



Наружная терапия эрозивно-язвенных поражений кожи при хронических дерматозах

Н. В. Зильберберг¹✉

М. М. Кохан²

Я. В. Кащеева³

¹ Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии, Екатеринбург, Россия, zilberberg@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7407-7575>

² Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии, Екатеринбург, Россия, mkokhan@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6353-6644>

³ Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии, Екатеринбург, Россия, yan.kashheeva@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1974-3336>

Резюме

Введение. Эрозии и язвы могут наблюдаться при многих заболеваниях кожи. Под наблюдением находились 20 больных хроническими дерматозами, госпитализированных в ГБУ СО «УрНИИДВиИ» (Екатеринбург). У всех пациентов дерматозы носили хронический рецидивирующий характер с длительностью заболевания от 7 месяцев до 9 лет. Во время проведения данного наблюдения больным назначались стандартная системная терапия в соответствии с тяжестью кожного процесса, предусмотренная клиническими рекомендациями, а также наружное средство антисептического действия новейшего поколения — гель, в состав которого входят современный антисептик и поверхностно-активное вещество.

Результаты. Обоснована целесообразность применения данного геля в наружной терапии эрозивно-язвенных дефектов кожи при хронических дерматозах. Представлены результаты оценки эффективности и безопасности топического применения геля у больных акантолитической пузырчаткой (вульгарная форма), хронической пиодермии и у пациентов с длительно незаживающими трофическими язвами. Диапазон длительности заболевания варьировал от 7 месяцев до 9 лет. Клиническое наблюдение проводилось в течение 14 дней использования препарата как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. Показана высокая эффективность геля в отношении регресса перифокального отека и эритемы кожи, снижения степени экссудации, уменьшения гнойного отделяемого из язв и эрозий. Применение геля способствует полному очищению эрозивно-язвенных поверхностей от фибринна, активной краевой эпителизации дефектов кожи, сокращению общей площади раневой поверхности на 24,6–66,3%, в том числе за счет активного формирования грануляций. Оценка динамики таких клинических симптомов, как жжение, зуд и болезненность, а также мониторинг дерматологического индекса качества жизни продемонстрировали полный регресс болевых и других субъективных ощущений у больных, а также практически полное восстановление качества жизни пациентов (регресс дерматологического индекса качества жизни на 69,5–77,6%).

Ключевые слова: хронический дерматоз, трофические язвы, акантолитическая пузырчатка, хроническая пиодермия, наружная терапия

Для цитирования: Зильберберг Н. В., Кохан М. М., Кащеева Я. В. Наружная терапия эрозивно-язвенных поражений кожи при хронических дерматозах. Лечащий Врач. 2024; 11 (27): 9–15. <https://doi.org/10.51793/OS.2024.27.11.001>

Конфликт интересов. Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

External therapy of erosive and ulcerative skin lesions in chronic dermatoses

Natalia V. Zilberberg¹✉

Muza M. Kohan²

Yana V. Kashcheeva³

¹ Ural Scientific Research Institute of Dermatovenerology and Immunopathology, Yekaterinburg, Russia, zilberberg@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7407-7575>

² Ural Scientific Research Institute of Dermatovenerology and Immunopathology, Yekaterinburg, Russia, mkokhan@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6353-6644>

³ Ural Scientific Research Institute of Dermatovenerology and Immunopathology, Yekaterinburg, Russia, yan.kashheeva@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1974-3336>

Дерматовенерология

Abstract

Background. Erosions and ulcers can be observed in many skin diseases. There were 20 patients with chronic dermatoses hospitalised at the Ural Research Institute of Dermatovenerology and Immunopathology (Ekaterinburg). All patients had chronic recurrent dermatoses with disease duration from 7 months to 9 years. During this observation the patients were prescribed standard systemic therapy in accordance with the severity of the skin process, provided by clinical recommendations, as well as external antiseptic agents of the latest generation – gel, which includes a modern antiseptic and surfactant.

Results. The article provides rationale for the use of the gel in external therapy of erosive and ulcerative skin defects in patients with chronic dermatoses. The article presents the results of efficacy and safety evaluation of using Prontosan gel during the topical treatment of patients with pemphigus vulgaris, chronic pyoderma and chronic non-healing trophic ulcers. The duration of the disease ranged from 7 months to 9 years. Clinical observation was conducted for 14 days of applying the medication, both in inpatient facilities and outpatient conditions. The gel proved to be highly effective in prompting the regression of perifocal edema and erythema, in reducing the exudation intensity and the amount of purulent discharge from ulcers and erosive defects. Application of the gel induces complete clearing of erosive and ulcerous surfaces from fibrin, promotes active marginal epithelialization of skin defects, reduces total wound surface area by 24.6–66.3%, in particular due to the active forming of the granulation tissue. Evaluation of the dynamics of clinical symptoms such as burning sensation, itching and soreness, as well as monitoring of the dermatologic life quality index demonstrated complete regression of pain and other subjective sensations in patients, as well as almost complete restoration of the patients' quality of life (regression of DLQI by 69.5–77.6%).

Keywords: chronic dermatosis, trophic ulcers, acantholytic vesicles, chronic pyoderma, external therapy

For citation: Zilberberg N. V., Kokhan M. M., Kashcheeva Ya. V. External therapy of erosive and ulcerative skin lesions in chronic dermatoses. Lechaschi Vrach. 2024; 11 (27): 9-15. (In Russ.) <https://doi.org/10.51793/OS.2024.27.11.001>

Conflict of interests. Not declared.

Пражения кожи, протекающие с нарушением ее целостности и образованием поверхностных (эррозии) или глубоких (язвы) дефектов, могут наблюдаться при многих заболеваниях кожи. Развитие этих морфологических элементов может быть обусловлено многочисленными факторами: локальной ишемией (нейротрофические язвы и др.), инфекционно-воспалительными процессами (пиодермии), травмами при патомимии, в том числе и незначительно выраженным. Проблемой в дерматологии также является ситуация, при которой поверхностные эрозии и язвы у больных буллезными дерматозами, развивающиеся на коже после вскрытия первичных элементов — пузырей, возникающие в местах трения, давления, при травматизации кожи, носят длительный, торpidный характер, несмотря на проводимую системную терапию (вульгарная пузырчатка, буллезный пемфигоид и др.). В клинической практике дерматологи сталкиваются с трудностями в лечении длительно незаживающих эрозивно-язвенных дефектов также при трофических язвах различного генеза, язвенной пиодермии.

Характер, особенности течения и прогноз определяются нозологической формой заболевания. Общим фактором, ухудшающим как течение, так и прогноз любого патологического процесса, сопровождающегося образованием эрозивных и язвенных элементов, является присоединение вторичной инфекции, что требует назначения, помимо специальных (патогенетических) средств (глюкокортикоиды — ГКС и иммунодепрессанты при пузырчатке, системных вакулитах; сосудорасширяющие препараты при трофических язвах; антибиотики при пиодермиях и т. д.), средств, направленных на стимуляцию заживления эрозий и язв, местных и системных антибактериальных препаратов (АБП). Однако применение указанных как системных, так и топических препаратов может сопровождаться целым рядом побочных эффектов, в частности, иммуносупрессивным действием, торможением пролиферации и дифференцировки кератиноцитов, что отрицательно сказывается на процессах эпителизации эрозивно-язвенных очагов. Присоединение вторичной инфекции, вызванной одним или несколькими возбудителями, может наблюдаться более чем у половины пациентов с хроническими заболеваниями кожи [1, 2]. Заживание раневой поверхности часто замедляется из-за

присутствия в ране экссудата, образований в виде пленок, корок и струпа из омертвевшей ткани и клеточного детрита и/или биопленок [3-5], с трудом удаляемых и создающих благоприятные условия для роста патогенной микрофлоры. Кроме того, даже внешне чистые раны, особенно посттравматические, могут быть контаминырованы микроорганизмами, способными вызывать инфекционные осложнения.

Для снижения риска полипрагмазии и достижения эффекта заживления эрозивно-язвенных очагов без повышения дозы вводимых системных препаратов (ГКС, АБП и цитостатиков) рационально проведение комплексной наружной терапии, с внедрением инновационных подходов и средств, позволяющих ускорить процессы эпителизации при кожных процессах, сопровождающихся формированием эрозивно-язвенных элементов. Среди созданных в последние годы препаратов этим требованиям отвечает гель Пронтосан, относящийся к средствам антисептического действия новейшего поколения, в состав которого входят современный антисептик и поверхностно-активное вещество [4, 6].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находились 20 больных с хроническими дерматозами, госпитализированных в ГБУ СО «УрНИИДВИИ» (Екатеринбург), среди них:

- 4 пациента с акантолитической пузырчаткой (средний возраст составил $54,5 \pm 14,6$ года, женщин — 3, мужчин — 1);
- 12 пациентов с трофическими язвами (средний возраст — $53 \pm 25,6$ года, женщин — 4, мужчин — 8);
- 4 больных хронической пиодермии с эрозивно-язвенными дефектами (средний возраст — $23 \pm 4,0$ года, среди них женщин — 2, мужчин — 2).

Возрастной диапазон пациентов, включенных в исследование, составил 18–79 лет.

У всех пациентов дерматозы носили хронический рецидивирующий характер с длительностью заболевания от 7 месяцев до 9 лет. Ранее больные неоднократно получали терапию в амбулаторном и стационарном режимах с достижением клинической ремиссии сроком от 6 месяцев до 1 года. Во время проведения данного наблюдения больным назначалась стандартная системная терапия в соответствии с тяжестью кожного процесса, пред-

усмотренными клиническими рекомендациями (КР), при этом в качестве наружного средства использовали гель Пронтосан.

Для мониторирования клинических данных использовалась «Индивидуальная карта оценки эффективности применения препарата» с указанием демографических данных, предыдущих методов лечения и их эффективности/неэффективности; фиксировались в динамике клинические проявления процесса в зависимости от сроков терапии. Показатели раневого процесса (симптомы и жалобы) оценивались лечащим врачом в баллах с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) от 0 до 10 баллов, где «0» – отсутствие симптома, а «10» – максимальная его выраженность. Степень влияния заболевания на качество жизни пациентов оценивалась по стандартному показателю дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ) до начала и после окончания наружной терапии. Дополнительно в карте фиксировали переносимость наружной терапии и наличие у пациентов нежелательных явлений (НЯ) при применении геля Пронтосан, их частоту и выраженность.

После туалета эрозивно-язвенных дефектов кожи антисептическим раствором для более тщательного удаления обильных скоплений фиброна, плотно лежащих пленок и корок на поверхность раны наносили гель Пронтосан толщиной слоя не менее 3 мм. Сверху слой геля покрывался стерильным перевязочным материалом до следующей перевязки. На начальном этапе перевязки выполнялись ежедневно, а по мере очищения раны – через 1-2 дня с нанесением геля Пронтосан слоем толщиной от 3 до 5 мм (согласно инструкции к препарату гель может оставаться на ране до нескольких дней).

Нанесение геля выполняли с частотой, достаточной для полного удаления всех пленок и некротических тканей и достижения оптимального очищения раны для ускорения ее заживления. Терапию с использованием геля Пронтосан проводили в течение 2 недель. Первичные фактические данные сформированы в виде таблиц, проведена статистическая обработка данных с использованием методов описательной статистики.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Терапия больных трофическими язвами

Все пациенты с трофическими язвами имели длительный анамнез заболевания от 5 до 10 лет с момента установления диагноза. У всех 12 больных кожные проявления сопровождались патологией сосудов нижних конечностей: варикозная болезнь нижних конечностей, хроническая венозная недостаточность – (11 больных), у одного пациента диагностирована комбинированная венозная и артериальная недостаточность. Трофические язвы на фоне заболеваний сосудов были пред-

ставлены язвенными дефектами размером от 2,0×2,5 до 4,0×2,0 см с участками гиперемии вокруг язв, неровными краями, гипертрофическими периферическими валиками, нечеткими контурами, не кровоточили. Из язв наблюдалось умеренное количество серозно-гнойного отделяемого с неприятным запахом, отмечался фибринозный налет.

В табл. 1 представлены данные клинического мониторинга данной группы больных (до начала терапии, через 7 и 14 дней проведения наружного лечения с использованием средства Пронтосан). До начала лечения пациенты с трофическими язвами имели жалобы на интенсивные болевые ощущения – 8,3 ± 2,9 балла в среднем по группе, серозно-гнойное отделяемое различной степени интенсивности – 7,8 ± 2,1 балла, застойную эритему по периферии язвенных дефектов (3,1 ± 2,1 балла), умеренный перифокальный отек (1,9 ± 1,6 балла). Через неделю от начала наружной терапии отмечалась положительная динамика в виде уменьшения выраженности болевых ощущений от 8,3 ± 2,9 до 5,5 ± 2,7 балла, значительного уменьшения отечности (1,1 ± 0,6 балла), эритемы вокруг язвенных дефектов (1,7 ± 1,2 балла), степени экссудации от 7,3 ± 1,8 до 5,1 ± 1,4 балла и гнойного отделяемого от 7,8 ± 2,1 до 2,7 ± 1,6 балла. Также наблюдалось активное очищение раны от фиброна (1,7 ± 1,1 балла), появление грануляций (3,8 ± 1,4 балла), начало краевой эпителизации (3,5 ± 2,4 балла) и возрастание площади общего заживления раны на 14,7 ± 3,8% от исходного состояния. На 14-й день наблюдения отмечалось отсутствие перифокального отека и эритемы, практически полное очищение язвенных дефектов от фиброна (0,9 ± 0,4 балла) и наличие минимального гнойного отделяемого (1,6 ± 1,4 балла), активное появление грануляций (7,7 ± 2,4 балла) и краевой эпителизации (6,1 ± 1,6 балла), регресс язвенного процесса на 24,6 ± 5,3% от исходных значений. Клинический пример представлен на рис. 1 (А, Б).

Рис. 2 иллюстрирует средние показатели динамики процесса при лечении больных с трофическими язвами с применением геля Пронтосан.

В целом по группе в динамике наружной терапии в течение двух недель у больных с трофическими язвами полностью регрессировали симптомы перифокального отека и эритемы кожи. Регресс боли и жжения после лечения составил 80,0% от исходного; уменьшение степени экссудации – на 75,0%; гнойного отделяемого – на 79,0%; произошло очищение эрозивно-язвенных поверхностей от фиброна на 74,0% от такового до начала терапии.

Терапия больных вульгарной пузырчаткой

Под наблюдением находились 4 пациента с акантолитической пузырчаткой (вульгарная форма). Среди них один мужчина

Таблица 1. Динамика регресса симптомов у больных трофическими язвами (n = 12) [таблица составлена авторами] / Dynamics of symptom regression in patients with trophic ulcers (n = 12) [table compiled by the authors]

Показатели раневого заживления/ период контроля	До лечения, min-max	M ± m	На 7-й день терапии, min-max	M ± m	На 14-й день терапии, min-max	M ± m
Боль, жжение	6-10	8,3 ± 2,9	3-7	5,5 ± 2,7	1-3	1,7 ± 1,2
Перифокальный отек	1-4	1,9 ± 0,6	0-2	1,1 ± 0,6	0	0
Эритема кожи	1-6	3,1 ± 2,1	1-3	1,7 ± 1,2	0	0
Степень экссудации	3-10	7,3 ± 1,8	2-7	5,1 ± 1,4	1-3	1,7 ± 0,1
Гнойное отделяемое	4-10	7,8 ± 2,1	1-4	2,7 ± 1,6	0-3	1,6 ± 0,4
Очищение от фиброна	2-5	3,5 ± 1,7	1-3	1,7 ± 1,1	0-2	0,9 ± 0,4
Грануляции	0-1	0,3 ± 0,1	3-5	3,8 ± 1,4	6-10	7,7 ± 2,4
Начало краевой эпителизации	0-2	0,8 ± 1,1	2-5	3,5 ± 2,4	5-8	6,1 ± 1,6
Заживание раны (в % от исходного)	0	0	10-20	14,7 ± 3,8	20-30	24,6 ± 5,3



Рис. 1. Больной К., 65 лет. Диагноз «трофическая язва левой голени». (А). До применения геля. (Б). После 14-дневного применения геля Пронтосан [предоставлено авторами] / Patient K., 65 years old. Diagnosis: Trophic ulcer of the left shin. (A). Before application of gel. (B). After 14-day application of Prontosan gel [provided by the authors]



Рис. 2. Динамика снижения выраженности симптомов у больных трофическими язвами [предоставлено авторами] / Dynamics of symptom severity reduction in patients with trophic ulcers [provided by the authors]

с дебютом заболевания и 3 женщины с обострением вульгарной пузирчатки, у которых процесс носил длительный, рецидивирующий характер с обострениями через 8-12 месяцев. На момент осмотра пациенты имели множественные эрозивные элементы различных размеров от 1,0 до 5,0-7,0 см в диаметре с обильным серозно-гнойным отделяемым, часть из них – покрытые сероз-

но-гнойными корочками. Пациенты с обострением вульгарной пузирчатки получали базисную терапию, включающую системные ГКС и метотрексат, на фоне которой сохранялись множественные эрозивные высыпания, диктующие необходимость поиска и назначения эффективных топических препаратов, ускоряющих процессы эпителизации без увеличения доз базисных препаратов. Данные о клиническом мониторировании эффективности терапии представлены в табл. 2.

До начала лечения пациенты с диагнозом «вульгарная пузирчатка» имели выраженные болевые ощущения в местах эрозивно-язвенных высыпаний, что в среднем по группе составило $8,3 \pm 1,9$ балла, обильное серозно-гнойное отделяемое ($8,8 \pm 1,1$ балла), периферическую эритему ($0,7 \pm 0,5$ балла) и незначительный перифокальный отек ($0,6 \pm 1,2$ балла). Через неделю от начала наружной терапии выраженность болевых ощущений уменьшилась в среднем до $4,3 \pm 1,7$ балла, практически регрессировала отечность ($0,3 \pm 0,5$ балла), эритема вокруг эрозивно-язвенных дефектов снизилась до $0,3 \pm 0,2$ балла, процесс экссудации сократился с $7,3 \pm 1,8$ до $5,1 \pm 1,4$ балла и гнойное отделяемое – с $8,8 \pm 1,1$ до $3,3 \pm 1,6$ балла. Наблюдалось активное очищение раны от фибрин (1,1 ± 0,5 балла), появление грануляций – $4,8 \pm 1,1$ балла, начало краевой эпителизации – $4,2 \pm 1,4$ балла. Заживление раны (в % от исходной площади) составило $24,6 \pm 5,3\%$.

На 14-й день от начала наружной терапии гелем Пронтосан полностью исчезли болевые ощущения в местах эрозивных и язвенных высыпаний, отмечалось отсутствие перифокального отека и эритемы, язвенные дефекты практически очистились от фибрин (0,5 ± 0,4 балла). Визуализировались активные мелкие грануляции в длительно незаживающих глубоких эрозивно-язвенных очагах ($7,7 \pm 2,4$ балла), наблюдалась не только активная краевая эпителизация ($8,1 \pm 1,6$ балла), но и полное заживление в среднем на $60,1 \pm 8,7\%$ от исходных значений. Клинический пример представлен на рис. 3 (А, Б).

Терапия больных хронической пиодермии

Под наблюдением находились 4 пациента с пиодермии (эрозивно-язвенная форма). Среди них 2 мужчин и 2 женщины в возрасте от 18 до 27 лет. На момент осмотра пациенты имели эрозивные и язвенные дефекты кожного покрова различных размеров (от 5,0 до 10,0 см в диаметре) с обильным гнойно-геморрагическим отделяемым. Все пациенты получали стандартную системную терапию в зависимости от тяжести кожного процесса в соответствии с актуальными КР, включающую системные АБП, дезинтоксикационную инфузционную терапию и противовоспалительные средства, при этом в качестве основного наружного средства использу-

Таблица 2. Динамика регресса симптомов у больных вульгарной пузирчаткой (n = 4) [таблица составлена авторами] / Dynamics of symptom regression in patients with vulgar vesicular vesicular disease (n = 4) [table compiled by the authors]

Показатели раневого заживления/ период контроля	До лечения, min-max	M ± m	На 7-й день терапии, min-max	M ± m	На 14-й день терапии, min-max	M ± m
Боль, жжение	7-10	$8,3 \pm 1,9$	3-6	$4,3 \pm 1,7$	0-1	$0,4 \pm 0,5$
Перифокальный отек	1-3	$0,6 \pm 0,2$	0-1	$0,3 \pm 0,5$	0	0
Эритема кожи	1-3	$0,7 \pm 0,5$	0-2	$0,3 \pm 0,2$	0	0
Степень экссудации	5-10	$7,3 \pm 1,8$	2-7	$5,1 \pm 1,4$	0-2	$0,7 \pm 1,1$
Гнойное отделяемое	8-10	$8,8 \pm 1,1$	2-5	$3,3 \pm 1,6$	0-1	$0,6 \pm 1,4$
Очищение от фибрин	2-4	$3,5 \pm 0,8$	1-2	$1,1 \pm 0,5$	0-1	$0,5 \pm 0,4$
Грануляции	0-1	$0,3 \pm 0,4$	3-6	$4,8 \pm 1,1$	6-10	$7,7 \pm 2,4$
Начало краевой эпителизации	0-1	$0,5 \pm 0,4$	3-5	$4,2 \pm 1,4$	7-10	$8,1 \pm 1,6$
Заживление раны (в % от исходного)	0	0	20-30	$24,6 \pm 5,3$	50-70	$60,1 \pm 8,7$



Рис. 3. Больной М., 40 лет. Диагноз «акантолитическая пузырчатка, вульгарная форма с поражением кожи и слизистых». (А). До применения геля Пронтосан. (Б). После 14-дневного применения геля Пронтосан [предоставлено авторами] / Patient M., 40 years old. Diagnosis: Acantholytic vesicular vesicles, vulgar form with skin and mucous membrane lesions. (A). Before application of Prontosan gel. (B). After 14-days of application of Prontosan gel [provided by the authors]

зовали гель Пронтосан. Данные о клиническом мониторировании эффективности терапии представлены в табл. 3.

До начала наружной терапии гелем Пронтосан пациенты с пиодермии имели выраженные болевые ощущения ($7,1 \pm 0,9$ балла), умеренное серозно-гнойное отделяемое ($6,8 \pm 1,3$ балла), периферическую эритему ($4,8 \pm 1,1$ балла) и перифокальный отек ($3,8 \pm 1,2$ балла). Через неделю от начала наружной терапии выраженность болевых ощущений уменьшилась в 3,4 раза ($2,1 \pm 0,7$ балла), значительно уменьшилась отечность (до $0,3 \pm 0,5$ балла), сократилась эритема вокруг язвенных дефектов ($2,1 \pm 0,8$ балла), уменьшились экссудация ($1,9 \pm 0,8$ балла) и количество гноиного отделяемого ($2,6 \pm 1,1$ балла). Также наблюдалось активное очищение раны от фибринна ($0,7 \pm 1,1$ балла), появление грануляций ($5,8 \pm 1,1$ балла), начало краевой эпителизации ($5,5 \pm 1,4$ балла) и заживление раны на $23 \pm 5,8\%$ от исходных значений.

На 14-й день от начала наружной терапии полностью исчезли болевые ощущения в местах эрозивных и язвенных

высыпаний, отмечалось отсутствие перифокального отека, эритемы и гноиного отделяемого, язвенные дефекты очистились от фибринна. Визуализировались грануляции в большом количестве ($8,7 \pm 1,1$ балла), наблюдались активная краевая эпителизация ($6,7 \pm 1,2$ балла) и заживление раны ($66,3 \pm 7,3\%$). Клинический пример представлен на рис. 4 (А, Б).

ДИНАМИКА ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО ИНДЕКСА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДО И ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Изменения качества жизни пациентов в динамике терапии фиксировали с применением стандартизованного ДИКЖ. В табл. 4 представлена позитивная динамика индекса ДИКЖ в процессе проведения терапии у больных всех групп (хроническая пиодермия, вульгарная пузырчатка, трофические язвы).

Анализ данных до начала лечения свидетельствует о значимом отрицательном влиянии наличия эрозивно-язвенных

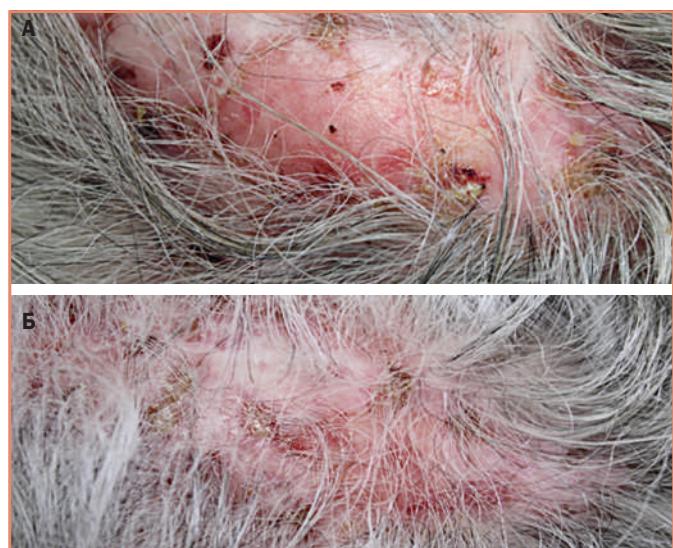


Рис. 4. Больная И., 62 года. Диагноз «вторичная хроническая пиодермия у больной буллезным эпидермолизом». (А). До применения геля Пронтосан. (Б). После 14-дневного применения геля Пронтосан [предоставлено авторами] / Patient I., 62 years old. Diagnosis: Secondary chronic pyoderma in a patient with epidermolysis bullosa. (A). Before application of Prontosan gel. (B). After 14-day application of Prontosan gel [provided by the authors]

Таблица 3. Динамика регресса симптомов у больных язвенной пиодермией (n = 4) [таблица составлена авторами] / Dynamics of symptom regression in patients with ulcerative pyoderma (n = 4) [table compiled by the authors]

Показатели раневого заживления/ период контроля	До лечения, min-max	M ± m	На 7-й день терапии, min-max	M ± m	На 14-й день терапии, min-max	M ± m
Боль, жжение	6-8	$7,1 \pm 0,9$	1-3	$2,1 \pm 0,7$	0	0
Перифокальный отек	2-5	$3,8 \pm 1,2$	0-1	$0,3 \pm 0,5$	0	0
Эритема кожи	3-6	$4,8 \pm 1,1$	1-3	$2,1 \pm 0,8$	0	0
Степень экссудации	6-10	$7,4 \pm 2,1$	1-3	$1,9 \pm 0,8$	0-1	$0,4 \pm 0,5$
Гноиное отделяемое	5-8	$6,8 \pm 1,3$	2-4	$2,6 \pm 1,1$	0	0
Очищение от фибринна	3-5	$4,1 \pm 0,8$	1-2	$0,7 \pm 1,1$	0	0
Грануляции	0-1	$0,3 \pm 0,4$	4-7	$5,8 \pm 1,1$	7-10	$8,7 \pm 1,1$
Начало краевой эпителизации	0-2	$0,8 \pm 1,1$	3-7	$5,5 \pm 1,4$	6-8	$6,7 \pm 1,2$
Заживление раны (в % от исходного)	0	0	20-30	$23 \pm 5,8$	60-80	$66,3 \pm 7,3$

Дерматовенерология

дефектов на качество жизни пациентов: так, наиболее высокие средние показатели ДИКЖ до лечения были получены у больных трофическими язвами ($26,5 \pm 2,5$ балла из 30 максимальных), у пациентов с пиодермии ДИКЖ до лечения был в среднем по группе $18,5 \pm 1,5$ балла, у больных с вульгарной пузырчаткой – $16,8 \pm 1,4$ балла. Показатели ДИКЖ после окончания терапии достоверно снижались во всех группах больных, а у пациентов с вульгарной пузырчаткой и пиодермии после лечения составляли менее 5 баллов, что свидетельствовало о практически полном восстановлении качества жизни. У пациентов с трофическими язвами Δ ДИКЖ была максимальной ($18,6 \pm 2,7$ балла), регресс ДИКЖ достигал $69,5 \pm 4,0\%$ от исходного, однако ДИКЖ после лечения в среднем по группе был более 5 баллов ($7,8 \pm 1,0$ балла), что определяло остаточное отрицательное влияние на качество жизни пациентов и, возможно, было связано с персистирующими поражениями сосудов нижних конечностей и локальной ишемией в местах высыпаний.

ПЕРЕНОСИМОСТЬ ТЕРАПИИ И НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЯВЛЕНИЯ

В табл. 5 обобщены сведения о НЯ, возникших в период применения средства Пронтосан.

Наблюдения показали, что НЯ при наружной терапии отсутствовали у 55,0% пациентов. У 6 больных отмечалось незначительное преходящее жжение. Отмена препарата потребовалась только одному пациенту (5,0%) из числа наблюдавшихся больных. Также у одного пациента отмечался легкий зуд в местах нанесения препарата Пронтосан, что не потребовало его отмены. У 2 пациентов (10,0%) появилось чувство стягивания кожи в местах нанесения геля Пронтосан, лечение при этом не прерывалось. Данные НЯ практически регрессировали к пятому дню наружной терапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведено обобщение клинического опыта использования геля Пронтосан в терапии дерматологических больных с эрозивно-язвенными дефектами кожи, осложненными вторичной инфекцией у 20 пациентов, в том числе у 12 – с трофическими язвами, у четырех – с пиодермии и еще у четырех – с акантолитической (вульгарной) пузырчаткой. Среди наблюдавшихся больных было 11 мужчин и 9 женщин. Пациенты были в возрасте от 18 до 79 лет, имели длительный анамнез хронического дерматоза, на момент мониторинга находились в стадии обострения кожного процесса различной степени

Таблица 5. Частота развития НЯ и побочных эффектов в процессе терапии [таблица составлена авторами] / Incidence of adverse events and side effects in the course of therapy [table compiled by the authors]

НЯ и осложнения	Трофические язвы (n = 12)	Вульгарная пузырчатка (n = 4)	Хроническая пиодермия (n = 4)
Жжение	3 (25,0%)	1 (25,0%)	2 (50,0%)
Зуд	1 (9,0%)	0	0
Чувство стягивания кожи	0	1 (25,0%)	1 (25,0%)

тяжести. Пациенты получали стандартную системную терапию в соответствии с тяжестью кожного процесса, предусмотренную актуальными КР по различным нозологиям, при этом в качестве наружного средства использовали гель Пронтосан. Для мониторирования клинических данных использована «Индивидуальная карта оценки эффективности применения препарата» с указанием демографических данных, предшествующих методов лечения и их эффективности/неэффективности; фиксировались в динамике клинические проявления процесса в зависимости от сроков терапии. Показатели раневого процесса оценивались в баллах с использованием ВАШ от 0 до 10 баллов; оценивался показатель ДИКЖ до и после окончания лечения; фиксировались НЯ.

В результате клинического наблюдения за 12 пациентами с трофическими язвами установлено, что через неделю от начала наружной терапии гелем Пронтосан у всех пациентов отмечалась положительная динамика выраженности симптомов, а в течение двух недель после наружной терапии у больных трофическими язвами полностью регрессировали симптомы перифокального отека и эритемы кожи. Регресс жалоб на жжение после лечения составил 80,0% от исходного; степень экссудации снизилась на 75,0%; гнойное отделяемое уменьшилось на 79,0%; эрозивно-язвенные поверхности очистились от фибринна на 74,0% от состояния до начала наружной терапии. Исследование показало, что терапия больных трофическими язвами, проводимая с наружным использованием геля Пронтосан, способствовала уменьшению клинических проявлений у большинства из них и заживлению раневых поверхностей на 24,6% от исходного значения.

У больных вульгарной пузырчаткой после первой недели терапии с использованием наружного средства Пронтосан наблюдалось значимое снижение поражения кожи и нарушения ее целостности. На 14-й день от начала наружной терапии полностью регрессировали болевые ощущения в местах эрозивных и язвенных высыпаний, отмечалось отсутствие перифокального отека и эритемы, язвенные дефекты практически очистились от фибринна. Визуализировались активные мелкие грануляции в длительно не заживающих глубоких эрозивно-язвенных очагах до $7,7 \pm 2,4$ балла, наблюдалась не только активная краевая эпителизация ($8,1 \pm 1,6$ балла), но и эпителизация дефектов кожи в среднем на 60,1 от исходного значения. Введение в комплексную терапию больных вульгарной пузырчаткой препарата Пронтосан способствовало более активному заживлению эрозивно-язвенных дефектов кожи.

В результате клинического наблюдения отмечено, что после 14-дневного наружного лечения с применением геля Пронтосан у больных пиодермии проявления и размеры эрозивно-язвенных дефектов значительно уменьшились, полностью регрессирова-

Таблица 4. Динамика изменения показателя стандартизованного индекса качества жизни у наблюдавшихся больных до и после терапии с применением средства Пронтосан [таблица составлена авторами] / Dynamics of changes in the standardised quality of life index in observed patients before and after therapy with Prontosan treatment [table compiled by the authors]

Нозология до лечения	ДИКЖ до лечения	ДИКЖ после лечения	Δ ДИКЖ	Регресс ДИКЖ, %
Хроническая пиодермия	$18,5 \pm 1,5$	$4,0 \pm 0,5^*$	$14,4 \pm 2,0$	$77,6 \pm 3,7$
Вульгарная пузырчатка	$16,8 \pm 1,4$	$4,3 \pm 0,7^*$	$12,5 \pm 1,9$	$73,9 \pm 3,5$
Трофические язвы	$26,5 \pm 2,5$	$7,8 \pm 1,0^*$	$18,6 \pm 2,7$	$69,5 \pm 4,0$

Примечание. * $p < 0,05$ при сравнении показателя до и после лечения.

ли болевые ощущения в местах высыпаний, отмечалось отсутствие перифокального отека, эритемы и гнойного отделяемого, язвенные дефекты очистились от фибринна. Визуализировались грануляции в большом количестве ($8,7 \pm 1,1$ балла), наблюдались активная краевая эпителизация ($6,7 \pm 1,2$ балла) и заживление эрозивно-язвенных очагов на 66,3% от исходного значения.

У больных хроническими дерматозами, получавших терапию с использованием геля Пронтосан, ДИКЖ достоверно снижался во всех наблюдаемых группах. После окончания терапии среднее значение ДИКЖ у 55,0% больных составляло менее 5 баллов, что свидетельствовало о практически полном восстановлении качества жизни. Наблюдения показали, что нежелательные эффекты терапии отсутствовали у большинства пациентов, а имевшиеся у четырех больных незначительное жжение и зуд носили легкий, умеренный и преходящий характер. У двух пациентов отмечалось легкое чувство стягивания кожи в местах нанесения геля Пронтосан, лечение при этом не прерывалось. Данные НЯ практически регрессировали к пятому дню терапии. Все пациенты отмечали отличную и хорошую переносимость наружного применения геля Пронтосан вне зависимости от сроков использования.

ВЫВОДЫ

1. В клинической практике дерматологи часто сталкиваются с трудностями в наружной терапии длительно не заживающих эрозивно-язвенных дефектов кожи при различных нозологиях, в том числе хронических дерматозах с нарушением целостности кожного покрова. Фактором, ухудшающим течение и прогноз патологического процесса, сопровождающегося образованием эрозивных и язвенных элементов, является присоединение вторичной инфекции, что диктует необходимость, помимо специальных (патогенетических) средств, поиска препаратов, направленных на стимуляцию заживления эрозий, язв и других нарушений целостности кожного покрова.

2. Введение в комплексную терапию больных с эрозивно-язвенными дефектами геля Пронтосан показало высокую эффективность в отношении эпителизации раневых поверхностей, очищения от гнойного отделяемого и фибринозного налета уже в первые дни применения препарата. Наружное применение геля Пронтосан обеспечивает активное появление грануляций и заживление эрозий и язв, регресс болевых симптомов, воспалительных проявлений в виде отека и эритемы в области поражений кожи.

3. Динамика ДИКЖ до и после проведенного лечения свидетельствовала о практически полном восстановлении качества жизни пациентов, применявших гель Пронтосан.

4. Возможно проведение наружной терапии гелем Пронтосан как в стационарном, так и в амбулаторном режиме до полного регресса клинической симптоматики эрозивно-язвенных дефектов кожи.

5. Гель Пронтосан удобен и прост в применении, хорошо переносится больными хроническими дерматозами и не вызывает клинически значимых побочных эффектов. **ЛВ**

Вклад авторов:

Концепция статьи — Зильберберг Н. В.

Концепция и дизайн исследования — Зильберберг Н. В.

Написание текста — Зильберберг Н. В.

Сбор и обработка материала — Кащеева Я. В.

Обзор литературы — Кащеева Я. В.

Анализ материала — Кохан М. М.

Редактирование — Зильберберг Н. В.

Утверждение окончательного варианта статьи — Зильберберг Н. В.

Contribution of authors:

Concept of the article — Zilberberg N. V.

Study concept and design — Zilberberg N. V.

Text development — Zilberberg N. V.

Collection and processing of material — Kascheeva Ya. V.

Literature review — Kascheeva Ya. V.

Material analysis — Kokhan M.M.

Editing — Zilberberg N. V.

Approval of the final version of the article — Zilberberg N. V.

Литература/References

1. Табалбыев А. Т., Ыдырысов И. Т. Особенности препарата Пронтосан в комплексном лечении гнойных ран. Бюллетень науки и практики. 2023; 12 (9): 222-227.
Tabalbyev A. T., Ydyrysov I. T. Features of the drug Prontosan in the complex treatment of purulent wounds. Bulleten nauki i praktiki. 2023; 12 (9): 222-227. (In Russ.)
2. Воробьев А. С., Левчик Е. Ю. Опыт применения раствора и геля «Пронтосан» в местном лечении гнойных ран различного происхождения. УРМЖ. 2009; 1: 71-75.
Vorobev A. S., Levchik E. Yu. S. Solution and gel "prontosan" in local treatmentof different purulent wounds. URMZh. 2009; 1: 71-75. (In Russ.)
3. Еньчева Ю. А., Кузнецова М. В., Рубцова Е. А., Афанасьевская Е. В., Самарцев В. А. Влияние хлоргексидина и «Пронтосана» на биопленку, сформированную стафилококкус aureus (исследование *in vitro*). Пермский медицинский журнал. 2015; 1: 84-91.
*Encheva Yu. A., Kuznetsova M. V., Rubtsova E. A., Afanasievskaya E. V., Samartsev V.A. Chlorhexidine and "Prontosan" effect on biofilm formed by *Staphylococcus aureus* (in vitro study). Permskiy meditsinskii zhurnal 2015; 32 (1): 84-91. (In Russ.)*
4. Пронтосан. Инструкция по применению.
Prontosan. Patient information leaflet. (In Russ.)
5. Lewis K. Multidrug tolerance of biofilms and persister cells. Curr. Microbial. Immunol. 2008; 32: 107-131.
6. Крылов К. М., Крылов П. К. Современные возможности местного лечения ожогов. Амбулаторная хирургия. 2010; 1 (37): 30-35.
Krylov K. M., Krylov P. K. Modern opportunities of local treatment of burns. Ambulatornaya khirurgiya. 2010; 1 (37): 30-35. (In Russ.)
7. Гринцов А. Г., Гринцова А. А., Карапаева К. О. Комплексное лечение венозных трофических язв нижних конечностей. Флебология, 2022; 2-2 (16): 35.
Grintsov A. G., Grintsova A. A., Karapaeva K. O.Complex treatment of venous trophic ulcers of the lower extremities. Flebologiya, 2022; 2-2 (16): 35. (In Russ.)

Сведения об авторах:

Зильберберг Наталья Владимировна, д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе, Государственное бюджетное учреждение Свердловской области «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии»; Россия, 620076, Екатеринбург, ул. Шербакова, 8; zilberberg@mail.ru
Кохан Муза Михайловна, д.м.н., профессор, заведующая научным клиническим отделом дерматологии, Государственное бюджетное учреждение Свердловской области «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии»; Россия, 620076, Екатеринбург, ул. Шербакова, 8; tkokhan@yandex.ru
Кащеева Яна Викторовна, к.м.н., младший научный сотрудник научного клинического отдела дерматологии, заведующая дерматовенерологическим отделением, Государственное бюджетное учреждение Свердловской области «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии»; Россия, 620076, Екатеринбург, ул. Шербакова, 8; yan.kashheeva@yandex.ru

Information about the authors:

Natalia V. Zilberberg, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Deputy Director, State Budgetary Institution of the Sverdlovsk Region Ural Research Institute of Dermatology, Venereology and Immunopathology; 8 Shcherbakova str., Yekaterinburg, 620076, Russia; zilberberg@mail.ru

Muza M. Kokhan, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Head of the Scientific research Department of Dermatology, State Budgetary Institution of the Sverdlovsk Region Ural Research Institute of Dermatology, Venereology and Immunopathology; 8 Shcherbakova str., Yekaterinburg, 620076, Russia; tkokhan@yandex.ru

Yana V. Kashcheeva, Cand. of Sci. (Med.), junior research assistant of Scientific research Department of Dermatology, Head of hospital Department of Dermatovenereology, State Budgetary Institution of the Sverdlovsk Region Ural Research Institute of Dermatology, Venereology and Immunopathology; 8 Shcherbakova str., Yekaterinburg, 620076, Russia; yan.kashheeva@yandex.ru

Поступила/Received 02.10.2024

Поступила после рецензирования/Revised 01.11.2024

Принята в печать/Accepted 03.11.2024