



(19) KG (11) 1269 (13) C1 (46) 30.07.2010

ГОСУДАРСТВЕННАЯ СЛУЖБА  
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ  
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

(51) A61P 1/16 (2010.01)

## (12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ

к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя (владельца)

---

---

(21) 20090043.1

(22) 17.04.2009

(46) 30.07.2010, Бюл. №7

(71) Кыргызско - Российский Славянский университет (KG)

(72) Балтабаев М.К., Балтабаев А.М. (KG)

(73) Кыргызско - Российский Славянский университет (KG)

(56) Романенко И.М., Кулага В.В., Афонин С.Л. Лечение кожных и венерических болезней. Руководство для врачей. - М.: Медицинское информационное агентство, 2006. том 2. С. 502-551.

**(54) Способ лечения хронической пиодермии**

(57) Изобретение относится к медицине, а именно, к дерматологии, и может быть использовано при лечении различных клинических форм хронической пиодермии.

Задачей изобретения является воздействие на первичные механизмы развития патологического процесса, тем самым, предупреждая рецидивы болезни.

Задача решается в способе лечения хронических форм пиодермии, включающем базисную терапию с использованием антибиотиков, витаминов группы А, В, Е и иммунных препаратов и симптоматическую терапию кожи, где в процессе базисной терапии дополнительно комплексно проводят гепатотропную и желчегонную терапии в течение 15-20 дней. 1 н. п. ф-лы, 2 пр.

(21) 20090043.1

(22) 17.04.2009

(46) 30.07.2010, Bull. №7

(71) Kyrgyz - Russian Slavonic University (KG)

(72) Baltabaev M.K., Baltabaev A.M. (KG)

(73) Kyrgyz - Russian Slavonic University (KG)

(56) Romanenko I.M., Kulaga V.V., Afonin, S.L. Treatment of skin and venereal diseases. Guide for physicians. - M.: Medical information agency, 2006. Volume 2. Pages 502-551.

**(54) Method of chronic pyoderma treatment**

(57) The invention relates to medicine, namely, to dermatology, and can be used in the treatment of various clinical forms of chronic pyoderma.

Problem of the present invention is an impact on the primary mechanisms for the pathological process development, to prevent, thereby, the disease recurrence.

The problem is solved by the method of chronic pyoderma treatment, which includes basic therapy with use of antibiotics, A, B, E vitamins and immune drugs and symptomatic treatment of the skin, when the hepatotropic and choleric therapies are additionally conducted in complex the basic treatment within 15-20 days. 1 independ. claim, 2 examples.

Изобретение относится к медицине, а именно к дерматологии, и может быть использовано при лечении различных клинических форм хронической пиодермии.

За прототип выбран способ лечения хронической пиодермии (Романенко И.М., Кулага В.В., Афонин С.Л. Лечение кожных и венерических болезней. Руководство для врачей. - М.: Медицинское информационное агентство, 2006. том 2. С. 502 - 551), включающий базисную терапию с включением антибактериальных и иммунных препаратов, витаминов группы А, В, Е и симптоматическую терапию кожи.

Недостатком способа является хронизация течения патологического процесса, так как способ не обеспечивает предупреждения рецидива болезни.

Задачей изобретения является воздействие на первичные механизмы развития патологического процесса, тем самым, предупреждая рецидивы болезни.

Задача решается в способе лечения хронических форм пиодермии, включающем базисную терапию с использованием антибиотиков, витаминов группы А, В, Е и иммунных препаратов и симптоматическую терапию кожи, где в процессе базисной терапии дополнительно комплексно проводят гепатотропную и желчегонную терапии в течение 15-20 дней.

Известно, что в патогенезе пиодермии большое значение придается эндогенным факторам, способствующим возникновению дерматоза, к ним относятся: сахарный диабет, заболевания пищеварительных органов, печени, крови, нарушения витаминного баланса. Одним из провоцирующих факторов в возникновении пиодермии является функциональная и органическая патология гепатобилиарной системы. Нарушения процессов желчеотделения и функциональной активности гепатоцитов приводят к нарушению расщепления жиров в тонком кишечнике. Последние накапливаются в крови и способствуют стимуляции сальных желез, посредством своих рецепторов, сальные железы адсорбируют липиды, которые скапливаются и способствуют размножению гноеродных микроорганизмов, разлагают липиды на насыщенные и ненасыщенные жирные кислоты, которые активизируют воспалительную реакцию в коже.

Дополнительное комплексное введение гепатотропной и желчегонной терапии в течение 15-20 дней позволяет повысить эффективность лечения, так как гепатотропный препарат, воздействуя на метаболизм внутри-печеночных энзимов, улучшает функцию гепатоцитов, укрепляет их клеточные мембранны, снижает явления холестаза, а желчегонные препараты, например урсодезоксихолевая кислота, воздействуя на метаболизм желчных кислот, стимулирует отделение желчи, участвующей в процессе расщепления жиров, повышает функциональную активность энзимов тонкой кишки, участвующих в пищеварении, уменьшает антигенную нагрузку на лимфоидную и миелоидную системы иммунного гомеостаза организма больных.

Способ осуществляют следующим образом. Перед началом лечения проведено клинико-лабораторное обследование восьми больных в возрасте от 33 до 58 лет, 6 из которых страдали хроническим фурункулезом, 1- хроническим гидраденитом и 1- фолликулитом, перифолликулитом супpurативным волосистой части головы Гофмана. У четырех (50 %) больных на УЗИ обнаружены эхопризнаки хронического холецистита и гепатоза печени.

Базисная терапия больных различными клиническими формами хронической пиодермии состояла из приема антибиотиков с учетом выделенной микрофлоры, иммунных препаратов (стимуляторы миелоидного иммунитета - метилурацил по 0,5 три раза в день, иммуноглобулин нормальный человеческий по 1,5 мл внутримышечно через день № 4-5) с одновременным комплексным приемом перорально в течение 15-20 дней одного из гепатотропных препаратов (бонджигар, гептраз, гепадиф, гепабене), витаминов группы А, В и Е (аевит, мильгамма), урсодезоксихолевой кислоты (урсофальк, урсосан, холудексан). Клиническое наблюдение за данной группой больных показало, что регрессия высыпаний наблюдалась на 6-8 сутки комплексной терапии. Объективно данное явление сопровождалось побледнением воспалительной гиперемии очагов поражений, снижением болей, уменьшением их инфильтрации и эвакуацией гнойного содержимого из элементов. После регресса очагов оставались гиперпигментированные очаги.

При распространенных поражениях кожи требовалось проведение повторного курса лечения после 2-3 недельного перерыва. При торpidном течении патологического процесса появилась необходимость проведения третьего курса лечения, которую назначили спустя 1,5-2 месяца после окончания предыдущего. Терапевтическая эффективность первого курса терапии была следующей: клиническая ремиссия, констатированная как выздоровление - у 5 (62,5 %) больных, значительное клиническое улучшение у 3 (37,5 %) больных. Таким образом,

терапевтическая эффективность вышеуказанного способа терапии составила 100 %. Следует отметить достаточную эффективность комплексной терапии у больных с небольшим сроком заболевания.

*Пример 1.* Больной Р.А. 1972 г.р., амбулаторная карта № 1, предъявляет жалобы на появление многочисленных гнойничков на верхних и нижних конечностях, а также на туловище и волосистой части головы. Страдает хроническим фурункулезом с ноября 2008 года. Первые высыпания на боковых поверхностях живота в виде мелких пузырьков на эритематозном основании, которые впоследствии лопались и покрывались корочками. В дальнейшем кожный процесс прогрессировал с появлением высыпаний на медиальных поверхностях обоих бедер. Помимо вышеуказанного у больного имелся вульгарный ихиоз: кожные покровы туловища и конечностей покрыты мелкопластинчатыми нежными чешуйками. Первоначально больной лечился с диагнозом: розовый лишай Жибера, но без эффекта. Наследственность отягощена: у дальних родственников имелся ихиоз. Локальный статус: процесс распространенный хронический, локализуется на верхних и нижних конечностях. В очагах поражения имеются множественные фолликулиты и остиофолликулиты, связанные с волосистыми фолликулами. На теле имеются фурункулы. Процесс носит рецидивирующий характер. Выставлен диагноз: хронический фурункулез. Объективный статус: состояние больного удовлетворительное. Имеется пастозность и отечность нижних конечностей. На УЗИ обнаружены эхопризнаки жирового гепатоза печени и хронического холецистита.

Параклинические методы исследований от 13.02.09 г.: Общий билирубин - 7,8 мкмоль/л, прямой билирубин не определяется, АЛТ - 26,5 ед/л, АСТ - 19,5 ед/л, холестерин - 5,2 ммоль/л, ЛПНП - 3,09 ммоль/л, ЛПВП - 0,85 ммоль/л, триглицериды - 2,78 ммоль/л, щелочная фосфатаза - 236 Ед/л. Назначено лечение: диета, очистительная клизма в течение 3-х дней. Аевит по 1 капсуле 3 раза в день, бонджигар по 1 капсуле 4 раза в день до еды на протяжении 10 дней, урсосан по 2 капсулы днем во время еды, 2 капсулы на ночь, цефтриаксон по 1,0 внутримышечно, ежедневно № 7, метилурацил по 0,5 - 3 раза в день 7 дней, иммуноглобулин человеческий по 1,5 мл в/м через день № 4, креон (25000) -по 1 капсуле 3 раза в день до еды. Наружно на очаги 20 % ихиоловая мазь с гентамицином, протирания кожи в очагах 2 % салициловым спиртом и фукорцином. После лечения состояние больного улучшилось, гнойничковые элементы исчезли, воспалительная гиперемия в очагах значительно уменьшилась, боли прекратились. Терапевтический эффект оценен в 70 %. Через две недели больному повторен курс в качестве профилактики. Рецидивы дерматоза не отмечались, уменьшились клинические проявления ихиоза, сопровождающиеся уменьшением количества чешуек, смягчением кожи.

*Пример 2.* Больной А.И. 1974 г.р. Жалобы на множественные высыпания гнойничкового характера в области волосистой части головы, подбородка, на задней поверхности шеи. Болен с 2000 года. Первые очаги появились в теменной области в виде одиночного фурункула, затем очаги стали распространяться на другие участки волосистой части головы. Неоднократно лечился и хирургическим путем, но без улучшения. Из анамнеза жизни: неоднократно переносил вирусный гепатит. Тонзиллэктомия в 2000 году. Страдает хроническим гайморитом. Наследственность: имелся сахарный диабет у матери и у старшего брата. В молодости у матери были вульгарные угри. Локальный статус: процесс распространенный хронический, локализуется на волосистой части головы, области лица, шеи, в области подбородка. В очагах поражения имеются множественные фолликулиты и остиофолликулиты.

В отдельных местах предплечий и голеней имеются фолликулиты. Кожный процесс носит рецидивирующий характер. Диагноз: фолликулит и перифолликулит, нагнаивающийся волосистой части головы Гофмана. По данным УЗИ: эхопризнаки хронического холецистита и гепатита. Параклинические методы исследований от 06.04.08 г.: холестерин - 3,3 ммоль/л, ЛПВП - 0,90 ммоль/л, ЛПНП - 1,63 ммоль/л, триглицериды 1,69 ммоль/л, глюкоза - 4,6 ммоль/л, АЛТ - 49,5 ед/л, АСТ - 33,0 ед/л, общий билирубин - 9,8 мкмоль/л, прямой билирубин - не определяется, щелочная фосфатаза - 267 ед/л.

Общий анализ крови: Нb - 155,0 г/л, эритроциты -  $5,09 \times 10^{12}/\text{л}$ , ЦП - 0,93, лейкоциты -  $9,6 \times 10^9/\text{л}$ , палочкоядерные - 2 %, сегментоядерные - 65 %, эозинофилы - 1 %, лимфоциты - 27 %, моноциты - 6 %, СОЭ - 9 мм/ч. Больному проведено лечение: цефтриаксон 1,0 г в/м, ежедневно № 7, аевит по 1 капсуле 3 раза в день 10 дней, иммуноглобулин нормальный человеческий по 1,5 мл в/м через день № 5, метилурацил по 0,5 г 3 раза в день 7 дней, гепабене по 1 капсуле 3 раза в день 15 дней, урсосан по 2 капсулы днем, 2 капсулы на ночь, панкреатин по 1 таблетке 3 раза в день. На очаги поражений - 29 % ихиоловая мазь с гентамицином под окклюзионную повязку. Протирания

очагов поражений 2 % салициловым спиртом и обработка фукорцином. После лечения состояние больного значительно, улучшилось: гнойничковые элементы постепенно регрессировали, оставляя посттравматическую гиперемию очагов, болезненные ощущения в очагах стихли. Терапевтический эффект оценен в 75 %. Через месяц больному вновь проведен курс лечения в качестве профилактики. Рецидивы кожного процесса не наблюдались.

Использование предлагаемого способа лечения хронической пиодермии позволит получить клиническое выздоровление при общем положительном терапевтическом эффекте, стойкую клиническую ремиссию при снижении вероятности рецидивов дерматоза.

#### **Формула изобретения**

Способ лечения хронической пиодермии, включающий базисную терапию с введением антибактериальных и иммунных препаратов, витаминов группы А, В, Е, и симптоматическую терапию кожи, отличающийся тем, что в процессе базисной терапии дополнительно комплексно применяют гепатотропную и желчегонную терапию в течение 15-20 дней.

Выпущено отделом подготовки материалов

---

Государственная служба ИС КР, 720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 68 08 19, 68 16 41; факс: (312) 68 17 03