкіри, тріщини, приєднання вторинної інфекції тощо.

Гідрокортизоновий крем, що має кортикостероїд слабкої дії на гідрофільній лікарській основі, використовується для купірування гострих проявів запального процесу, але препарат також неефективний при дерматозах, що супроводжуються сухістю та ліхеніфікацією шкіри.

Відомий спосіб лікування дерматозів, що полягає в застосуванні мазі Флуцинар, був прийнятий нами за прототип. Діючою речовиною мазі є кортикостероїд середньої сили дії - 0,025% флуоцинолону ацетоніду. Мазь має гідрофобну основу. Вона ефективна при лікуванні хворих на атонічний дерматит, екзему (підгостра стадія) та алергічний дерматит. Але у хворих, що мають тривалий термін захворювання, а також торпідність розв'язання патологічного процесу до проводимої терапії спостерігається неефективність застосування зазначеної мазі, незважаючи на тривалість її використання, часто спостерігаються побічні явища, що притаманні топічним кортикостероїдним препаратам (атрофія шкіри, приєднання вторинної інфекції, телеангіоектазії, затримка регенерації тощо).

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 корекції інфільтрації, ліхеніфікації та 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 кортикостероїдну, згідно з винаходом, в якості якого призначають крем Флуцар 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% флуоцинолону ацетоніду (кортикостероїд сильної дії). 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. Враховуючи, що використання топічних кортикостероїдних препаратів сильної дії часто призводить до появи побічних ефектів, у розроблений засіб введений аніоноактивний емульгатор, що запобігає трансдермальному всмоктуванню у кров. Вищевикладене підкреслює перевагу розробленого способу над прототипом.

Зовнішнє застосування кортикостероїду сильної дії на гідрофільно-емульсійній основі з гідратуючим ефектом має протизапальну, у тому числі антиалергічну, антипроліферативну та антисвербіжну 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 алергодерматози, що супроводжуються сухістю, інфільтрацією та ліхеніфікацією шкіри, здійснюється таким чином. Хворим на фоні базової загальної терапії з підгострими проявами захворювання препарат Флуцар наносять на уражені ділянки шкіри два рази на добу. Якщо у хворого виразна інфільтрація, ліхеніфікація та сухість, 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 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 в 37 хворих, у тому числі на атонічний дерматит - 12, екзему - 18, алергічний дерматит - 7, що перебували на лікуванні у стаціонарі відділення дерматології, інфекційних та паразитарних захворювань шкіри (табл.1).

Таблиця 1

Розподіл хворих за нозологічними одиницями, терапевтичної ефективністю та переносністю препарату Флуцар

Нозологічна одиниця	Кількість хворих	Терапевтична ефективність			Переносність	
		клінічна ремісія	покращення	без ефекту	добра	погана
Атопічний дерматит	12	10	2	-	12	-
Екзема	18	15	3	-	18	-
Алергічний дерматит	7	7	-	-	7	-
Всього	37	32	5	-	37	-
в %	100	86,5	13,5		100	

Клінічна ремісія спостерігалась у 86,5 % хворих, покращення - у 13,5%. Переносимість була доброю в усіх пацієнтів. Дані показники свідчать про терапевтичну ефективність заявленого способу лікування.

Спосіб ілюструє такий приклад.

Приклад 1. Хвора С., 54 роки (історія хвороби №60), хворіє протягом трьох років, останнє загострення - тиждень тому після контакту з хімічно активними речовинами (органічний розчинник). Хвора госпіталізована у відділення дерматології, інфекційних та паразитарних захворювань шкіри Інституту дерматології та венерології АМН України з приводу мікробної екземи. Супутня патологія - лікарська хвороба, гіпохромна анемія. При обстеженні в процесі лікування клінічний аналіз крові: гемоглобін - 98г/л, еритроцити - $4,3 \cdot 10^{12}/л$, кольоровий показник - 0,94, лейкоцити - 5,9-10%, паличкоядерні нейтрофіли -1%, сегментоядерні нейтрофіли - 47%, еозинофіли - одиничні в полі зору, лімфоцити - 38%, моноцити - 14%, ШОЕ - 12мм/год. Показники клінічного аналізу сечі та біохімічні показники (цукор крові, загальний білок, білірубін загальний та кон'югований, АсТ, АлТ) без відхилень. При оцінці специфічних імунологічних тестів (РАП, ШОЕ, УЗ) виявлено слабкопозитивну реакцію на пеніцилін, сумнівну на дибазол. При оцінці імунологічного стану крові підвищення абсолютного вмісту Т- і В-РУК на фоні лейкоцитозу та абсолютного лімфоцитозу. При мікологічному обстеженні з осередків ураження результат негативний.

Патологічний процес носив симетричний і розповсюджений характер і розташовувався на шкірі долонь і згинальних поверхнях ліктів. Клінічна картина характеризувалася поліморфними висипаннями. Спостерігалася сильна запальна інфільтрація шкіри, везикуляція, гіперкератотичні зміни, хворобливі глибокі тріщини, серозно-гнійне мокнуття на тлі еритематозної шкіри. По периферії осередків визначалися папульозні висипання.

На фоні комплексної загальної терапії хворій перші три доби призначався крем Целестодерм-V з гараміцином. В указаний термін мокнуття припинилося. Процес став мати підгострий характер. Спостерігалася виражена сухість шкіри. Хворій відмінили зазначений крем і призначили змазування кремом Флуцар два рази на добу. Вже на другу добу у хворої запальні явища значно зменшилися, сухість шкіри була невиразною. На п'яту добу використання Флуцару спостерігалася клінічна ремісія.

Після лікування показники клінічного аналізу крові нормалізувалися.

Приклад 2. Хвора А., 19 років (історія хвороби №122), хворіє з дитинства, останнє загострення пов'язує зі зміною кліматичної зони проживання. Хвора госпіталізована у відділення дерматології, інфекційних та паразитарних захворювань шкіри Інституту дерматології та венерології АМН України з приводу атонічного дерматиту. Супутня патологія - хронічний гастроентероколіт. При обстеженні в процесі лікування клінічний аналіз крові: гемоглобін - 146г/л, еритроцити - $4,7 \cdot 10^{12}/л$, кольоровий показник - 0,93, лейкоцити - $6,8 \cdot 10^9/л$, паличкоядерні нейтрофіли - 1%, сегментоядерні нейтрофіли - 48%, еозинофіли - 3%, лімфоцити - 42%, моноцити - 6%, ШОЕ - 10мм/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. При огляді на згинальних поверхнях тулуба і кінцівок на фоні застійної гіперемії, ліхеніфікації, підвищеної сухості шкіри спостерігаються папули, вузлики, екскоріації, серозні корки. Уся поверхня шкіри підвищеної сухості, спостерігається невиразні дрібнопластівчасте лущення.

На фоні комплексної загальної терапії хворій призначали фонофорез крему Флуцар один раз на добу, увечері - одноразове змазування осередків ураження. Через три доби запальний процес значно регресував, зменшилися інфільтрація, гіперемія, сухість шкіри. На дев'яту добу використання Флуцару спостерігалася клінічна ремісія.

Після лікування у лабораторних дослідженнях патологічних відхилень не відзначалося.

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