



УКРАЇНА

(19) UA (11) 17768 (13) U
(51) МПК

A61K 31/05 (2006.01)

A61K 36/28 (2006.01)

A61P 31/04 (2006.01)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПЕРВИННУ БЕШИХУ

1

2

(21) u200603687

(22) 04.04.2006

(24) 16.10.2006

(46) 16.10.2006, Бюл. № 10, 2006 р.

(72) Фролов Валерій Митрофанович, Гарник Тетяна Петрівна, Зельоний Ігор Іванович

(73) Фролов Валерій Митрофанович, Гарник Тетяна Петрівна, Зельоний Ігор Іванович

(57) 1. Спосіб лікування хворих на первинну бешиху, що включає введення антибактеріальних препаратів широкого спектру дії, антигістамінних засобів, аскорутину, амізону, глутаргіну, циклоферону та імуноактивних препаратів рослинного походження та здійснення фізіотерапев-

тичних заходів, який **відрізняється** тим, що як імуноактивний препарат рослинного походження вводять сироп ехінацеї пурпурової.2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що при середньотяжкому перебігу первинної бешихи сироп ехінацеї пурпурової вводять дорослому хворому усередину по 5-10мл 2-3 рази на день протягом 7-10 діб поспіль.3. Спосіб за пп. 1, 2, який **відрізняється** тим, що при тяжкому перебігу первинної бешихи сироп ехінацеї пурпурової вводять дорослому хворому усередину по 15-20мл 3 рази на день протягом 10-14 діб поспіль.

Корисна модель відноситься до галузі медицини, а саме до способів лікування гострих інфекційних хвороб.

Актуальність предмету корисної моделі пов'язана зі значною розповсюдженістю, особливо в умовах великого промислового регіону Донбасу захворюваності на первинну бешиху, особливо серед осіб з важкими умовами фізичної праці (гірників, шахтарів, машинобудівників, водіїв та інш.), та з довготривалим зниженням працездатності хворих, можливим розвитком у них в подальшому гнійно-запальних ускладнень та рецидивів захворювання, що пов'язано зі зниженням показників імунітету та природної антиінфекційної резистентності.

Існує спосіб лікування хворих на первинну бешиху шляхом призначення антибактеріальних, антигістамінних препаратів, аскорутину, фізіотерапевтичних засобів (УВЧ або УФВ) та яко протизапальний препарат з протизапальною, знеболюючою, інтерфероніндукуючою та імуномодуючою діями амізону [Фролов В.М., Бухтіарова Т.А., Даніленко В.П. Застосування амізону в лікуванні хворих на бешиху // Ліки. -2000. -№1-2. -С.114-118]. Значною перевагою даного способу лікування на первинну бешиху є те, що амізон сприяє зменшенню місцевих запальних явищ, а також позитивно

впливає на імунологічні показники, та не викликає патологічних проявів з боку шлунково-кишкового тракту. Однак, у частини хворих використання даного способу не сприяє швидкому зниженню запального процесу в місцевому вогнищі бешихи, та прискоренню нормалізації імунітету, що пов'язано з нерідким патогенним впливом вторинної стафілокової інфекції, особливо при наявності ерозій у місцевому вогнищі бешихи, які виникають у хворих на бульозну та бульозно-геморагічну форми первинної бешихи.

Відомий спосіб лікування лікування хворих на первинну бешиху, при якому додатково до антибактеріальних і антигістамінних препаратів, аскорутину, амізону та фізіотерапевтичних засобів (УВЧ або УФВ) вводять імуноактивний препарат циклоферон, який також володіє протизапальними властивостями [Деклараційний патент України на винахід №50329А. Спосіб лікування первинної бешихи. МПК⁷ А61К31/05. -Опубл. 15.10.2002р. -Бюл. №10].

Але в низці випадків у хворих на первинну бешиху в подальшому виникають рецидиви захворювання, в деяких випадках у хворих відмічається тривалий перебіг хвороби, або розвиток гнійно-запальних ускладнень.

Відомий спосіб лікування лікування хворих на

(19) UA (11) 17768 (13) U

первинну бешиху, при якому додатково до антибактеріальних, антигістамінних препаратів, аскорутину, амізону, фізіотерапевтичних засобів (УВЧ або УФВ) та циклоферону вводять імуномодуючий препарат рослинного походження манакс [Деклараційний патент України на винахід №65464, МПК⁷ А61К31/05, А61К35/78. -Опубл. 15.03.2004, Бюл. №3].

Але цей спосіб також недостатньо ефективний, оскільки не забезпечує нормалізації біохімічних та імунологічних показників у частини хворих на первинну бешиху, що в клінічному плані може сприяти розвитку у подальшому рецидивів захворювання.

Тому було запропоновано спосіб лікування лікування хворих на первинну бешиху, який включає введення глутаргіну додатково до антибактеріальних препаратів, антигістамінних засобів, аскорутину, амізону, циклоферону, імуноактивного препарату рослинного походження - манаксу та здійснення фізіотерапевтичних засобів. При середньотяжкому перебігу бешихи глутаргін вводили у вигляді 4% розчину по 20-30мл 2 рази на добу внутрішньовенно інфузійно 2-4 доби поспіль, потім після зникнення проявів інтоксикації по 0,5г усередину 3 рази на добу протягом 7-10 діб поспіль. При тяжкому перебігу первинної бешихи глутаргін вводять внутрішньовенно інфузійно у вигляді 4% розчину по 40-50мл 2 рази на добу протягом 3-5 діб поспіль, потім після зниження проявів інтоксикації усередину по 0,5-0,75г 3 рази на добу протягом 7-10 днів поспіль [Деклараційний патент України на корисну модель №11575, МПК (2006) А61К31/05, А61К31/195. - 16.01.2006. -Бюл. №1, 2006р.].

Цей спосіб лікування первинної бешихи є найбільш ефективний з існуючих і тому його обрано як найближчий аналог.

До недоліків найближчого аналогу відноситься те, що не у всіх хворих відмічається нормалізація імунних показників, у частини випадків зберігаються прояви вторинних імунодефіцитних станів і після завершення лікування, що в клінічному плані проявляється тривалим перебігом бешихи та наявністю у подальшому ускладнень захворювання та розвитку рецидивів. Крім того, імуноактивний препарат рослинного походження манакс є імпортом (республіка Перу) та не завжди наявний в аптечній мережі України та досить дорогий за ціною, що зменшує можливість його використання для лікування хворих на бешиху, оскільки, як відомо, хворі на бешиху в більшості випадків являються мало-забезпеченими людьми та не можуть придбати цей препарат, а лікарські заклади також не мають коштів на придбання манаксу.

Задачею корисної моделі було підвищення ефективності способу лікування хворих на первинну бешиху, а саме скорочення терміну лікування, зниження вірогідності розвитку у подальшому рецидиву бешихи.

Вказана задача досягається тим, що як імуноактивний препарат рослинного походження вводять усередину вітчизняний засіб - сироп ехінацеї пурпурової (*Echinacea syurp*). Лікарська рослина ехінацея пурпурова (*Echinacea purpureae* Moench.) відноситься до сімейства складноквіткових. Корені цієї рослини містять ефірну олію (до 1,4%), смоли,

фітостерини, ехінацин, ехінакозид, полісахариди, у квітках - 0,13-0,48% ефірної олії. Препарати кореневищ та коренів ехінацеї пурпурової, зокрема сироп ехінацеї, відносяться до групи лікарських засобів, які здійснюють чітко виражений імуномодуючий ефект, а також поліпшують процеси обміну речовин в організмі. Препарати ехінацеї пурпурової сприяють підвищенню активності неспецифічних факторів захисту організму. Стимулюючи дія на імунну систему препаратів ехінацеї пурпурової пов'язана переважно з активацією клітинного імунітету - фагоцитарної активності нейтрофілів, макрофагів, хемотаксису гранулоцитів, що сприяє вивільненню великої кількості цитокінів. Препарати ехінацеї пурпурової мають також виражені протизапальні, противиразкові властивості, здійснюють бактеріостатичну, антибактеріальну, фунгіцидну і ранозагоюючу дію, а також впливають на нервову систему. Ехінацея пурпурова проявляє антиоксидантні властивості, пригнічуючи інтенсивність процесів вільнорадикального окислювання. Інулін, левулоза і бетаїн, які входять до складу препарату, поліпшують процеси обміну, особливо в печінці і нирках. Сироп ехінацеї випускається вітчизняною фармацевтичною промисловістю, зокрема Луганською фармацевтичною фабрикою, є в достатній кількості в аптечній мережі України, та доступний за ціною як для хворих на бешиху, так і для лікарських закладів.

Наша пропозиція щодо включення сиропу ехінацеї пурпурової до комплексу лікування хворих на первинну бешиху базується на вперше встановленій авторами корисної моделі в експериментальних умовах, а потім підтвердженій у клініці закономірності, що при сумісному введенні амізону, циклоферону, манаксу, глутаргіну та сиропу ехінацеї пурпурової має місце взаємне потенціювання гепатопротекторного та імуномодуючого ефектів, що значно перевищує його при їх простій сумачії.

Заявлений спосіб здійснюється таким чином.

Хворому на первинну бешиху додатково до антибактеріальних, антигістамінних препаратів широкого спектру дії, антигістамінних засобів, аскорутину, амізону, циклоферону, імуноактивних препаратів рослинного походження, глутаргіну та здійснення фізіотерапевтичних засобів які імуноактивний препарат рослинного походження вводять усередину сироп ехінацеї пурпурової при середньотяжкому перебігу первинної бешихи по 5-10мл 2-3 рази на день протягом 7-10 діб поспіль, а при тяжкому перебігу захворювання - по 15-20мл сиропу 3 рази на день протягом 10-14 діб поспіль.

При розробці заявленого способу лікування на первинну бешиху було обстежено дві групи хворих по 90 осіб у кожній. Хворі основної групи отримували лікування згідно до заявленого способу, хворі групи зіставлення - відповідно до відомого способу-найближчого аналогу. Обидві групи були рандомізовані за віком, статтю хворих та тяжкістю перебігу первинної бешихи. Клінічна картина бешихи до початку лікування в обох групах була типовою та характеризувалась наявністю загальнотоксичного синдрому (пропасниця, головний біль, загальна слабкість, нездужання, зниження або відсутність апетиту, при тяжкому перебігу первин-

ної бешихи - також наявністю нудоти та іноді однократного блювання), та місцевого запального синдрому, що характеризувався наявністю ділянки гіперемії та набряку на шкірі (найчастіше на нижніх кінцівках) з чіткими межами та нерівними контурами, болісної при пальпації. У низці випадків у межах ділянки ураженої шкіри відмічалось також наявність дрібних геморагій або бул різного розміру з серозним або серозно-геморагічним вмістом. Клінічне обстеження в динаміці лікування дозволило

встановити, що заявлений спосіб лікування хворих на первинну бешиху обумовлює позитивний вплив на перебіг захворювання в порівнянні з відомим способом-найближчим аналогом (таблиця 1).

Дійсно, як видно з таблиці 1, використання заявленого способу лікування сприяє більш швидкій ліквідації клінічних симптомів захворювання, як загальнотоксичного синдрому, так і синдрому місцевого бешихового запалення.

Таблиця 1

Вплив заявленого та відомого способів лікування первинної бешихи на клінічні показники ($M \pm m$)

Клінічні показники	Заявлений спосіб (n=90)	Відомий спосіб (n=90)	P
Тривалість збереження (дів):			
пропасниці	3,0 \pm 0,1	4,2 \pm 0,15	<0,05
загальної слабкості	4,0 \pm 0,12	5,5 \pm 0,2	<0,05
нездужання	4,4 \pm 0,15	6,7 \pm 0,2	<0,05
головного болю	4,0 \pm 0,1	5,8 \pm 0,2	<0,05
зниження апетиту	3,9 \pm 0,15	5,7 \pm 0,2	<0,05
тахікардії	2,3 \pm 0,12	5,0 \pm 12	0,05
гіперемії шкіри	6,1 \pm 0,2	8,3 \pm 0,25	<0,05
болісності у місцевому запальному вогнищі	7,2 \pm 0,15	9,7 \pm 0,2	<0,05
набряку шкіри	8,8 \pm 0,12	10,6 \pm 0,15	0,05
Частота розвитку гнійно-запальних ускладнень	$\frac{3}{2,8 \pm 0,8}$	$\frac{9}{7,9 \pm 1,2}$	<0,05

Примітка: в чисельнику - абсолютна кількість хворих, у знаменнику -% відносно загальної кількості хворих у даній групі.

Під впливом заявленого способу лікування тривалість збереження пропасниці скорочувалася на 1,2 \pm 0,05 дні, загальної слабкості - на 1,5 \pm 0,05 дні, нездужання - на 2,3 \pm 0,06 дні, зниження апетиту - на 1,8 \pm 0,05 дні, тахікардії - на 1,6 \pm 0,03 дні, гіперемії шкіри в місцевому вогнищі - на 2,2 \pm 0,05 дні, набряку шкіри - на 1,8 \pm 0,02 дні, болісності у місцевому вогнищі при пальпації шкіри - на 2,5 \pm 0,1 дні ($P < 0,05$).

Показово, що частота розвитку гнійно-запальних ускладнень (абсцеси, флегмони, некрози шкіри, гангрена) при використанні заявленого способу лікування скорочувалася в 3 рази, наявність залишкових явищ бешихи - в 2,3 рази, частота рецидивів протягом 1 року після виписки зі стаціонару - в 2,4 рази.

Таким чином, відмічено вірогідне прискорення одужання хворих на бешиху, зменшення частоти розвитку гнійно-запальних ускладнень, що дозволяє вважати заявлений спосіб лікування на пер-

винну бешиху корисним для клінічної практики.

Було вивчено також вплив заявленого та відомого способів на деякі лабораторні показники. Виявлені порушення вивчених показників до початку лікування в обох групах були практично однакові та характеризувалися Т-лімфопенією (зниженням кількості лімфоцитів з фенотипом CD3+ у периферійній крові), зниженням кількості Т-хелперів (CD4+), а також імунорегуляторного індексу - коефіцієнту CD4/CD8, підвищенням рівня циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) та концентрації "середніх молекул" (СМ) у крові у хворих. Таким чином, до початку лікування відмічені лабораторні ознаки вторинного імунодефіцитного стану та синдрому "метаболического" токсикозу. Проведення лікування за допомогою заявленого способу сприяло покращенню вивчених імунологічних та біохімічних показників (таблиця 2).

Таблиця 2

Вплив заявленого та відомого способів лікування на деякі імунологічні та біохімічні показники ($M \pm m$)

1	2	3	4	5
Лабораторні показники	Норма	Заявлений спосіб (n=90)	Відомий спосіб (n=90)	P
CD3+, %	70,3 \pm 2,2	$\frac{49,4 \pm 1,8}{69,5 \pm 2,0}$	$\frac{49,2 \pm 1,9}{58,2 \pm 1,8}$	$\frac{>0,1}{<0,05}$

Продовження таблиці 2

1	2	3	4	5
CD4+, %	46,5±1,7	<u>29,5±1,2</u> 45,5±1,5	<u>28,8±1,3</u> 35,5±1,2	>0,1 <0,05
CD8+, %	22,4±1,2	<u>20,2±1,0</u> 23,0±1,1	20,4±0,9 22,5±1,0	>0,1 >0,05
CD4/CD8	1,99±0,03	<u>1,46±0,03</u> 1,97±0,03	<u>1,41±0,03</u> 1,58±0,02	>0,05 <0,05
ЦІК, г/л	1,88±0,03	<u>3,56±0,12</u> 2,12±0,1	<u>3,61±0,14</u> 2,88±0,12	>0,1 <0,05
СМ, г/л	0,52±0,05	<u>2,36±0,11</u> 0,92±0,05	<u>2,38±0,12</u> 1,56±0,05	>0,1 <0,05

Примітка: у чисельнику - показник до початку лікування, у знаменнику - після завершення лікування.

У хворих на первинну бешиху в основній групі (яка отримувала лікування згідно з заявленим способом) відмічено суттєве підвищення рівня CD3+ - лімфоцитів (загальна популяція Т-клітин) та суб-популяції Т-хелперів (CD4+), нормалізація імунорегуляторного індексу CD4/CD8. Рівень ЦІК у цій групі хворих знижався до верхньої межі норми, зменшувалась також концентрація СМ, що свідчило про зниження проявів синдрому "метаболічної" інтоксикації (таблиця 2). Отже, можна враховувати заявлений спосіб лікування первинної бешихи патогенетично обґрунтованим та клінічно ефективним.

Спосіб добре переноситься хворими, не викликає яких-небудь небажаних або побічних ефектів, у тому числі алергічних реакцій. Оскільки при використанні заявленого способу прискорюється одужання хворих, умовний економічний ефект від його застосування складає біля 157 гривень на 1 хворого.

Наводимо клінічні приклади використання заявленого способу.

Приклад 1.

Хвора Н., 32 років, бухгалтер, захворіла гостро, раптово. Захворювання почалося з ознобу, підвищення температури тіла до 39,6°C. Через 5 годин з'явився біль у паховій ділянці з правого боку, а також шкіри правої гомілки, потім почервоніння шкіри правої гомілки та нижньої третини правого стегна. Виник значний набряк правої гомілки та нижньої третини правого стегна, а також болісність ураженої кінцівки при пальпації. Була направлена на консультацію до хірурга, дерматолога та інфекціоніста і після огляду поступила до інфекційного стаціонару з діагнозом "бешиха правої нижньої кінцівки". При поступленні до стаціонару хвора скаржилася на загальну слабкість, нездужання, головний біль, зниження апетиту, почервоніння та набряк шкіри правої гомілки і стегна, болісність в ураженій ділянці шкіри при доторканні. В анамнезі мала удар правої гомілки у побутових умовах за добу до початку захворювання.

При огляді: загальний стан хворої середньотяжкий. Температура тіла 38,3°C. У легенях - везикулярне дихання. Тони серця ритмічні, помірно приглушені, тахікардія. Пульс 110 уд./хв, задовільних якостей. АТ - 115/80 мм рт.ст. Живіт м'який, при

пальпації безболісний. Печінка по краю реберної дуги, селезінка не пальпується. На шкірі правої гомілки та нижньої третини правого стегна - яскрава гіперемія та значний набряк шкіри з чіткою межею, яка відділяє ділянку ураженої шкіри від здорової. Межі ураженої ділянки шкіри нерівні, у вигляді "язиків полум'я". Пальпація ураженої ділянки шкіри на правій гомілці та стегні значно болісна, особливо на межі зі здоровою шкірою, де є запальний валік. Пахові лімфатичні вузли з правого боку збільшені до 2-3 см у діаметрі та значно болісні.

Аналіз крові загальний: Ер. - $3,2 \cdot 10^{12}/л.$, Нб - 124 г/л, Л - $11,5 \cdot 10^9/л.$, е - 1, п - 8, с - 62, л - 25, м - 4; ШОЕ - 28 мм/год. Аналіз сечі: сліди білка. Дані додаткового лабораторного обстеження: CD3+ - 49%, CD4+ - 27%, CD8+ - 21%, CD4/CD8 - 1,29, ЦІК - 3,26 г/л, СМ - 2,42 г/л.

Клінічний діагноз: первинна бешиха правої нижньої кінцівки (гомілки та нижньої третини правого стегна), еритематозна форма, середньотяжкий перебіг.

Хворій було призначено лікування згідно з заявленим способом: антибактеріальні (ампіокс і бісептол у середньотерапевтичних дозах) та антигістамінні препарати (піпольфен), аскорутин у загальноприйнятому дозуванні, УФВ на уражену ділянку шкіри, амізон, циклоферон та глутаргін у загальноприйнятих дозах та додатково як імуноактивний препарат рослинного походження усередину сироп ехінацеї пурпурової по 10 мл 3 рази на день протягом 10 діб поспіль.

Під впливом проведеного лікування загальний стан та самопочуття хворої покращилися, а потім нормалізувалися. Загальна тривалість збереження пропасниці склала дві доби, загальної слабкості та нездужання - 3 доби. Тахікардія зникла вже на другу добу лікування, на третю добу - повністю нормалізувався апетит. Гіперемія шкіри в ураженій ділянці зникла на четверту добу від початку лікування, болісність у місцевому вогнищі бешихи при пальпації - на п'яту добу. Набряк шкіри правої гомілки та нижньої третини правого стегна ліквідувався на шосту добу від початку лікування. Ліжкодень у хворої Н. склав 7 днів. Виписана додому в задовільному стані, клінічно здоровою.

Перед випискою встановлені такі дані лабора-

торних показників: аналіз крові загальний: Ер. - $3,25 \cdot 10^{12}/л$, Hb - 136г/л, Л - $6,2 \cdot 10^9/л$, е - 1, п - 4, с - 62, л - 28, м - 5; ШОЕ - 6мм/год. Аналіз сечі: без патології. Дані додаткового лабораторного обстеження: CD3+ - 69%, CD4+ - 46%, CD8+ - 22%, CD4/CD8 - 2,09, ЦІК - 1,98г/л, СМ - 0,86г/л. Отже поряд з клінічним одужанням хворої В. в неї відмічена нормалізація лабораторних показників, у тому числі ліквідація Т-лімфопенії, нормалізація кількості Т-хелперів/індукторів та імунорегуляторного індексу CD4/CD8, зниження вмісту ЦІК та СМ у сироватці крові. За даними диспансерного спостереження протягом 1 року рецидивів захворювання не було, залишкові явища перенесеної бешихи також були відсутні.

Приклад 2.

Хворий С., 42 років, водій маршрутного таксі, захворів раптово, гостро. З анамнезу відомо, що за дві доби до захворювання мав травму лівої гомілки на виробництві. Захворювання почалося з підвищення температури тіла до $39,7^{\circ}C$. Через 6 годин після цього з'явилося почервоніння лівого стегна та лівої гомілки, значна болісність ураженої ділянки шкіри при пальпації, був сильний озноб, після чого температура тіла підвищилася до $40,3^{\circ}C$. На другий день захворювання на ураженій ділянці шкіри з'явилися дрібні геморагічні плями (петехії) та 2 бульозних пухиря розмірами до 4,5-5см у діаметрі зі серозно-геморагічним вмістом. Хворий був госпіталізований до інфекційного стаціонару з діагнозом: "Первинна бешиха лівої нижньої кінцівки (гомілки та стегна), бульозно-геморагічна форма, тяжкий перебіг". При вступі до стаціонару загальний стан хворого важкий. Скаржився на головний біль, озноб, загальну слабкість, нездужання, пропасницю, ломоту у всьому тілі, біль у ураженій кінцівці.

При огляді: температура тіла $39,7^{\circ}C$, загальний стан тяжкий. У легенях - незначна кількість сухих хрипів (хворий палить). Тони серця ритмічні, приглушені, тахікардія. Пульс 130уд./хв., задовільних якостей, ритмічний. АТ 115/60мм рт.ст. Живіт м'який, при пальпації безболісний. Печінка по краю реберної дуги, селезінка не пальпується. Менінгіальних ознак немає. Локальний статус: уся ліва нижня кінцівка, починаючи з тилу стопи до пахвинної зв'язки, яскраво гіперемірована, набрякла, болісна при доторканні. На лівій гомілці відмічається значна кількість дрібних геморагічних плям, які зливаються. По внутрішній поверхні гомілки - бульозний елемент, розміром 5-6см, розміщується у верхній третині гомілки, на внутрішній поверхні стегна - була розміром 4,6-5,5см. Вміст бул - серозно-геморагічний. Відмічається регіонарний лімфаденіт зліва - збільшення до 2-3см та значна болісність пахвинних лімфовузлів, та лімфангіт у

вигляді смуги рожевого кольору по внутрішній поверхні лівого стегна, різко болісний при пальпації.

Аналіз крові загальний: Ер. - $3,26 \cdot 10^{12}/л$, Hb - 138г/л, Л - $14,5 \cdot 10^9/л$, Hb - 138г/л, е - 1, п - 15, с - 66, л - 16, м - 2; ШОЕ - 42мм/год. Аналіз сечі: сліди білка. Дані додаткового лабораторного обстеження: CD3+ - 50%, CD4+ - 26%, CD8+ - 21%, CD4/CD8 - 1,24, ЦІК - 3,65г/л, СМ - 2,42г/л.

Клінічний діагноз: первинна бешиха лівої нижньої кінцівки, бульозно-геморагічна форма, тяжкий перебіг захворювання.

Хворому було призначено лікування згідно з заявленим способом: антибактеріальна терапія (ампіокс та гентаміцин внутрішньом'язово), антигістамінні препарати (піпольфен), аскорутин у загальноприйнятому дозуванні, УФВ на ділянку ураження шкіри, амізон, циклоферон, глутаргін у середньотерапевтичних дозах та додатково як імуноактивний препарат рослинного походження усередину сироп ехінацеї пурпурової по 20мл 3 рази на день протягом 14 діб поспіль.

Під впливом проведеного лікування загальний стан та самопочуття хворого покращилися, а потім поступово нормалізувалися. Загальна тривалість збереження пропасниці склала чотири доби, загальна слабкість, нездужання, ломота у всьому тілі, головний біль зникли також на четверту добу з початку лікування. На п'яту добу лікування нормалізувався апетит, зникла тахікардія, гіперемія шкіри ліквідувалася на шосту добу від початку лікування, болісність у місцевому вогнищі - на сьому добу, набряк шкіри - на восьму добу від початку лікування. Ліжко-день у хворого склав 10 днів. Виписаний додому у задовільному стані, клінічно здоровим.

Дані лабораторного обстеження перед випискою були такі: аналіз крові загальний: Ер. - $3,1 \cdot 10^{12}/л$, Hb - 128г/л, Л - $6,6 \cdot 10^9/л$, е - 1, п - 4, с - 65, л - 26, м - 4; ШОЕ - 7мм/год. Аналіз сечі: без патології. Дані додаткового обстеження: CD3+ - 67%, CD4+ - 44%, CD8+ - 21%, CD4/CD8 - 2,09, ЦІК - 1,88г/л, СМ - 0,82г/л. Отже при лабораторному обстеженні встановлено, що у хворого відмічена нормалізація лабораторних показників під впливом проведеного лікування.

Таким чином, отримані результати свідчать про ефективність заявленого способу лікування та його переваги стосовно відомого способу-найближчого аналогу. Заявлений спосіб корисний, оскільки він сприяє прискоренню одужання хворих на первинну бешиху, зменшенню кількості залишкових явищ та подальших рецидивів захворювання. Спосіб може бути рекомендований для поширеного використання в умовах інфекційних відділень та хірургічних стаціонарів.