



УКРАЇНА

(19) **UA**

(11) **69674**

(13) **U**

(51) МПК

**A61K 31/195** (2006.01)

**A61K 31/245** (2006.01)

**A61K 35/74** (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

**(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**

(21) Номер заявки: **u 2011 12343**

(22) Дата подання заявки: **21.10.2011**

(24) Дата, з якої є чинними  
права на корисну  
модель: **10.05.2012**

(46) Публікація відомостей  
про видачу патенту: **10.05.2012, Бюл.№ 9**

(72) Винахідник(и):

**Зельоний Ігор Іванович (UA),  
Фролов Валерій Митрофанович (UA),  
Пересадін Микола Олександрович (UA),  
Андросов Євген Дмитрович (UA)**

(73) Власник(и):

**Зельоний Ігор Іванович,  
вул. 16 лінія, 7, кв. 9, м. Луганськ, 91007  
(UA),  
Фролов Валерій Митрофанович,  
кв. Леваневського, 2, кв. 2, м. Луганськ,  
91003 (UA),  
Пересадін Микола Олександрович,  
кв. Леваневського, 2, кв. 1, м. Луганськ,  
91002 (UA),  
Андросов Євген Дмитрович,  
кв. Ольховський, 10, кв. 244, м. Луганськ,  
91015 (UA)**

**(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЕРИТЕМАТОЗНО-БУЛЬОЗНУ БЕШИХУ**

(57) Реферат:

Спосіб лікування хворих на еритематозно-бульозну бешиху включає введення антибактеріальних, антигістамінних, протизапальних та імуноактивних препаратів, місцевого використання на уражену ділянку шкіри. Як протизапальний препарат вводять амізон.

**UA 69674 U**



Корисна модель належить до галузі медицини, а саме до способів лікування інфекційних захворювань.

Актуальність предмету корисної моделі пов'язана зі значним поширенням у сучасних умовах захворюваності на бешиху й нерідким виникненням у таких хворих бульозних уражень шкіри в місцевому вогнищі, тобто розвитку еритематозно-бульозної форми бешихи. Клінічний досвід показує, що в більшості випадків у теперішній час такі хворі лікуються вдома або в амбулаторних умовах під наглядом сімейного лікаря. Тому потрібне подальше удосконалення існуючих способів лікування бешихи, особливо найбільш поширеної в сучасних умовах еритематозно-бульозної форми, що й стало підставою для розробки корисної моделі.

Відомий спосіб лікування хворих на еритематозно-бульозну бешиху (ЕББ), у тому числі в амбулаторних умовах, шляхом введення хворим антибактеріальних, антигістамінних і протизапальних препаратів, зокрема хлотазолу, і призначення на місцеве вогнище на шкірі аплікацій з розчинами антисептиків, зокрема риванолом або фурациліном (Гальперин Э.А., Рыскинд Р.Р. Рожа.-2-е изд. - М.: Медицина, 1976. - С. 108-110).

Однак лікування хворих на ЕББ згідно з цим способом не забезпечує зниження кількості гнійно-запальних ускладнень шкіри в місцевому вогнищі бешихи, переважно стафілококової етіології, оскільки в сучасних умовах патогенний стафілокок (*Staph. aureus*), який є збудником ЕББ в асоціації з піогенним стрептококом (*Str. pyogenes*), у більшості випадків нечутливий до дії антисептиків - риванолу або фурациліну.

Тому пропонується при лікуванні хворих на ЕББ використовувати місцево аплікації ектерициду. При цьому місцеве вогнище бешихи на шкірі змочують ектерицидом, а потім на вогнище накладають марлеві серветки, які просочують ектерицидом; пов'язки міняють двічі на добу до епітелізації ерозій, які звичайно виникають на місці бул (Черкасов В.Л. Рожа. - Л: Медицина, 1986. - С 143-146).

Але в сучасних умовах цей спосіб також недостатньо ефективний, оскільки патогенний стафілокок (*Staph. aureus*), який викликає ЕББ, у теперішній час уже в більшості випадків втратив чутливість до ектерициду. Тому цей спосіб також потребує подальшого удосконалення.

Існує також спосіб лікування хворих на ЕББ шляхом місцевого призначення препаратів рослинного походження, зокрема соку каланхое у вигляді місцевих аплікацій та пов'язок на бульозні елементи на шкірі з додаванням димексиду в співвідношенні 1:4 (1 частина димексиду на 4 частини соку каланхое), і при наявності відчуття печіння - також 1 % розчину новокаїну в кількості 1 частини (Фролов В.М., Черкасов В.Л. Рожа. - М: ММА им. И.М. Сеченова, 1994. - [3-е изд.]. - С. 102-104).

Однак цей спосіб також має недоліки, що пов'язано з недостатньою антибактеріальною, насамперед антистафілококовою активністю соку каланхое. Тому в деякій частині хворих цей спосіб не попереджує розвиток гнійно-запальних ускладнень (ГЗУ) у місцевому вогнищі бешихи, особливо при наявності у хворих на ЕББ великих бул із подальшим нагноєнням їхнього вмісту.

У зв'язку з цим був запропонований спосіб лікування хворих на ЕББ, який включає введення антибактеріальних, антигістамінних і протизапальних препаратів, місцево застосування на уражену ділянку шкіри аплікацій препаратів рослинного походження в суміші з димексидом і новокаїном, причому як протизапальний препарат вводять мефенамову кислоту всередину по 0,5 г 3 рази на день після вживання їжі протягом 5-7 днів поспіль, місцево на вогнище бешихового запалення призначають аплікації суміші 1 % спиртового розчину хлорофіліпту з димексидом і 0,5 % розчином новокаїну в співвідношенні 1:2:3 за об'ємом, протягом 6-7 днів поспіль, а наприкінці лікування для прискорення загоєння ерозій на місці колишніх бул здійснюють аплікації 2 % масляного розчину хлорофіліпту, що сприяє скороченню терміну лікування й попереджує розвиток гнійно-запальних процесів у місцевому вогнищі бешихи (Деклараційний патент України № 52293 А. МПК<sup>7</sup> А61К 31/78, А61К 31/245, А61К 35/78. Спосіб лікування еритематозно-бульозної форми бешихи. Опубл. 16.12.2002, Бюл. № 12).

Але цей спосіб також має недоліки, що пов'язано з недостатньою антистафілококовою активністю спиртового розчину хлорофіліпту. Тому в деякій частині хворих цей спосіб не попереджує розвиток запальних ускладнень у місцевому вогнищі бешихи, особливо при наявності у хворих на ЕББ великих бул з подальшим нагноєнням їхнього вмісту.

Відомий також спосіб лікування хворих на ЕББ шляхом введення антибактеріальних, антигістамінних і протизапальних препаратів, місцевого використання на уражену ділянку шкіри аплікацій хлорофіліпту в суміші з димексидом і новокаїном, а також додаткового введення глутаргіну (Патент України на корисну модель № 17768. МПК (2009) А61К 31/195, А61К 31/245, А61К 35/78. Спосіб лікування хворих на еритематозно-бульозну бешиху. Опубл. 16.10.2006, Бюл. № 10).

Однак при використанні й цього способу в частини хворих після проведеного лікування ЕББ все ж таки виникають рецидиви захворювання.

Тому був запропонований спосіб лікування хворих на ЕББ, який передбачає введення антибактеріальних, антигістамінних і протизапальних препаратів, місцевого використання на уражену ділянку шкіри апікацій хлорофіліпту в суміші з димексидом і новокаїном, глутаргін у додатково - нуклексу, який сприяє прискоренню ліквідації проявів як інфекційної так і ендогенної так званої "метаболічної" інтоксикації, а в клінічному плані - прискоренню одужання хворих на бешиху (Патент України на корисну модель № 61955. МПК (2011.01) А61К 31/00, А61К 31/7105 (2006.01). Спосіб лікування хворих на еритематозно-бульозну бешиху. Опубл. 10.08.20011, Бюл. № 15).

Даний спосіб найбільш ефективний з існуючих, і тому вибраний як найближчий аналог.

До недоліків цього способу відноситься те, що в деяких хворих на ЕББ все ж таки ще виникають рецидиви захворювання.

В основу корисної моделі поставлена задача підвищити ефективність відомого способу лікування хворих на ЕББ, прискорення їх одужання хворих, зменшення частоти залишкових явищ захворювання й подальших рецидивів бешихи.

Поставлена задача вирішується тим, що хворим на ЕББ вводять як протизапальний препарат амізон.

Амізон - це сучасний вітчизняний препарат з протизапальною активністю, який має також антиоксидантну й інтерферогенну активність, підсилює дію антибактеріальних засобів, сприяє підвищенню природної антиінфекційної резистентності та оптимізує якість лікування, що проводиться.

Наша пропозиція щодо включення амізону в комплекс лікування хворих на ЕББ базується на вперше встановленої нами в експериментальних умовах, у тому числі на моделі уражень шкіри стрептококової й стафілококової етіології, і потім підтвердженої в клінічних умовах закономірності, що амізон суттєво прискорює зниження, а потім ліквідацію явищ мікробної (інфекційної) інтоксикації, обумовленою безпосередньо токсинами збудників бешихи - золотистого плазмкоагулюючого патогенного стафілококу (*Staph. aureus*) і гемолітичного стрептококу (*Str. pyogenes*), а також ендогенну "метаболічну" інтоксикацію, яка обумовлена порушеннями обміну речовин, у тому числі білкового обміну у хворих на бешиху, і біохімічним маркером якої є суттєве підвищення рівня в крові хворих так званих "середніх" молекул (СМ). Раніше амізон при лікуванні хворих на бешиху не використовувався.

Заявлений спосіб виконують таким чином. Хворому на ЕББ призначають введення антибактеріальних, препаратів зокрема антибіотиків пеніцилінового ряду, антигістамінних засобів (піпольфен, супрастин, фенкарол та інш.) у середньо терапевтичних дозах, місцево на вогнище бешихового запалення - 1 % спиртовий розчин хлорофіліпту (який змішують із димексидом і 0,5 % розчином новокаїну в співвідношенні 1:2:3), глутаргін у вигляді 4 % розчину по 30-40 мл 2 рази на день внутрішньовенно протягом 3-5 діб до зниження явищ токсикозу й покращання загального стану, потім переходять на пероральний прийом препарату по 0,5 г (2 таблетки) 3 рази на день протягом 7-10 днів поспіль, нуклекс усередину по 500 мг 2-3 рази на добу, після вживання їжі протягом 5-7 днів, а потім по 250 мг 2 рази на день протягом 7-14 днів поспіль і в якості протизапального препарату - амізон усередину по 0,25 г 3-4 рази на добу після вживання їжі, протягом 5-7 днів поспіль, у залежності від отриманого ефекту.

При розробці заявленого способу лікування були обстежені дві групи хворих на ЕББ: основна (70 осіб), які отримували лікування згідно з заявленим способом, і група зіставлення (62 особи), яка лікувалася за допомогою найближчого аналогу. Досліджені хворі обох груп були рандомізовані за віком, статтю, тяжкістю клінічного перебігу захворювання й характером місцевого запального вогнища на шкірі. До початку лікування вираженість клінічної симптоматики бешихи в обох групах була практично однаковою.

При проведенні лікування було встановлено, що використання заявленого способу обумовлює прискорення ліквідації як симптомів загальної інтоксикації, так і патологічних проявів з боку місцевого вогнища бешихи (таблиця 1).

Таблиця 1

Вплив заявленого й відомого способів лікування хворих на ЕББ на клінічні показники ( $M \pm m$ )

Клінічні симптоми	Групи хворих на ЕББ		P
	Основна (n=70)	зіставлення (n=62)	
Тривалість збереження (діб):			
пропасниці	1,9±0,1	3,4±0,2	<0,05
загальної слабкості	2,7±0,1	4,8±0,2	<0,05
нездужання	3,0±0,2	5,4±0,3	<0,05
зниження апетиту	3,2±0,2	4,2±0,2	<0,05
головного болю	1,5±0,1	2,8±0,1	<0,05
тахікардії	1,8±0,1	3,0±0,1	<0,05
гіперемії шкіри	3,6±0,2	6,9±0,3	<0,01
набряку шкіри	5,5±0,3	8,6±0,4	<0,05
болісності в місцевому вогнищі	4,1±0,2	7,0±0,3	<0,01
ерозій на місці бул	5,6±0,3	9,6±0,4	<0,05
частота розвитку ГЗУ	1/1,4±0,1	3/4,8±0,2	<0,01
середній ліжко-день (днів)	7,9±0,3	11,6±0,5	<0,01
наявність залишкових явищ	2/2,9±0,2	3/4,8±0,3	<0,01
рецидиви протягом 1 року	1/1,4±0,1	4/6,45±0,25	<0,01

Примітка: у табл. 1 в чисельнику - абсолютна кількість хворих, знаменнику - відносна в % ( $M \pm m$ ).

Дійсно, в основній групі хворих, яка отримувала лікування згідно з заявленим способом, відмічено скорочення терміну збереження пропасниці в порівнянні з пацієнтами групи зіставлення в середньому на 1,5±0,1 дні, загальної слабкості - на 2,1±0,2 дні, нездужання - на 2,4±0,2 дні, зниження апетиту - на 1,0±0,1 дні, головного болю - на 1,3±0,1 дні, тахікардії - на 1,2±0,1 дні ( $P < 0,05$ ).

Отже, лікування за допомогою заявленого способу скорочує тривалість збереження загальнотоксичного синдрому у хворих на ЕББ. Ще більша різниця встановлена між хворими основної групи й групи зіставлення відносно терміну збереження змін у місцевому вогнищі бешихи (таблиця 1). Дійсно, тривалість збереження почервоніння шкіри в місцевому вогнищі в основній групі хворих на 3,3±0,2 доби менше, ніж у групі зіставлення, набряку шкіри на 3,1±0,2 доби менше, болісності шкіри при пальпації - на 2,9±0,1 доби менше, тривалість збереження ерозій на місці бул скорочується на 4,0±0,3 дні, частота розвитку ГЗУ в місцевому вогнищі - у 3,4 рази, середній ліжко-день - на 3,7±0,2 дні ( $P < 0,01$ ).

Диспансерний нагляд після виписки хворих із стаціонару дозволив встановити, що наявність залишкових явищ в основній групі скорочувалася в 1,7 рази відносно групи зіставлення хворих ( $P < 0,01$ ), а кількість рецидивів бешихи протягом 1 року диспансерного обстеження - у 4,6 рази ( $P < 0,01$ ) (таблиця 1).

Виявлено (таблиця 2), що в обстежених хворих до початку лікування рівень так званих СМ у сироватці крові був підвищений в основній групі в середньому в 4,2 рази відносно норми (2,18±0,08 г/л;  $P < 0,01$ ), у групі зіставлення - в 4,15 рази (2,16±0,07 г/л;  $P < 0,01$ ).

Таблиця 2

Концентрація СМ у сироватці крові хворих на БББ до початку лікування ( $M \pm m$ )

Показник	Норма	Групи обстежених хворих		P
		Основна (n=70)	зіставлення (n=62)	
СМ, г/л	0,52±0,02	2,15±0,07 ***	2,19±0,06 ***	$P < 0,01$

Примітка: табл. 2 та 3 вірогідність різниці стосовно норми: \* - при  $P < 0,05$ , \*\* -  $P < 0,01$ , \*\*\* -  $P < 0,001$ ; стовпчик P відображає вірогідність різниці між показниками в основній групі й групі зіставлення.

Це свідчило про порушення метаболічного гомеостазу й наявність клініко-біохімічного синдрому ендогенної "метаболічної" інтоксикації (СМІ) в обстежених хворих у гострому періоді бешихи. Суттєве підвищення рівня СМ у крові хворих на ЕББ нами трактувалося в цілому як наявність чітко вираженого СМІ.

5

Таблиця 3

Вплив заявленого й відомого способів лікування ЕББ  
на рівень СМ у сироватці крові обстежених хворих ( $M \pm m$ )

Показник	Норма	Групи обстежених хворих		Р
		основна (n=70)	зіставлення (n=62)	
СМ, г/л	0,52±0,02	0,54±0,02	0,79±0,03**	P<0,01

Після проведеного лікування у хворих на ЕББ основної групи (яка отримувала додатково амізон) відмічалася чітко виражена позитивна динаміка з боку СМ - рівень СМ суттєво знижувався й дорівнював у середньому 0,54±0,02 г/л, що відповідало верхній межі норми ( $P>0,05$ ). У той же час у групі зіставлення (яка отримувала мефенамову кислоту) зберігалася вірогідне підвищення даного показника (0,79±0,03 г/л, що було в 1,5 рази вище норми;  $P<0,01$ ). Отже, можна вважати, що в пацієнтів основної групи відмічається ліквідація СМІ, що підтверджувалося зниженням концентрації СМ у сироватці крові. Отримані дані свідчать, що заявлений спосіб лікування хворих на ЕББ має суттєві переваги відносно найближчого аналогу, які полягають у скороченні терміну лікування хворих, більш швидкому одужанні пацієнтів із ЕББ, зменшенні кількості ГЗУ в місцевому вогнищі й частоти подальших рецидивів бешихи.

Тому отримані дані дозволяють вважати доцільним рекомендувати заявлений спосіб для поширеного використання в умовах інфекційних і хірургічних відділень для лікування хворих на ЕББ.

#### Приклад 1.

Хворий Ч., 47 років, водій, захворів гостро, раптово, коли виник озноб, потім температура тіла підвищилася до 39,2° С, одночасно з'явився біль у лівій гомілці, через 6 годин на шкірі лівої гомілки виник осередок гіперемії й набряку, який швидко розповсюджувався також на тил ступні й нижню третину лівого стегна. Через 7-8 годин після появи гіперемії й набряку на шкірі лівої гомілки з'явилися 2 були розмірами 3,0×4,0 см і 4,4×5,7 см із серозним вмістом. З анамнезу відомо, що за 2 дні до захворювання у хворого була травма лівої гомілки на виробництві металевим прутком, на цьому місці виник крововилив розміром 1,0×3,5 см, однак за медичною допомогою не звертався, забите місце помастив якоюсь маззю, що була в аптечці.

При огляді: загальний стан хворого Ч. середньої тяжкості, скаржиться на загальну слабкість, нездужання, головний біль, підвищену температуру тіла, зниження апетиту, наявність на шкірі лівої нижньої кінцівки - гомілці, нижній третині стегна й тильній поверхні ступні - яскравої еритеми, набряку й болісності ураженої ділянки при пальпації. На шкірі лівої гомілки знаходяться дві були з серозним вмістом - розміром 3,0×4,0 см і 4,4×5,7 см. Уражена ділянка шкіри має чітку межу, яка відділяє запальне вогнище від здорової шкіри. Збільшені до 2-3 см і болісні при пальпації пахові лімфатичні вузли з лівого боку. Пальпація ділянки ураженої шкіри на лівій гомілці й стегні значно болісна, особливо на межі зі здоровою шкірою, де відмічається запальний валик. Межі ураженої ділянки шкіри нерівні, у вигляді "язиків полум'я". Температура тіла 38,6° С. Пульс 100 ударів за хвилину, задовільних якостей. Артеріальний тиск - 120/80 мм рт. ст. Тони серця ритмічні, помірно приглушені, тахікардія. У легенях помірно жорстке дихання, хрипів немає. Живіт м'який, безболісний, печінка - по краю реберної дуги, селезінка не збільшена.

Аналіз крові загальний: Ер. -  $3,65 \times 10^{12}$ /л, Нб - 130 г/л, Л-11,9×10<sup>9</sup>/л, е - 1, п - 11, с - 62, л - 22, м - 4; ШОЕ - 26 мм/год. Концентрація СМ у сироватці крові - 2,12 г/л.

Клінічний діагноз: ЕББ лівої нижньої кінцівки (гомілки, нижньої третини стегна й тилу ступні), первинна, середньотяжкий перебіг.

Хворому Ч. було призначено лікування згідно із заявленим способом: а саме антибактеріальні (ампіокс і бісептол) та антигістамінні (піпольфен) препарати в середньотерапевтичних дозах, місцево на ділянку ураження шкіри аплікації з суміші 1 % спиртового розчину хлорофіліпту, димексиду й 0,5 % водного розчину новокаїну в співвідношенні 1:2:3 при температурі суміші близько 38 °С - 5 днів, глутаргін у вигляді 4 % розчину по 30 мл внутрішньовенно 2 рази на день протягом 3 діб до зниження явищ токсикозу й покращення загального стану, потім глутаргін вводився перорально по 0,5 г (2 таблетці) 3 рази

на день протягом 7 днів поспіль, нуклекс усередину після вживання їжі по 500 мг 2 рази на добу, протягом 5 днів, потім по 250 мг 2 рази на день протягом 7 днів поспіль, а також амізон (як протизапальний препарат) усередину по 0,25 г 3 рази на добу після вживання їжі, протягом 5 днів поспіль.

5 Під впливом проведеного лікування загальний стан хворого Ч. та його самопочуття суттєво покращилися вже на другу добу від початку лікування. Тривалість збереження пропасниці, головного болю й тахікардії склала 2 доби, загальної слабкості, нездужання й зниження апетиту - 3 доби, болісності в місцевому вогнищі - 4 доби, набряку шкіри й ерозій на місці бул - 5 діб, ліжка-днів - 7 діб. Лабораторне обстеження дозволило встановити нормалізацію картини периферичної крові на момент виписки зі стаціонару. Рівень СМ після проведеного лікування становив 0,54 г/л, тобто був у межах норми. Залишкові явища бешихи були відсутні, рецидивів захворювання також не було протягом 1 року диспансерного нагляду.

10 З даного прикладу видно, що використання заявленого способу лікування сприяє прискоренню ліквідації синдромів інфекційного токсикозу й ендогенної "метаболічної" інтоксикації, скороченню терміну збереження патологічних змін у місцевому вогнищі, зниженню терміну лікування й зменшенню тривалості перебування в інфекційному стаціонарі.

#### Приклад 2.

20 Хвора Г., 50 років, домогосподарка, захворіла гостро, раптово. Спочатку виник озноб, а потім підвищилася температура тіла до 39,5° С. Через сім годин з'явилося почервоніння правого стегна й гомілки, значна болісність ураженої ділянки шкіри при дотику. На другий день після початку захворювання на ураженій ділянці шкіри з'явилося 2 були діаметром 4,0×5,9 см і 4,1×5,3 см. Хвора Г. госпіталізована до інфекційного стаціонару.

25 В анамнезі: за добу до захворювання мала травму правої гомілки. При вступі до стаціонару загальний стан хворої середньотяжкий, температура тіла 38,8° С. Скаржилася на загальну слабкість, нездужання, головний біль, пропасницю, ломоту в усьому тілі, зниження апетиту, біль в ураженій кінцівці.

30 При огляді: загальний стан середньотяжкий. Пульс 118 ударів за хвилину, ритмічний, задовільних якостей. Артеріальний тиск - 125/85 мм рт. ст. Тони серця приглушені, тахікардія. У легенях - жорстке дихання, незначна кількість сухих хрипів. Живіт м'який, безболісний. Менінгеальних ознак немає.

35 Місцево відмічено: шкіра по всій поверхні правої нижньої кінцівки, починаючи із тилу стопи до пахової зв'язки, яскраво гіперемована, набрякла, болісна при пальпації. По внутрішній поверхні правої гомілки - дві були розмірами 4,0×5,9 см і 4,1×5,3 см із серозним вмістом. Відмічаються прояви регіонарного лімфаденіту: збільшення й болісність пахових лімфовузлів справа.

Аналіз крові загальний: Ер. -  $3,42 \times 10^{12}$ /л, Нб - 125 г/л, Л. -  $14,3 \times 10^9$  %, е - 2, п - 18, с - 63, л - 15, м - 3; ШОЕ - 32 мм/год. Концентрація СМ у сироватці крові - 2,27 г/л.

Клінічний діагноз: ЕББ правої нижньої кінцівки (стегна й гомілки), первинна, середньотяжкий перебіг.

40 Хворій Г. було призначено лікування згідно з заявленим способом: антибактеріальні (ампіокс і гентаміцин) та антигістамінні (супрастин) препарати, місцево на ділянку ураження - суміш з 1 % спиртового розчину хлорофіліпту, димексиду й 0,5 % водного розчину новокаїну в співвідношенні 1:2:3 протягом 10 днів поспіль, глутаргін у вигляді 4 % розчину по 40 мл 2 рази на день внутрішньовенно протягом 5 діб до зниження явищ токсикозу й покращання загального стану, потім перорально по 0,5 г (2 таблетці) 3 рази на день протягом 10 днів поспіль, нуклекс усередину по 500 мг 3 рази на добу після вживання їжі, протягом 7 днів, потім по 250 мг 2 рази на день протягом 14 днів поспіль, а також як протизапального препарату - амізону усередину по 0,25 г 4 рази на добу після вживання їжі, протягом 7 днів поспіль.

50 Клінічний нагляд дозволив відмітити, що під впливом призначеного лікування загальний стан хворої Г. суттєво покращився вже на третю добу від початку лікування. Тривалість збереження пропасниці, головного болю й тахікардії склала 3 доби, загальної слабкості, нездужання й зниження апетиту - 4 доби, болісності в місцевому вогнищі - 5 діб, набряку шкіри й ерозій на місці бул - 6 діб, ліжка-днів - 8 діб. Лабораторне обстеження дозволило встановити нормалізацію картини периферичної крові на момент виписки зі стаціонару. Рівень СМ після проведеного лікування становив 0,56 г/л, тобто був у межах норми. Залишкові явища бешихи були відсутні, рецидивів захворювання також не було протягом 1 року диспансерного нагляду.

60 Отже, отримані дані свідчать про ефективність заявленого способу лікування хворих на ЕББ і перспективність його використання в умовах клінічної практики. Використання заявленого способу забезпечує прискорення одужання хворих, скорочує термін загосення ерозій в місцевому вогнищі бешихи, зменшує прояви "метаболічної" інтоксикації й, таким чином, сприяє більш

- швидкому одужанню хворих. Крім того, використання заявленого способу лікування хворих на ЕББ забезпечує зниження частоти подальшого рецидивування бешихи й кількості залишкових явищ, що суттєво покращує віддалені результати лікування. Введення амізону добре переноситься хворими, побічних реакцій, у тому числі алергічних на введення препарату не відмічено. Заявлений спосіб не потребує коштовних або дефіцитних ліків, оскільки амізон є в достатній кількості в аптечній мережі України й доступний за ціною. Тому заявлений спосіб рекомендується для поширеного використання в клінічній практиці.

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

- 10 1. Спосіб лікування хворих на еритематозно-бульозну бешиху, який включає введення антибактеріальних, антигістамінних, протизапальних та імуноактивних препаратів, місцевого використання на уражену ділянку шкіри аплікацій хлорофіліпту в суміші з димексидом і новокаїном, який **відрізняється** тим, що як протизапальний препарат вводять амізон.
- 15 2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що амізон вводять усередину по 0,25 г 3-4 рази на добу після вживання їжі, протягом 5-7 днів поспіль, у залежності від отриманого ефекту.

---

Комп'ютерна верстка Л.Литвиненко

---

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

---

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601