

ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(12)

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ
СОБСТВЕННОСТИ

(19) ВУ (11) 11143

(13) С1

(46) 2008.10.30

(51) МПК (2006)

A 61K 31/47

A 61K 38/43

A 61P 17/00

(54)

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

(21) Номер заявки: а 20060838

(22) 2006.08.14

(43) 2008.04.30

(71) Заявитель: Учреждение образования "Гомельский государственный медицинский университет" (ВУ)

(72) Автор: Неманов Владимир Борисович (ВУ)

(73) Патентообладатель: Учреждение образования "Гомельский государственный медицинский университет" (ВУ)

(56) СОСНОВСКИЙ А.Т. и др. Дерматологический справочник. - Минск: Высшая школа, 2001. - С. 443-450.

МАШКОВСКИЙ М.Д. Лекарственные средства. Т. 2. - Москва: Новая Волна, 2000. - С. 117-118.

SU 1388044 А1, 1988.

RU 2018307 С1, 1994.

RU 2102091 С1, 1998.

(57)

Способ лечения ограниченной склеродермии, включающий комплексную медикаментозную терапию, физиотерапию и ЛФК, отличающийся тем, что дополнительно ежедневно курсом 7-15 дней проводят подкожное обкалывание очага склеродермии лидазой 64 ЕД, разведенной в 0,5 % растворе новокаина, с последующим электрофорезом в очаг склеродермии 1-2 % раствора папаверина гидрохлорида или но-шпы, причем курс повторяют через 1,5-2 месяца.

Изобретение относится к медицине, а именно к дерматологии, и может быть использовано для лечения различных форм ограниченной склеродермии: бляшечной, линейной склеродермии, склероатрофического лишена, идиопатической атрофодермии Пазини-Пьерини, ревматоидного артрита, рубцов, контрактуры Дюпюитрена, тугоподвижности и контрактуры суставов.

Известен способ лечения ограниченной склеродермии, включающий введение делагила, ксантинола никотината, кларитина, использование мази "Элоком", чередование 8-10 процедур внутривенного введения озонированного физиологического раствора с концентрацией озона 1,5 мг/л в объеме 200 мл и 5-7 процедур подкожного обкалывания очагов поражения кислородно-озоновой газовой смесью с концентрацией озона 2 мг/л введение этой смеси по периферии очага поражения в объеме 10-30 мл. Внутривенные введения проводят 2-3 раза в неделю, а подкожные обкалывания - 1-2 раза в неделю [1].

Недостатком известного способа является то, что способ требует специального медицинского оборудования и соответствующей подготовки медперсонала при проведении процедуры и недоступен для медицинских лечебных учреждений периферийного уровня.

Известен традиционный способ лечения ограниченной склеродермии, согласно которому на фоне назначения больному антибиотиков, витаминов, биостимуляторов, фер-

ВУ 11143 С1 2008.10.30

ментных препаратов, вазоактивных веществ и местного лечения гормональными препаратами, димексидом, выполняют физиолечение: электрофорез раствора лидазы или ультрафонофорез с гормональными мазями [2].

Применение электрофореза раствора лидазы мало эффективно и не дает стойкого клинического эффекта.

Наиболее близким к предлагаемому изобретению является способ лечения ограниченной склеродермии, включающий назначение курсов антибиотикотерапии, ферментных средств, сосудорасширяющих средств, синтетических антималярийных препаратов, витаминов, унитиола, физиотерапии, ЛФК и процедур подкожного введения лидазы в область наружной поверхности средней трети плеча или обкалывания очагов поражения, рубцово-измененной ткани лидазой 64 ЕД на 0,5 % растворе новокаина периодичностью через день или каждый день, но в различные точки [3], [4] - прототип.

Недостатками прототипа являются:

болезненность процедуры для пациента

подкожное введение лидазы в область плеча нагружает весь организм, а из-за поражения кровеносных сосудов в очаге склеродермии, концентрация в проблемной зоне существенно снижена.

Задача, на решение которой, направлено предполагаемое изобретение, заключается в обеспечении высокой концентрации лидазы в очаге поражения и длительное ее сохранение для усиления клинического эффекта.

Решение задачи достигается тем, что способ лечения ограниченной склеродермии включает назначение комплексной медикаментозной терапии, физиотерапии и ЛФК, причем дополнительно ежедневно курсом 7-15 дней проводят подкожное обкалывание очага склеродермии лидазой 64 ЕД, разведенной в 0,5 % растворе новокаина, с последующим электрофорезом в очаг склеродермии 1-2 % раствора папаверина гидрохлорида или ношпы, причем курс повторяют через 1,5-2 месяца.

Электрический ток повышает проницаемость кожи за счет разрыхления эпидермиса и лекарственные вещества проникают в глубь кожи через выводные протоки сальных потовых желез, волосяные фолликулы, межклеточные щели. Электрофорез создает так называемое кожное депо, где обменные процессы и кровообращение слабее. Лекарственное вещество в этой зоне задерживается и затем поступает из этого депо в течение 2-3 суток. Таким образом, создаются высокие локальные концентрации лекарственного вещества, не нагружая при этом препаратом весь организм.

Кроме того, концентрация лекарственного вещества в межэлектродном пространстве через 2-3 часа после лекарственного электрофореза в 5 раз выше, чем при введении другим способом. При курсовом введении препарата после каждой последующей процедуры лекарственного электрофореза с кожного депо лекарственное вещество распределяется быстрее за счет разрыхляющего действия электрического тока, что существенно при склеродермии.

Для обычного электрофореза не рационально использование нескольких лекарственных веществ из-за возможной конкуренции электрического тока. В случае внутритканевого лекарственного электрофореза возможно применение нескольких лекарственных препаратов.

Применяя электрофорез лидазы с папаверином получен потенцирующий эффект, направленный на патогенетический механизм заболевания.

В патологическом очаге после проведения 1-3 курсов лечения в зависимости от стадии заболевания исчезал периферический лиловый венчик вокруг очага, склеродермическая бляшка становилась мягче, ее края сглаживались, кожа начала собираться в складку, пигментация уменьшилась. У больных с выраженной индурацией после одного курса лечения субъективно сохранялись лишь слабовыраженные ощущения стягивания кожи в очаге. Проводимое таким образом физиолечение дает хороший терапевтический эффект даже в качестве монотерапии в стадии разрешения процесса.

Пример 1

Больная Р. впервые обратилась в Гомельский областной клинический кожно-венерологический диспансер (ОККВД) с жалобами на поражение кожи в поясничной области слева, умеренный зуд, чувство стягивания кожи в очаге.

Объективно было установлено что, в указанном месте очаг неправильной формы с четкими границами цвета слоновой кости и синюшно-розовым венчиком по периферии, плотной консистенции. Указанные симптомы появились около года назад. Лечилась самостоятельно. В связи с прогрессированием процесса больная обратилась в ОККВД.

Из перенесенных заболеваний отмечала частые простудные заболевания, хронический гайморит, аутоиммунный тиреоидит.

С диагнозом ограниченная бляшечная склеродермия больная направлена на стационарное лечение в кожное отделение ОККВД. Проведено лечение: диклофенак, витамин Е, оксамп, дексаметазон, лидаза подкожно, местно: флуцинар, мазь Вишневского, физиолечение: УФО, магнитотерапия. Больная выписана. В очаге сохранились субъективные ощущения, плотность и размеры. Исчез лиловый венчик вокруг очага. Рекомендован повторный курс через 3 месяца.

Спустя 3 месяца больная обратилась для проведения противорецидивного лечения. Объективно было выявлено: в поясничной области очаг плотной консистенции округлой формы до 7 см с нечеткими границами депигментированный с лиловым венчиком вокруг.

Больная направлена на лечение в дневной стационар отделения медицинской реабилитации, где было проведено лечение: аутогемотерапия, бициллин III 1,8 млн ЕД № 4 два раза в неделю, обкалывание очага лидазой 64 ЕД, разведенной в 0,5 % растворе новокаина с последующим электрофорезом в очаг склеродермии 1-2 % раствора папаверина гидрохлорида. Выписана со значительным улучшением: очаг уменьшился в размерах до 3 см, границы четкие, резко уменьшилось уплотнение в очаге, появилась возможность взять лоскут кожи в складку, исчез лиловый цвет вокруг очага поражения. Больной рекомендован повторный курс через 1,5-2 месяца.

Через 2 месяца проведен повторный курс с назначением тималина подкожно, витамина С - внутримышечно, витамина В12, фолиевой кислоты, доксициклина внутрь, обкалывание очага лидазой с новокаином и электрофорез папаверина. При выписке очаг четко ограничен, белесоватого цвета, размером до 3×1,7 см, сохранено слабовыраженное уплотнение.

Пример 2

Больная М. обратилась впервые в ОККВД с жалобами на поражение кожи в области задней поверхности правого бедра и внутренней поверхности левого предплечья. Со слов больной эти явления появились около 6 месяцев. Не лечилась. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные. Со стороны внутренних органов патологии при обследовании не выявлено. Общий анализ крови: гемоглобин - 111 г/л, лейкоциты - $4,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 5 мм/ч. Объективно: на коже в области задней поверхности правого бедра буровато-синюшный с деревянистой плотностью очаг до 10 см в диаметре, атрофия (выраженное западение по всей поверхности очага). На коже внутренней поверхности левого предплечья буровато-синюшный плотный очаг неправильной формы до 5 см в длину и лиловый венчик по периферии очагов.

По просьбе больной направлена на лечение в дневной стационар, где проведено лечение: лидаза под кожу, витамин В12 внутримышечно, аутогемотерапия, бициллин III 1,8 млн ЕД № 4 два раза в неделю, фолиевая кислота. Физиолечение: амплипульсфорез с димексидом на очаги, дарсонвализация очагов, ванны. Выписана с умеренным улучшением: по периферии очагов исчез синюшно-лиловый венчик, на коже бедра сохранилась плотность, буровато-синюшный цвет и атрофия. В области предплечья осталась умеренная плотность очага и буровато-синюшный цвет. Рекомендовано противорецидивное лечение через 2 месяца.

ВУ 11143 С1 2008.10.30

После проведенного противорецидивного лечения спустя 2 месяца с назначением: витаминов В1, С внутримышечно, аэвит внутрь, обкалывания очага на бедре лидазой 64 ЕД, разведенной в 0,5 % растворе новокаина с последующим электрофорезом в очаг склеродермии 1-2 % раствора папаверина гидрохлорида, получен хороший клинический результат: на коже в области предплечья остался синюшно-розовый, четко ограниченный, слегка уплотненный очаг до 3,5 см. На коже в области бедра - четко ограниченный, буровато-синюшный, плотный очаг. Эффект западения сгладился. Рекомендован повторный курс через 3 месяца.

Проведен повторный курс: бициллин-3 внутримышечно по 1,8 млн ЕД № 4 два раза в неделю, аутогемотерапия, обкалывание очага на бедре лидазой с последующим электрофорезом папаверина. При выписке в области предплечья сохраняется синюшно-розовый плотный очаг до 3 см, на коже бедра - буровато-синюшный плотный очаг до 7 см, западение не определяется.

Предлагаемый способ доступен и обеспечивает длительно-высокую концентрацию лидазы в проблемном очаге. Из-за комплексного взаимодействия вазоактивных веществ с электрическим током в очаге поражения улучшается крово- и лимфообращение, что способствует процессу регенерации и улучшению рассасывания.

Способ может применяться не только для лечения склеродермии, но и ряда хронических заболеваний в урологии, гинекологии и хирургии в любом медицинском учреждении.

Используемая литература:

1. Патент RU 2264815, МПК А 61К 31/455, А 61К 31/47, А 61К 33/00, А 61Р 17/00. Способ лечения ограниченной склеродермии / О.Л. Иванов; И.В. Кошелева; А.Л. Котов; заявитель и патентообладатель Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования Московская медицинская академия.-№ 2004102562/14; заявл. 29.01.2004; опубл.27.11.2005.

2. Руководство по кожным и венерическим болезням / Под ред. Ю.К. Скрипкина. - М: Медицина, 1996. - С. 74.

3. Дерматологический справочник / А.Т. Сосновский, Н.З. Яговдик, И.Н. Белугина. Под общ. ред. Н.З. Яговдика. - 2-е изд., доп. и перераб. - Мн.: Выш.шк., 2001. - С. 443-450.

4. Лекарственные средства: В 2т. Т. 2-14-е изд., перераб., испр. и доп. - М.: ООО «Издательство Новая Волна», 2000. - С. 117-118.