

Изобретение относится к медицине, а именно к кожным заболеваниям и может быть использовано для лечения такого кожного заболевания как псориаз.

Проблема терапии больных псориазом не разрешена до настоящего времени.

В комплексном лечении псориаза, фармакологические методы лечения наиболее широко применяются.

Общеизвестным фактом является то, что основные патогистологические изменения кожи при псориазе заключаются в гиперпролиферации эпидермиса. Лечение псориаза, а тем более его осложнений, представляет собой трудную задачу. Современные средства и методы лечения псориатической болезни, направленные на подавление гиперпролиферации эпидермиса (глюкокортикоиды, цитостатики, фотохимиотерапия и др.), показали свою невысокую эффективность.

В вышеперечисленных методах лечения псориаза не учитывалась роль соединительной ткани в развитии гиперпролиферации эпидермиса, так как не были известны факты ее влияния на эпидермальные нарушения при псориатическом поражении кожи,

Однако, в последнее время появились работы, свидетельствующие о том, что эпидермальные нарушения представляют собой лишь конечный результат развивающихся в организме процессов, а также о том, что соединительная ткань играет важную роль в развитии гиперплазии эпидермиса при псориатическом поражении кожи. Поэтому был проведен ряд исследований, направленных на изучение изменений состояния соединительной ткани при псориазе и разработке корректирующей терапии.

Наиболее перспективными в настоящее время являются различные комплексные методы лечения, включающие современные фармакологические средства, а также средства немедикаментозной терапии.

Наиболее близким к заявляемому по технической сущности и достигаемому результату является метод лечения больных псориазом, который заключается в следующем: для нормализации состояния соединительной ткани применяют антиретиккулярную цитотоксическую сыворотку Богомольца А.А., тималин, карнитин-хлорид и энтеросорбенты, наружно для снятия чешуйчатых наслоений применяют 2% салициловую мазь, мыльные размывания, по показаниям УФО.

Метод осуществляет следующим образом: антиретиккулярную цитотоксическую сыворотку разведенную в 10 раз, вводят подкожно в возрастающей дозе: 0,1 - 0,2 - 0,3 - 0,4 - 0,5мл. Курс лечения состоит из 4 - 5 инъекций с 1 - 2 дневными промежутками. Тималин вводился по 10ед. (1 флакон) внутримышечно ежедневно, на курс 10 - 15 инъекций. Карнитин-хлорид назначался в дозе 1г 2 раза в день внутрь после еды в течение 3 - х недель, энтеросорбенты (активированный уголь) назначали в дозе 10 - 15г на прием 3 раза в день за 1,5 - 2 часа до или после еды в течение 3 - х недель.

При этом методе лечения уже на 5 - 7 день лечения уменьшалось шелушение. К 15 - 17 дню в очагах дерматоза значительно снижалась эритема и инфильтрация. Средняя продолжительность

больных в стационаре составляла  $25,1 \pm 1,0$  койко/день.

Задачей нашего изобретения является улучшение процессов коллагенообразования у больных псориазом путем влияния на периферическую нервную систему и сокращение сроков пребывания больных в стационаре на 1 - 2 дня.

Поставленная задача решается путем применения антиретиккулярной цитотоксической сыворотки Богомольца А.А., тималина, карнитин-хлорида, энтеросорбентов, наружной терапии и дополнительного назначения дифенина с первого дня по 1 таблетке 2 раза в день в течение пребывания в стационаре.

Заявляемый способ заключается в том, что больным назначают:

- антиретиккулярную цитотоксическую сыворотку Богомольца А.А., разведенную в 10 раз подкожно в возрастающей дозе: 0,1 - 0,2 - 0,3 - 0,4 - 0,5мл; курс лечения состоит из 4 - 5 инъекций с 1 - 2 дневными промежутками;

- тималин по 10ед. (1 флакон) внутримышечно ежедневно, на курс 10 - 15 инъекций;

- карнитин-хлорид - 1г 2 раза в день внутрь после еды в течение 3 - х недель;

- энтеросорбенты (активированный уголь) назначали в дозе 10 - 15г на прием 3 раза в день за 1,5 - 2 часа до или после еды в течение 3 недель;

- дифенин по 1 таблетке 2 раза в день после еды в течение пребывания в стационаре;

- наружно для снятия чешуйчатых наслоений применялась 2% салициловая мазь, мыльные размывания, по показаниям УФО.

В результате проведенного лечения шелушение псориатических папул уменьшалось на 5 - 6 день лечения. К 14 - 16 дню в очагах дерматоза значительно снижалась эритема и инфильтрация. К 24 - 25 дню в очагах дерматоза оставалась вторичная гипо- и гиперпигментация. Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре составляла  $24 \pm 1,0$  койко/день.

Таким образом, предложенный метод лечения псориаза, включающий антиретиккулярную цитотоксическую сыворотку Богомольца А.А., тималин, карнитин-хлорид, энтеросорбенты, дифенин и средства наружной терапии позволяет улучшить процессы коллагенообразования и сократить сроки пребывания больных в стационаре на 1 - 2 дня.

Приводим примеры конкретного выполнения способа.

Пример 1. Больной К., 25 лет поступил в стационар 5 ГКВД с жалобами на высыпания на коже лица, волосистой части головы, туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся незначительным зудом. Из анамнеза болезни известно, что больной страдает псориазом в течение 5 лет. Начало заболевания связывает с нервным перенапряжением. Отмечает ежегодные обострения в осенне-зимний период. Неоднократно лечился в стационаре. Последнее обострение 2 недели назад. Из анамнеза жизни известно, что в детстве больной перенес ветрянку. В настоящее время часто болеет ОРЗ. Курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективно: состояние больного удовлетворительное. Над легкими везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс

76 ударов в минуту, удовлетворительных качеств. АД - 120/80 мм рт.ст. Полость рта санирована. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез в норме. Locus morbi: Кожный процесс носит диссеминированный характер. На коже лица, волосистой части головы, туловища, верхних и нижних конечностей множественные эритемо-папулезные элементы, покрытые серебристыми чешуйками, диаметром от 0,5 см до 5 - 6 см. Псориатическая триада "положительная". Ногтевые пластинки кистей, стоп не изменены. На основании вышеизложенного был поставлен диагноз: диссеминированный псориаз, стадия прогрессирования, осенне-зимняя форма.

Обследован. Анализы крови и мочи клинические - без патологии. Яйца глист не найдены. РВ и РМП - отрицательные.

Проведено лечение: АЦС Богомольца А.А., разведенную в 10 раз, вводили подкожно в возрастающей дозе: 0,1 - 0,2 - 0,3 - 0,4 - 0,5 мл. Курс лечения состоял из 5 инъекций, с 1 - 2 дневными промежутками. Тималин вводился по 10 ед. (1 флакон) внутримышечно ежедневно, на курс 10 - 15 инъекций. Карнитин-хлорид по 1 г 2 раза в день после еды в течение 3 - х недель. Энтеросорбенты (активированный уголь) 10 - 15 г на прием 3 раза в день за 1,5 часа до еды в течение 3 - х недель, наружно - 2% салициловая мазь.

При иммуноморфологическом исследовании биоптатов пораженной кожи до лечения определялось очаговое мукоидное набухание и деструкция коллагенов I и III типов в дерме. Распределение коллагена IV типа подтверждало новообразование глубоких сосочков эпидермиса, а также интенсивный ангиогенез в их стромах и в составе периваскулярных инфильтратов. После лечения больных псориазом в биоптатах кожи выявлено уменьшение толщины эпидермиса, количества и глубины сосочков. Отмечена упорядоченность коллагеновых пучков в среднем и глубоком слоях дермы при изучении коллагенов I или III типов. Установлена редукция избыточного ангиогенеза в стромах сосочков и периваскулярных инфильтратов. Появление коллагена IV типа и фибронектина среди базальных клеток свидетельствует об интенсивной регенерации базального слоя эпидермиса. Исчезновение фибронектина в составе редуцированных периваскулярных инфильтратов свидетельствует о затухании воспалительной реакции в коже. В результате проведенного лечения шелушение псориатических папул уменьшалось на 7 день лечения. К 17 дню в очагах дерматоза значительно снижалась эритема и инфильтрация. На 27 день в очагах дерматоза оставалась вторичная гипопигментация. Больной выписан на 27 день от момента поступления в стационар.

Пример 2. Больной С., 42 лет поступил в стационар 5 ГКВД с жалобами на высыпания на коже волосистой части головы, туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся легким зудом. Из анамнеза болезни известно, что больной страдает псориазом в течение 8 лет. Начало заболевания связывает с нервным стрессом (смерть матери). Отмечает ежегодные обострения в осенне-зимний период. Неоднократно лечился в стационаре. Последнее обострение 10 дней назад.

Из анамнеза жизни известно, что в детстве болел скарлатиной. В настоящее время часто болеет ОРЗ. Курит, алкоголем не злоупотребляет. Объективно: состояние больного

удовлетворительное. Над легкими везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 72 удара в минуту, удовлетворительных качеств. АД - 130/70 мм рт.ст. Полость рта санирована. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез в норме. Locus morbi: Кожный процесс носит диссеминированный характер. На коже лица, волосистой части головы, туловища, верхних и нижних конечностей множественные эритемо-папулезные элементы, покрытые серебристыми чешуйками, диаметром от 0,3 см до 3 - 4 см. Псориатическая триада "положительная". Ногтевые пластинки кистей и стоп не изменены.

На основании вышеизложенного был поставлен диагноз: диссеминированный псориаз, стадия прогрессирования, осенне-зимняя форма.

Обследован. Анализы крови и мочи клинические - без патологии. Яйца глист не найдены. РВ и РМП - отрицательные.

Проведено лечение: АЦС Богомольца А.А., разведенную в 10 раз, вводили подкожно в возрастающей дозе: 0,1 - 0,2 - 0,3 - 0,4 - 0,5 мл. Курс лечения состоял из 5 инъекций, с 1 - 2 дневными перерывами. Тималин вводился по 10 ед. (1 флакон) внутримышечно ежедневно, на курс 10 - 15 инъекций. Карнитин-хлорид по 1 г 2 раза в день после еды в течение 3 - х недель. Энтеросорбенты/активированный уголь 10 - 15 г на прием 3 раза в день за 1,5 часа до еды в течение 3 - х недель. Дифенин по 1 таблетке 2 раза в день в течение пребывания больных в стационаре. Также применялась наружно 2% салициловая мазь.

При иммуноморфологическом исследовании биоптатов пораженной кожи до лечения определялось очаговое мукоидное набухание и деструкция коллагенов I и III типов в дерме. Распределение коллагена IV типа подтверждало новообразование глубоких сосочков эпидермиса, а также интенсивный ангиогенез в их стромах и в составе периваскулярных инфильтратов. После лечения больных псориазом в биоптатах кожи выявлено уменьшение толщины эпидермиса, количества и глубины сосочков, более выраженное, чем в 1 примере. Отмечена большая упорядоченность коллагеновых пучков в среднем и глубоком слоях дермы при изучении коллагенов I и III типов. Установлена редукция избыточного ангиогенеза в стромах сосочков и периваскулярных инфильтратов. Появление коллагена IV типа и фибронектина среди базальных клеток свидетельствует об интенсивной регенерации базального слоя эпидермиса. Исчезновение фибронектина в составе редуцированных периваскулярных инфильтратов свидетельствует о затухании воспалительной реакции в коже.

В результате проведенного лечения шелушение псориатических папул уменьшалось на 6 день. К 14 дню в очагах дерматоза значительно снижалась эритема и инфильтрация. На 24 день в очагах дерматоза оставалась вторичная гипопигментация. Больной выписан на 24 день от момента поступления в стационар.