

(54) СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ КОПОВИДНОГО ОБЛИСІННЯ

(21) 99095244

(22) 22 09 1999

(24) 15 03.2001

(46) 15 03 2001, Бюл. № 2, 2001 р.

(72) Коляденко Володимир Григорович, Литинська
Тетяна Олександрівна(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ(57) 1 Спосіб комплексного лікування коповидного
облисіння, що включає застосування імуномоду-лятора на тлі базової терапії, який відрізняється
тим, що в якості імуномодулятора призначають
Ербісол по 1-2 мл внутрішньом'язово на протязі
10-20 діб під контролем показників імунного ста-
тусу за даними імунограми до лікування і через 1
місяць після закінчення лікування2. Спосіб по п.1, який відрізняється тим, що, в ра-
зі недосягнення нормалізації показників імуногра-
ми через 1 місяць після закінчення першого курсу
лікування, вказаний курс повторюють

Винахід, що заявляється, відноситься до ме-
дицини, зокрема до дерматології, і призначений
для лікування коповидного облисіння (КО) - захво-
рювання, що характеризується раповим осеред-
ковим чи тотальним випадінням волосся без явищ
запалення, рубцювання та атрофії шкіри і виникає
внаслідок дії різноманітних патологічних чинників
на пиптнік волосся [1].

Існуючі способи лікування КО передбачають
санацію вогнищ хронічної інфекції, дегельмінти-
зацію, відновлення балансу мікроелементів, зокре-
ма цинку, нормалізацію обміну речовин шляхом
призначення амінокислот, в тому числі сірковмі-
сних, таких як метіонін, селадію, призначення
біогенних стимуляторів (плазмол, апилак, екстракт
апов), вітамінів (групи В, ретінолу, альфа-токофе-
ролу), місцево застосування подразнюючих за-
собів для посилення обміну речовин в тканинах
скальпу. Також хворим призначається фізіотера-
певтичне лікування: д'Арсоналізація осередків
ураження, криомасаж, індуктотермія комірцевої та
надниркової зон.

Вище перелічені засоби складають базову
терапію КО, яка є, в основному, симптоматичною.
Така терапія через неврахування ролі імунної сис-
теми, зокрема її клітинної ланки, не є ефективною,
та дає високий відсоток рецидивів.

Тому були розроблені численні способи лі-
кування КО, які доповнюють базову терапію в на-
маганні покращити результати лікування хворих на
КО та знизити відсоток рецидивів.

Так, відомий спосіб лікування КО з викорис-
танням кортикостероїдних препаратів на тлі ба-

на КО внутрішньом'язово 30-40 мг преднізолону
на добу на протязі 1 місяця, далі цю дозу змен-
шують до 5-10 мг на добу. Тривалість курсу скла-
дає 2-2.5 місяця. Але через деякий час, а іноді на-
гайно після відміни гормонів, у 50% пацієнтів спос-
терігаються рецидиви. Також слід відзначити знач-
ну кількість ускладнень, які супроводжують сис-
темне застосування кортикостероїдних препаратів.

Відомий також спосіб лікування КО, який пе-
редбачає призначення на тлі базової терапії пре-
парату Кавінтон (Вінпоцетин) [3]. Цей препарат є
активатором обмінних процесів в мозку, покращує
кровозабезпечення мозку та нормалізує реологічні
показники крові. Кавінтон призначають перорально
після їжі по 5 мг 3 рази на добу на протязі 1-1.5 мі-
сяців. Всього проводять 1-4 таких курсів, залежно
від клінічної форми захворювання. Проте після
припинення лікування рецидиви спостерігалися у
26% хворих.

Найближчим аналогом (прототипом) є спосіб
лікування КО, який передбачає призначення на тлі
базової терапії імуномодулятора Левамізол (Де-
каріс) для нормалізації показників клітинного імуні-
тету [4]. Левамізол підвищує вміст Т-клітин, підви-
щує функціональну активність Т-супресорів, сти-
мулює фагоцитарну активність нейтрофілів та мо-
ноцитів. Крім цього, він є індуктором диференцію-
вання Т-лімфоцитів та стимулятором процесів доз-
рівання попередників Т-клітин в зрілі Т-лімфоцити
[5]. Але такий позитивний ефект з боку імунного
статусу спостерігався лише у хворих зі сприятли-
вим перебігом захворювання.

Левамізол призначають по 150 мг 3 рази на добу.

циклі, зміни з боку шлунково-кишкового тракту). Тому, незважаючи на те, що цей спосіб дозволяє де-що зменшити відсоток рецидивів, проте він все ж таки залишається високим, а наявність великої кількості ускладнень роблять цей спосіб лікування малоприйнятним.

Винахід, що заявляється, вирішує задачу більш специфічної стимуляції імунологічної реактивності організму хворих на КО.

Технічний результат, що досягається, полягає в зниженні частоти рецидивів.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі лікування КО, що включає застосування імуномодулятора на тлі базової терапії, згідно винаходу, в якості імуномодулятора призначають Ербісол по 1-2 мл внутрішньом'язово на протязі 10-20 діб під контролем показників імунного статусу за даними імунограми до лікування і через 1 місяць після закінчення лікування. Вказаний курс лікування повторюють в разі недосягнення нормалізації показників імунограми через 1 місяць після закінчення першого курсу.

Відмінною особливістю способу лікування КО, що заявляється, є використання в якості імуномодулятора препарату Ербісол - небілкового комплексу природних органічних сполук негормональної природи, що виділений із ембріональної тканини великої рогатої худоби. В своєму складі Ербісол містить так звані "сигнальні" молекули, що активізують природні, еволюційно сформовані механізми пошуку та усунення патологічних змін в тканинах, і є репарантом на клітинному та генетичному рівнях. На тлі прийому Ербісолу поліпшується діяльність серцево-судинної системи, стан мікроциркуляції, усувається астено-вегетативний синдром (хворі перестають скаржитися на головний біль, слабкість, підвищену стомлюваність, зниження фізичної та розумової працездатності, порушення сну, психоемоційну лабільність). Ербісол також має протизапальний ефект. Він вибірково корегує активність Т-супресорів [6]. Саме внаслідок цього стає можливим досягнення більш швидкого відновлення росту волосся та зниження частоти рецидивів у хворих на КО.

Спосіб лікування КО здійснюється наступним чином. Хворим на КО призначають базову терапію, що включає санацію волнищ хронічної інфекції (при необхідності); дегельмінтизацію; санацію (настій пустирника чи валеріани по 20 крапель 2-3 рази на добу, на протязі 2 тижнів); біогенну стимуляцію (апілак по 0,01 г 3 рази на добу, під язик, до їжі, на протязі 2 місяців); ін'єкції вітамінів В1 (1%-1,0) та В6 (5%-1,0) внутрішньом'язово №15-20, сульфат цинку по 0,02 г 2-3 рази на день на протязі 2 місяців; полівітаміни («Ундевіт», «Декамевіт») по 1 драже 3 рази на добу на протязі 1 місяця; фізіотерапевтичне лікування: д'Арсонвалізація осередків ураження, криомасаж, індуктотер-

мізація показників імунного статусу). Тривалість курсу залежить від клінічної форми КО та ступеня порушень імунного статусу. Як показав клінічний досвід, 10-денного курсу достатньо для досягнення імунної відповіді при осередковій формі КО (за даними імунограми), а при тотальній та універсальній клінічних формах курс Ербісолу необхідно продовжити до 20 діб, після чого подальшого підвищення імунної відповіді не відбувається. При захворюванні в прогресуючій стадії, незалежно від клінічної форми, необхідно вводити по 2 мл препарату, а в стаціонарній - по 1 мл. Це пояснюється тим, що при прогресуючій стадії захворювання спостерігається більш суттєве пригнічення імунітету. В разі недосягнення нормалізації показників імунограми через 1 місяць після закінчення першого курсу лікування необхідно повторити вказаний курс.

Конкретний приклад втілення.

Хворий П., 1969 року народження. Історія хвороби № 3302283. Знаходився на лікуванні в відділенні шкірних та венеричних хвороб МЦКЛ м. Києва з 26.01.98 по 24.02.98 з діагнозом: Колівидне облисіння, осередкова форма, прогресуюча стадія. Звернувся зі скаргами на випадіння волосся. З анамнезу хвороби: захворів приблизно 3 місяці назад, коли раптово на потилиці з'явився спочатку один, а через 2 місяці - численні осередки облисіння по всій поверхні голови. Спадковість не обтяжена. З боку внутрішніх органів і систем патології не виявлено. Status localis: осередки облисіння локалізуються по всій поверхні голови, на підборідді. Осередки облисіння мають округлі обриси, розміром від 1 см до 5 см в діаметрі, шкіра в них зовнішньо здорова, нормально забарвлена, волоссяні фолікули без патологічних змін. По периферії осередків облисіння на голові виявляється зона розхитаного волосся чи «волосин-сигналізаторів». Нігтьові пластинки дистрофічно змінені.

Хворий був проконсультований суміжними фахівцями, йому проведено клініко-лабораторне та інструментальне обстеження, яке включало: загальноклінічні аналізи та реакцію Вассермана, трикратний аналіз калу на яйця глистів, обстеження на токсоплазмоз, УЗД, ЕКГ, імунологічне обстеження.

При імунологічному обстеженні від 27.01.98 року: лімф. абс.- $3,3 \times 10^9$ ($1,5-2,4 \times 10^9$), Т-лімф.-9%(40%-60%), Тхелп.-9%(23%-48%), Тсупр.-0%(17%-25%), Тхелп./Тсупр.-0%(1,1-2,2), Такт.-0%(22%-39%), В-лімф.-14%(15%-35%), О-лімф.-67%(15%-20%), БГП.-0%(1%-2%), РБТЛ.-40%(72%-80%), фагоцитарний індекс -35%(40%-80%), IgG-6,4 г/л (7,5-15,45 г/л), IgA 2,8 г/л (1,25-2,5 г/л), IgM 0,34 г/л (0,65-1,65 г/л). Закл.: вторинна імунна недостатність, яка полягає в зниженні кількості та функціональній активності всієї популяції лімфоцитів, популяції Т-лімфоцитів, відсутності субпопуляції Т-супресорів, реверсії співвідношення Т/х до Т/с

внутрішньом'язово №15-20.

5. Сульфат цинку по 0,02 г 2-3 рази на день на протязі 2 місяців.

6. «Декамевіт» по 1 драже 3 рази на добу на протязі 1 місяця.

7. Фізіотерапевтичне лікування: д'Арсонвалізація осередків ураження №10, індуктотермія кмірцевої та надниркової зон №10.

8. Місцева терапія: аплікації настоянки п. дорожнику безпосередньо на осередки ураження раз на добу на протязі 2 тижнів.

Через 1 місяць від початку лікування у хворого спостерігалось відновлення росту пушкового та обезбарвленого довгого волосся.

26.02.98 р. було зроблено повторне імунологічне обстеження: лімф. абс.- $2,0 \times 10^9$ ($1,5-2,4 \times 10^9$), Т-лімф.-35%(40%-60%), Тхелп.-33%(23%-48%), Тсупр.-2%(17%-25%), Тхелп./Тсупр.-16,5%(1,1-2,2), Такт.-35%(22%-39%), В-лімф.-21%(15%-35%), О-лімф.-44%(15%-20%), БГП.-2%(1%-2%), РБТЛ.-61%(72%-80%), фагоцитарний індекс -43%(40%-80%), IgG-8,5 г/л (7,5-15,45 г/л), IgA 2 г/л (1,25-2,5 г/л), IgM 1,05 г/л (0,65-1,65 г/л). Закл.: спостерігається збільшення вмісту всієї популяції лімфоцитів, Тхелп., Тсупр., Такт., покращення функціональної активності Т-лімфоцитів, фагоцитарної активності нейтрофілів (порівняно з імунограмою від 27.01.98р.). Таке підвищення основних показників клітинного імунітету стало тим чинником на тлі якого була досягнута клінічна ремісія. Але через те, що дані показники не досягли нормальних значень, був призначений повторний курс Ербісолу по 1 мл внутрішньом'язово 1 раз на добу №10.

Імунограма від 1.04.98: лімф. абс.- $1,51 \times 10^9$ ($1,5-2,4 \times 10^9$), Т-лімф.-43%(40%-60%), Тхелп.-25%(23%-48%), Тсупр.-18%(17%-25%), Тхелп./Тсупр.-1,39%(1,1-2,2), Такт.-28%(22%-39%), В-лімф.-30%(15%-35%), О-лімф.-27%(15%-20%), БГП.-2%(1%-2%), РБТЛ.-47%(72%-80%), фагоцитарний індекс -50%(40%-80%), IgG-9,5 г/л (7,5-15,4 г/л), IgA 2,6 г/л (1,25-2,5 г/л), IgM 1,05 г/л (0,65-1,6 г/л). Закл.: функція клітинної ланки імунітету нормалізована.

Через 2 місяці від початку лікування - ріст волосся в осередках облисіння відновився повністю.

Хворий впродовж 1,5 років знаходився на диспансерному обліку. Рецидивів КО за цей час не спостерігалось.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ КОЛОВИДНОГО ОБЛИСІННЯ

(21) 99095244

(22) 22 09 1999

(24) 15 03 2001

(46) 15 03 2001, Бюл. № 2, 2001 р.

(72) Коляденко Володимир Григорович, Литинська
Тетяна Олександрівна(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ(57) 1. Спосіб комплексного лікування колівидного
облисіння, що включає застосування імуномоду-

лятора на тлі базової терапії, який відрізняється тим, що в якості імуномодулятора призначають Ербісол по 1-2 мл внутрішньом'язово на протязі 10-20 діб під контролем показників імунного статусу за даними імунограми до лікування і через 1 місяць після закінчення лікування.

2. Спосіб по п.1, який відрізняється тим, що, в разі недосягнення нормалізації показників імунограми через 1 місяць після закінчення першого курсу лікування, оказаний курс повторюють.

Винахід, що заявляється, відноситься до медицини, зокрема до дерматології, і призначений для лікування колівидного облисіння (КО) - захворювання, що характеризується раптовим осередковим чи тотальним випадінням волосся без явищ запалення, рубцювання та атрофії шкіри і виникає внаслідок дії різноманітних патологічних чинників на пилтчик волосу [1].

Існуючі способи лікування КО передбачають санацію волищ хронічної інфекції, дегельмінтизацію, відновлення балансу мікроелементів, зокрема цинку, нормалізацію обміну речовин шляхом призначення амінокислот, в тому числі сірковмісних, таких як метіонін, селадію, призначення біогенних стимуляторів (плазмол, апліак, екстракт алое), вітамінів (групи В, ретінолу, альфа-токоферолу), місцевого застосування подразнюючих засобів для посилення обміну речовин в тканинах скальпу. Також хворим призначається фізіотерапевтичне лікування: д'Арсоналізація осередків ураження, криомасаж, індуктотермія комірцевої та надниркової зон.

Вище перелічені засоби складають базову терапію КО, яка є, в основному, симптоматичною. Така терапія через неврахування всієї імунної системи, зокрема її клітинної ланки, не є ефективною, та дає високий відсоток рецидивів.

Тому були розроблені численні способи лікування КО, які допомагають базову терапію в наміганні покращати результати лікування хворих на КО та знизити відсоток рецидивів.

Так, відомий спосіб лікування КО з використанням кортикостероїдних препаратів на тлі базової терапії [2]. Він передбачає введення хворим

на КО внутрішньом'язово 30-40 мг преднізолону на добу на протязі 1 місяця, далі цю дозу зменшують до 5-10 мг на добу. Тривалість курсу складає 2-2,5 місяця. Але через деякий час, в люді негайно після відміни гормонів, у 50% пацієнтів спостерігаються рецидиви. Також слід відзначити значну кількість ускладнень, які супроводжують системне застосування кортикостероїдних препаратів.

Відомий також спосіб лікування КО, який передбачає призначення на тлі базової терапії препарату Кавінтон (Винпоцетин) [3]. Цей препарат є активатором обмінних процесів в мозку, покращує кровообіг в мозку та нормалізує реологічні показники крові. Кавінтон призначають парорально після їжі по 5 мг 3 рази на добу на протязі 1-1,5 місяців. Всього проводять 1-4 таких курсів, залежно від клінічної форми захворювання. Проте після припинення лікування рецидиви спостерігалися у 26% хворих.

Найближчим аналогом (прототипом) є спосіб лікування КО, який передбачає призначення на тлі базової терапії імуномодулятора Левамизол (Декарис) для нормалізації показників клітинного імунітету [4]. Левамизол підвищує вміст Т-клітин, підвищує функціональну активність Т-супресорів, стимулює фагоцитарну активність нейтрофілів та моноцитів. Крім цього, він є індуктором диференціювання Т-лімфоцитів та стимулятором процесів дозрівання попередників Т-клітин в зрілі Т-лімфоцити [5]. Але такий позитивний ефект з боку імунного статусу спостерігався лише у хворих зі сприятливим перебігом захворювання.

Левамизол призначають по 150 мг 3 дні під-ряд з перервою в 1 тиждень між циклами, всього

2-3 цикли. Але, на жаль, кількість рецидивів залишається високою (25%). Суттєвим недоліком цього препарату є також численні ускладнення гематологічні (агранулоцитоз, нейтропенія, тромбоцитопенія) та негематологічні (неврологічні, алергічні зміни з боку шлунково-кишкового тракту). Тому незважаючи на те, що цей спосіб дозволяє де що зменшити відсоток рецидивів, проте він все ж таки залишається високим, а наявність великої кількості ускладнень роблять цей спосіб лікування малоприйнятним.

Винахід, що заявляється, вирішує задачу більш специфічної стимуляції імунологічної реактивності організму хворих на КО.

Технічний результат, що досягається, полягає в зниженні частоти рецидивів.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі лікування КО, що включає застосування імуномодулятора на тлі базової терапії, згідно винаходу, в якості імуномодулятора призначають Ербісол по 1-2 мл внутрішньом'язово на протязі 10-20 днів під контролем показників імунного статусу за даними імунограми до лікування і через 1 місяць після закінчення лікування. Вказаний курс лікування повторюють в разі недосягнення нормалізації показників імунограми через 1 місяць після закінчення першого курсу.

Відмінною особливістю способу лікування КО, що заявляється, є використання в якості імуномодулятора препарату Ербісол - небілкового комплексу природних органічних сполук негормональної природи, що виділений із ембріональної тканини великої рогатої худоби. В своєму складі Ербісол містить так звані "сигнальні" молекули, що активізують природні, еволюційно сформовані механізми пошуку та усунення патологічних змін в тканинах, і є репаратом на клітинному та генетичному рівнях. На тлі прийому Ербісолу поліпшується діяльність серцево-судинної системи, стан мікроциркуляції, усувається астено-вегетативний синдром (хворі перестають скаржитися на головний біль, слабкість, підвищену стомлюваність, зниження фізичної та розумової працездатності, порушення сну, психоемоційну лабільність). Ербісол також має протизапальний ефект. Він вибірково корегує активність Т-супресорів [6]. Саме внаслідок цього стає можливим досягнення більш швидкого відновлення росту волосся та зниження частоти рецидивів у хворих на КО.

Спосіб лікування КО здійснюється наступним чином. Хворим на КО призначають базову терапію, що включає санацію вогнищ хронічної інфекції (при необхідності), дегельмінтизацію, санацію (настій пустирника чи валеріани по 20 крапель 2-3 рази на добу, на протязі 2 тижнів), біогенну стимуляцію (апілак по 0,01 г 3 рази на добу, під язик, до їжі, на протязі 2 місяців), ін'єкції вітамінів В1 (1%-1,0) та В6 (5%-1,0) внутрішньом'язово №15-20, сульфат цинку по 0,02 г 2-3 рази на день на протязі 2 місяців, полівітаміни («Ундевіт», «Декамевіт») по 1 драже 3 рази на добу на протязі 1 місяця, фізіотерапевтичне лікування д'Арсоналізація осередків ураження, криомасаж, індуктотермія комірцевої та надниркової зон, місцева терапія вживання настоянки червоного перцю чи настоянки подорожника безпосередньо в вогнища ураження 1 раз на добу на протязі 2 тижнів.

На тлі описаної базової терапії вводять Ербісол по 1-2 мл внутрішньом'язово на протязі 10-20 днів під контролем імунного статусу за даними імунограми до і через 1 місяць після закінчення лікування (саме за 1 місяць відбувається стабілізація показників імунного статусу). Тривалість курсу залежить від клінічної форми КО та ступеня порушення імунного статусу. Як показав клінічний досвід, 10-денного курсу достатньо для досягнення імунної відповіді при осередковій формі КО (за даними імунограми), а при тотальній та універсальній клінічних формах курс Ербісолу необхідно продовжити до 20 днів після чого подальшого підвищення імунної відповіді не відбувається. При захворюванні в прогресуючій стадії, незалежно від клінічної форми, необхідно вводити по 2 мл препарату, а в стаціонарній - по 1 мл. Це пояснюється тим, що при прогресуючій стадії захворювання спостерігається більш суттєве пригнічення імунітету. В разі недосягнення нормалізації показників імунограми через 1 місяць після закінчення першого курсу лікування необхідно повторити вказаний курс.

Конкретний приклад втілення

Хворий П. 1969 року народження. Історія хвороби № 3302283. Знаходився на лікуванні в відділенні шкірних та венеричних хвороб МЦКЛ м. Києва з 26.01.98 по 24.02.98 з діагнозом: Колівидне облисіння осередкова форма, прогресуюча стадія. Звернувся зі скаргами на випадіння волосся. З анамнезу хвороби: захворів приблизно 3 місяці назад, коли раптово на потилиці з'явився сполучку один, а через 2 місяці - численні осередки облисіння по всій поверхні голови. Спадковість не обтяжена. З боку внутрішніх органів і систем патології не виявлено. Status localis осередки облисіння локалізуються по всій поверхні голови, на підборідді. Осередки облисіння мають округлі обриси, розміром від 1 см до 5 см в діаметрі. Шкіра в них зовнішньо здорова, нормально забарвлена, волосся фолікули без патологічних змін. По периферії осередків облисіння на голові виявляється зона розхитаного волосся чи «волосини-сигналізатори». Нігтьові пластинки дистрофічно змінені.

Хворий був проконсультований суміжними фахівцями, йому проведено клініко-лабораторне та інструментальне обстеження, яке включало загальноклінічні аналізи та реакцію Васермана, трикратний аналіз калу на яйця глистів, обстеження на токсоплазмоз, УЗД ЕКГ, імунологічне обстеження.

При імунологічному обстеженні від 27.01.98 року: Лімф. абс - $3,3 \times 10^9$ ($1,5-2,4 \times 10^9$), Т-лімф. - 9% (40%-60%), Тхелп - 9% (23%-48%), Тсупр - 0% (17%-25%), Тхелп/Тсупр - 0% (1,1-2,2), Такт - 0% (22%-39%), В-лімф - 14% (15%-35%), О-лімф - 67% (15%-20%), БГЛ - 0% (1%-2%), РБТЛ - 40% (72%-80%), фагоцитарний індекс - 35% (40%-80%), IgG - 6,4 г/л (7,5-15,45 г/л), IgA - 2,8 г/л (1,25-2,5 г/л), IgM - 0,34 г/л (0,65-1,65 г/л). Закл. вторинна імунна недостатність, яка полягає в зниженні кількості та функціональної активності всієї популяції лімфоцитів, популяції Т-лімфоцитів, відсутності субпопуляції Т-супресорів, реверсії співвідношення Т/х до Т/с. Фагоцитарна активність макро- і мікрофагоцитів знижена. Хворому проведено лікування.

1. Ін'єкції Ербісолу по 2 мл внутрішньом'язово 1 раз на добу №10.

2 Нагтий лустирнику по 20 крапель 2-3 рази на добу, на протязі 2 тижнів

3 Апілак по 0,01 г 3 рази на добу, під язик, до їжі на протязі 2 місяців

4 Ін'єкції вітамінів В1 (1%-1,0) та В6 (5%-1,0) внутрішньом'язово №15 20.

5 Сульфат цинку по 0,02 г 2-3 рази на день на протязі 2 місяців

6 «Декамет» по 1 драже 3 рази на добу на протязі 1 місяця

7 Фізіотерапевтичне лікування д'Арсонвагізація осередків ураження №10, індуктотермія комірцевої та надниркової зон №10.

8 Місцева терапія заплітки настоянки подорожнику безпосередньо на осередки ураження 1 раз на добу на протязі 2 тижнів.

Через 1 місяць від початку лікування у хворого спостерігалось відновлення росту пушкового та обезбарвленого довгого волосся

26.02.98 р. було зроблено повторне імунолічне обстеження: лімф. абс - $2,0 \times 10^9$ ($1,5-2,4 \times 10^9$), Т-лімф - 35% (40%-60%), Тхелп 33% (23%-48%), Тсупр - 2% (17%-25%), Тхелп / Тсупр 16,5% (1,1-2,2), Такт - 35% (22%-39%), В-лімф - 21% (15%-35%), О-лімф - 44% (15%-20%), БГЛ - 2% (1%-2%), РБТЛ з ФГА - 61% (72%-80%), фагоцитарний індекс - 43% (40%-80%), IgG - 8,5 г/л (7,5-15,45 г/л), IgA - 2,6 г/л (1,25-2,5 г/л), IgM - 1,05 г/л (0,65-1,65 г/л). Закл. спостерігається збільшення вмісту всієї популяції лімфоцитів, Тхелп, Тсупр, Такт, покращання функціональної активності Т-лімфоцитів, фагоцитарної активності нейтрофілів (порівняно з імунограмою від 27.01.98р.). Таке підвищення основних показників клітинного імунітету стало тим чинником, на тлі якого була досягнута клінічна ремісія. Але через те, що дані показники не досягли нормальних значень, був призначений повторний курс Ербісолу по 1 мл внутрішньом'язово 1 раз на добу №10.

Імунограма від 1.04.98: лімф. абс - $1,51 \times 10^9$ ($1,5-2,4 \times 10^9$), Т-лімф - 43% (40%-60%), Тхелп - 25% (23%-48%), Тсупр - 18% (17%-25%), Тхелп / Тсупр - 1,39% (1,1-2,2), Такт - 28% (22%-39%), В-лімф - 30% (15%-35%), О-лімф - 27% (15%-20%), БГЛ - 2% (1%-2%), РБТЛ з ФГА - 75% (72%-80%), фагоцитарний індекс - 50% (40%-80%), IgG - 9,5 г/л (7,5-15,45 г/л), IgA - 2,6 г/л (1,25-2,5 г/л), IgM - 1,05 г/л (0,65-1,65 г/л). Закл. функція клітинної ланки імунітету нормалізована.

Через 2 місяці від початку лікування - ріст волосся в осередках облісіння відновився повністю.

Хворий впродовж 1,5 років знаходився на диспансерному обліку. Рецидивів КО за цей час не спостерігалось.

В період з вересня 1997 по вересень 1999 років на кафедрі шкірних та венеричних хвороб з курсом проблем СНІДу НМУ проліковано 35 хворих на КО обох статей (чоловіків - 20 жінок - 15) віком від 15 до 50 років з тривалістю захворювання від 2 тижнів до 20 років за способом, що зазначається. Терапевтична ефективність лікування оцінювалась на основі найближчих та віддалених його результатів. При цьому враховувались строки відновлення росту волосся, наявність рецидивів протягом диспансерного нагляду. В результаті комплексного лікування з використанням Ербісолу було досягнуто повне вилікування у 15 хворих (42,8%), "значне покращання" (відновлення брів, вій і майже повне заростання осередків облісіння) у 12 (34,8%), "покращання" (відновлення росту брів, вій, пушкового волосся на голові) у 5 (14,2%), без змін у 3 (8,6%), рецидиви спостерігались у 5 хворих у 5 (14,2%). Для порівняння використовувались ретроспективні дані авторів способу-протипу щодо лікування хворих на КО. Вони повідомляють частоту рецидивів впродовж 2-х років після лікування своїм способом на рівні 25%. Таким чином, запропонований спосіб лікування забезпечує значне (майже у 2 рази) зниження частоти рецидивів. При цьому додатковими перевагами запропонованого способу є те, що на тлі прийому Ербісолу поліпшуються діяльність серцево-судинної системи, стан мікроциркуляції, усувається астено-вегетативний синдром. Жодного випадку неперенесення чи ускладнення при застосуванні Ербісолу не спостерігалось.

Література

- 1 Сосновский А.Т., Яговдик Н.З. Дерматологический справочник - Минск, Вышэйшая школа - 1992 - 512с.
- 2 Капюжная Л.Д. Болезни волос - Киев «Здоровье» - 1991 - 94с.
- 3 Капюжная Л.Д., Деревянко Л.А. Обоснование патогенетического лечения круговидного облысения // Врачебное дело - 1992 - С 81-8.
- 4 Jautova J et al Immunostimulation therapy in patients with alopecia areata // Bratislavské Lekárske Listy 96(3) 160-4, 1995 Mar.
- 5 Иммунный статус, принципы его оценки и коррекции иммунных нарушений / В.Г. Передерий, А.М. Земсков, Н.Г. Бычкова, В.М. Земсков - К Здоров'я, 1995 - 210с.
- 6 Шипулин В.П. Вивчення ефективності застосування препарату Ербісол у лікуванні хворих на хронічні гепатити // Дисертація на здобуття наукового ступеня к.м.н. - Київ - 1996. - 103с.

Тираж 50 екз

Відкрите акціонерне товариство «Патент»

Україна, 88000, м. Ужгород, вул. Гагаріна, 101

(03122) 3 - 72 - 89 (03122) 2 - 57 - 03

