

Винахід відноситься до медицини, а саме до дерматології та хірургії і може бути використаний при лікуванні піодермітів; себореї, ускладненої вульгарними вуграми (папуло-пустульозна форма); трофічної виразки, ускладненої мікробною екземою та лімфореєю.

Відомий спосіб лікування дерматозів, який полягає у застосуванні гормональних мазей, препаратів, на основі преднізолону 0,1%, гідрокортизону 1%, триамцинолону ацетоніду 0,025%, метилпреднізолону ацетату 0,1%, а також антибіотиків: тетрацикліну 3%, тощо.

Недоліками застосування таких мазей є те, що при тривалому застосуванні вони спричиняють загальний вплив на організм, при відміні - уповільнення репаративних процесів, приєднання вторинної інфекції.

Найближчою по технічній сутності є мазь "Гідрокортисон", "Тримістин", "Целестодерм".

Недоліком застосування цієї мазі є необхідність тривалого застосування, в результаті чого виникає ефект звикання, а при відміні - уповільнення репаративних процесів, висока вартість на лікування призводить до великих матеріальних витрат.

Відомий спосіб одержання мазі протизапальної і ранозагоювальної дії з продукту бджільництва, а саме гомогенату тканин чоловічих личинок бджіл, яка може використовуватися в дерматології та хірургії (Деклараційний патент на винахід №52131А, МПК 7 А61К35/64 від 26.02.2002 року, публ. бюл. №12 16.12.2002 року).

Технічне завдання - створити спосіб лікування дерматозів, шляхом застосування мазі протизапальної і ранозагоювальної дії, локалізувати запальний процес, знизити больовий симптом, прискорити загоювання, прискорити епітелізацію дефектів шкірного покриву, звести до мінімуму рецидиви захворювання.

Поставлене технічне завдання вирішується шляхом застосування мазі протизапальної і ранозагоювальної дії, який полягає у наступному. Мазь наносимо на уражені ділянку шкіри при дерматозах: піодермітах; себореї, ускладнена вульгарними вуграми (папуло-пустульозна форма); трофічна виразка, ускладнена мікробною екземою та лімфореєю. Нанесення мазі проводили тонким шаром двічі на добу (ранком і ввечері), при нанесенні на поверхню шкіри не накладалась оклюзійна пов'язка.

В результаті такого способу лікування спостерігалась локалізація запального процесу, зниження больового симптому, свербіж шкіри проходив, зняття кірок прискорювалось, прискорювались регенеративні процеси шкірного покриву, покращується загальний стан організму.

Суть винаходу підтверджується прикладами конкретного виконання.

Приклад №1.

Хворий Д., 1966р.н. Діагноз: Піодермія правого стегна. Хворіє протягом тижня. Пов'язує появу висипу з перенесенням мішків негашеного вапна, допомагаючи при цьому правою ногою, нижньою третьою стегна передньої поверхні. При цьому утворилась на шкірному покриві розміром 5х7см в діаметрі потертість на гіперемованому фоні з незначною ерозією. Через день приєдналась інфекція - утворилась гнійна кірка з під якої виділявся жовто-зелений вміст. Було призначено лікування маззю протизапальною і ранозагоювальною з гомогенату тканин чоловічих личинок бджіл, як монотерапією, яка накладалась двічі в день (ранком і ввечері). Через добу припинилось виділення гною. Через 2-3 доби кірка поділилась на дуже дрібні розміром 2-3мм кірочки, які на четвертий день відшарувались від шкірного покриву, гіперемія зменшувалась. На шостий день кірочки повністю регресували залишивши рожево-гіпермовану пляму на місці висипу з білісуватістю в центрі. На сьомий день місце ураження набуло кольору здорової шкіри зі злегка рожевим відтінком. Рецидиву захворювання не спостерігалось.

Приклад № 2.

Хворий З., 1971р.н. Діагноз: Жирна себорея обличчя, ускладнена вульгарними вуграми (папуло-пустульозна форма), рубцями. Хворіє з 14 річного віку (18 років), коли вперше помітив, що шкіра обличчя посиленої жирності, наявні комедони. В 1988 році - в 17 років появились папульозні, пустульозні висипи, в ділянці обличчя. В 1988 році лікувався в дермато-венерологічному стаціонарному відділенні - проведено аутогемотерапію, УФО - терапія, косметична чистка, кріомасаж. Після проведеного лікування наступило тимчасове покращення хоча в подальшому наступали рецидиви весною і осінню. Захворювання прогресувало.

До запропонованого нами способу лікування об'єктивно: в ділянці обличчя - щоки, чоло, підборіддя, вискова ділянка, шкірний покрив посиленої жирності, папульозні і пустульозні висипи, гіперемовані, дрібні гіперемовані рубці, наявна відкритість устя сальних залоз. Було призначено лікування як монотерапією мазь протизапальну і ранозагоювальну з гомогенату тканин чоловічих личинок бджіл - яка накладалась двічі в день (ранком і ввечері), на уражені ділянки шкіри. В процесі лікування, нових висипань не спостерігалось, папульозні і пустульозні висипи регресували, дрібні гіперемовані рубці блідли і згладжувались, на 20-25 день виділення шкірного сала значно зменшувалось, рубці помірно згладились, зблідли. Протягом року рецидиву захворювання пацієнт не відмічає, саловиділення помірно.

Приклад № 3.

Хвора Х., 1951р.н. Діагноз: Трофічна виразка ускладнена мікробною екземою та лімфореєю, варикозне розширення вен, хронічна венозна недостатність II. Варикозне розширення вен турбує - 12 років. Екзематозний процес протягом - 7 років. Трофічна виразка з лімфореєю - 1 рік. Відомо, що два роки тому, хвора лікувалась в дермато-венерологічному стаціонарному відділенні - діагноз: мікробна екзема лівої гомілки, трофічна виразка з лімфореєю. Утримувала антибіотикотерапію, антикоагулянти, вітаміни, епітелізуючі середники. Наступило покращення яке було нетривалим, через два місяці у хворої відновився запальний процес на правій гомілці.

До запропонованого нами лікування в ділянці правої гомілки наявність варикозного розширення вен, набряклість, гіперемований синюшний колір майже по всьому протязі гомілки, свербіж, жовто-коричнева кірка, мікроевезикуляція, трофічна виразка 6х6мм в діаметрі глибиною 0,4мм. Протягом 1,5 місяця турбує лімфорея з трофічної виразки. Було призначено лікування як монотерапією маззю протизапальною і ранозагоювальною з гомогенату тканин чоловічих личинок бджіл, яка накладалась двічі в день (ранком і ввечері). Протягом першого тижня зменшилась лімфорея, стихли запальні явища, що супроводжувались, набряклість зменшилась, окремі ділянки шкірного покриву по периферії вогнища ураження набули рожевий колір. За 12 днів трофічна виразка зменшилась в розмірах, покрита повністю кіркою, лімфореї не виявлено, незначна набряклість, жовто-коричневої кірки та мікроевезикуляції не виявлено, рожевий колір шкірного покриву на великій площі, наявне незначне свербіння.

На 22 день лікування - на місці трофічної виразки є поверхнева кірка світло-коричневого кольору, розміром 3х3мм в діаметрі, набряку не виявлено, рожевий колір шкірного покриву.

Протягом року у пацієнтки рецидиву захворювання не виникало. Шкірний покрив в місці трофічної виразки тонкий, рубець гіперпігментованого кольору (кава з молоком).