

Винахід відноситься до медицини, зокрема до дерматології, алергології, інтенсивної терапії і може переважно використовуватися при лікуванні синдромів Лайєла, Стівенса-Джонсона (токсико-некротичний епідермоліз), кропивниці.

Одним з найбільш тяжких проявів медикаментозної алергії є синдром Лайєла (СЛ) і синдром Стівенса-Джонсона (ССД), що характеризуються розвитком генералізованого імунного конфлікту в сенсibilізованому організмі. Актуальність даної проблеми обумовлена: зростом кількості алергозів і аутоімунних захворювань; появою й активним використанням нових лікарських препаратів у різних галузях медицини; застосуванням великої кількості медикаментозних засобів до одного хворого («лікувальні коктейлі»), особливо в практиці інтенсивної терапії й ін.

Є відомий спосіб лікування алергійних дерматозів, що включає фізіотерапевтичний вплив у вигляді ропних ванн, приготовлених з ропи озера Розвал, концентрацією 80 г/л, температурою 37°C, по 5-15 хв., щодня 3-4 ванни, курсом 10-12 ванн, з наступним підключенням апікацій муло-сульфідною гряззю озера Тузлучне (патент Російської Федерації №2206328, МПК<sup>7</sup> А61К35/08, 2003р.).

Однак відомий спосіб має невисоку ефективність при лікуванні край важких проявів медикаментозної алергії, зокрема синдромів Лайєла, Стівенса-Джонсона, кропивниці.

Є відомий спосіб лікування алергійних дерматозів, що включає медикаментозну терапію, яка полягає в тім, що вводять будь-які протилежні засоби в звичайних дозуваннях (патент Російської Федерації № 2180568, МПК<sup>7</sup> А61К31/4172, 2002р.).

Однак відомий спосіб також недостатньо ефективний при лікуванні край важких проявів медикаментозної алергії.

За прототип прийнято відомий спосіб лікування алергійних дерматозів, який включає дієтичну і медикаментозну терапію у вигляді харчового розвантаження, що припускає поступове, протягом 7-10 днів, збільшення кількості і розширення якості їжі в поєднанні з парентеральним введенням антигістамінних засобів і холінолітиків у загальноприйнятних дозах. Додатково призначаються усередину сорбенти і ферментні препарати (патент Російської Федерації №2058136, МПК<sup>6</sup> А61К31/00, 1996р.).

Однак відомий спосіб має невисоку ефективність при лікуванні синдромів Лайєла, Стівенса-Джонсона, кропивниці, обумовлену низькою швидкістю й кількістю виведення токсичних продуктів із крові.

Задачею винаходу є удосконалення відомого способу лікування алергійних дерматозів шляхом прискорення очищення плазми від токсичних продуктів за рахунок застосування екстракорпоральної безперервної фільтрації плазми.

Поставлена задача вирішується таким чином.

У відомому способі, що включає дієтичну і медикаментозну терапію, відповідно до винаходу, додатково до дієтичної й медикаментозної терапії здійснюють курс фільтраційного проточного плазмаферезу в кількості 3-5 сеансів з інтервалом між сеансами 2-3 дні з плазмоексфузією за сеанс не менше 0,4 об'єму циркулюючої плазми хворого із проведенням замісної терапії кристалоїдними розчинами, при цьому після кожного сеансу вводять добову дозу антигістамінних препаратів.

Як антигістамінні препарати застосовують глюкокортикоїдні препарати, наприклад, преднізолон у дозі 2-5мг/кг маси тіла хворого.

Спосіб здійснюють таким чином.

Хворому призначають розвантажувальну дієту з виключенням високоалергогенних продуктів. Одночасно здійснюють медикаментозну інфузійну терапію, що включає введення реокорегуючих, десенсибілізуючих, органопротекторних, антибактеріальних препаратів. Далі виконують курс фільтраційного проточного плазмаферезу в кількості 3-5 сеансів з інтервалом між сеансами 2-3 дні з плазмоексфузією за сеанс не менше 0,4 об'єму циркулюючої плазми хворого. Після кожного сеансу здійснюють замісну терапію кристалоїдними розчинами і вводять добову дозу антигістамінних препаратів (преднізолон у дозі 2-5мг/кг маси тіла хворого).

Приклад.

Хворий Л., 45 років, що надійшов у відділення анестезіології й інтенсивної терапії Донецької дорожньої клінічної лікарні з діагнозом: токсико-епідермальний некроліз СЛ, ССД у результаті прийому лікарських препаратів (аспірин, парацетамол) на тлі ГРЗ. Псоріаз, хронічний гломерулонефрит, у поєднанні з псоріатичною нефропатією, хронічний пілонефрит. При надходженні у відділення стан хворого оцінений як край важкий. У свідомості, ейфоричний. Відзначається генералізована поразка шкіри, слизових очей, порожнини рота. Шкіра багряного кольору, набрякла, велика її частина покрита великопластинчастими ділянками епідермісу, що злущувались, а на долонях, гомілкях і стопах - зливальні пузири, наповнені білуватою рідиною. Кон'юнктива очей, слизова порожнини рота, язик укріті виразками. Тахіпное до 28 у хвилину, тахікардія - 120уд. у хвилину, гіпертензія - артеріальний тиск 200/110мм.рт.ст. Збільшені і хворобливі пахові лімфатичні вузли. Гіпертермія - 38,6°C. Олігурія - 450мл у добу. В аналізах - помірна анемія, лейкоцитоз, лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) - 7,1 Од., гіперазотемія, гіпертрансфераземія, макрогематурія, протеїнурія, за даними коагулограми, виражених порушень гемостазу немає. З анамнезу: за 7 днів до надходження в стаціонар на тлі респіраторної інфекції і гіпертермії прийняв 1 таблетку парацетамола і 1 таблетку аспірину, після чого з'явилася сверблячка й висипання в області спини. Продовжував лікуватися самостійно. Через шість днів, коли стан погіршився до вищепри описаного при надходженні в стаціонар, звернувся по медичну допомогу й в ургентному порядку був госпіталізований. У стаціонарі хворому призначили розвантажувальну дієту з виключенням високоалергогенних продуктів, провели консервативну детоксикаційну, десенсибілізуювальну (глюкокортикоїди), реокорегуючу, антибактеріальну і симптоматичну терапію, що не дала позитивного ефекту. З огляду на відсутність ефекту від проведеної консервативної терапії протягом двох діб, прийнято рішення про призначення пацієнту курсу проточного плазмаферезу з трьох сеансів з інтервалом у два дні. Проточний плазмаферез здійснювався на апараті АПФ-1 «Гемофер» за однокловою схемою підключення пацієнта і з використанням плазмодіфільтра ПФМ-800. Передопераційна підготовка - гемоділіція в об'ємі 450±50мл ізотонічного розчину натрію хлориду; системна гепаринізація в розрахунок 100 Од/кг маси тіла пацієнта. Судинний доступ - пункційна катетеризація кубітальної вени. Об'єм плазмоексфузії за один сеанс склав, у середньому, 850±55мл. Тривалість сеансу, у середньому,

склала  $95 \pm 11$ хв. Ефективність проведеної терапії оцінювалася по динаміці об'єктивного статусу і клініко-лабораторних показників (клінічний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, коагулограма).

Зміни клініко-лабораторного статусу пацієнта в ході виконання фільтраційного плазмаферезу. Після першого сеансу плазмаферезу - на шкірі не утворилось нових пухирів і нових шматків відшарування епідерміса, колишні елементи з тенденцією до висихання. Шкіра в місцях, очищених від лусочок, еластична, береться в складку. Відзначається слабо позитивна динаміка в уражених слизових оболонках. В аналізах: трохи підсилюється анемія, відзначається зниження лейкоцитозу, ЛПІ зменшується до 4,7Од., зберігається гіперазотемія і гіпертрансфераземія, знижується макрогематурія, зменшується протеїнурія, коагулограма - без істотної динаміки.

Після другого сеансу плазмаферезу - хворий у свідомості, в'ялий, сидить у ліжку. Відшаровується ороговілий епітелій. Цілком очистилася шкіра в області грудей, спини, плечей і живота. Залишається лущення в області обличчя й обох ніг. З ніг знімаються пластини епідерміса по типу «панчіх». В аналізах: зберігається анемія, відзначається зниження лейкоцитозу, зменшення зрушення лейкоцитарної формули вліво, зниження ЛПІ до 3,7 Од, знижується рівень гіперазотемії і гіпертрансфераземії, у сечі - еритроцити 5-10 у полі зору, зменшується протеїнурія, коагулограма - без істотної динаміки.

Після третього сеансу плазмаферезу - хворий у свідомості, значно активний, зберігається сухість у роті, шкірні покриви бліді. Одинокі ділянки лущення в області гомілок, волосистої частини голови. Новий шар епідерміса еластичний, легко береться в складку. Зберігається субфебрилітет. Язик обкладений сірим нальотом, виразок немає. В аналізах: зберігається анемія, помірний лейкоцитоз, нормалізація лейкоцитарної формули, зниження ЛПІ до 2,1Од, нормалізація рівня сечовини і креатиніну крові, зберігається помірна гіпертрансфераземія, у сечі - еритроцити 5-10 у полі зору, помірна протеїнурія, коагулограма - без істотної динаміки.

Замісна терапія здійснювалася кристалоїдними розчинами після кожного сеансу плазмаферезу в об'ємі 400-800мл, вводили глюкокортикоїдні препарати (преднізолон у дозі 2-5мг/кг маси тіла хворого).

Через добу після останнього сеансу плазмаферезу, стан хворого оцінений як відносно задовільний. Пацієнт переведений у терапевтичне відділення, де протягом 12 днів одержував консервативну реабілітаційну і симптоматичну терапію. У задовільному стані виписаний під спостереження лікаря-терапевта за місцем проживання.