

Новые подходы в лечении язвенных дефектов кожи

О.Ю. Олисова, О.В. Грабовская, Н.П. Теплюк, И.С. Джавахишвили, Г.А. Русакова

Кафедра кожных и венерических болезней (зав. — проф. О.Ю. Олисова) лечебного факультета ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава России, Москва

В статье даны сведения о морфологическом элементе — язве и ее характеристиках, а также описаны заболевания, которые представлены язвой. Особый акцент сделан на язвенных формах пиодермии и ангиитов, а именно на гангренозной пиодермии и язвенно-некротическом типе полиморфного дермального ангиита и ливедо-ангиита, а также трудностях лечения. В качестве местного препарата в статье обсуждается 2% крем Аргосульфан. Описаны состав препарата и его действие. Приведены данные литературы об эффективности этого средства при различных заболеваниях, а также собственные результаты применения Аргосульфана в составе комплексного лечения гангренозной пиодермии и язвенно-некротического типа ангиитов, свидетельствующие о высокой эффективности и безопасности препарата.

Ключевые слова: язва; пиодермия; ангиит; аргосульфан; эффективность.

NEW APPROACHES TO THERAPY OF ULCERATIVE DEFECTS OF THE SKIN

O.Yu. Olishova, O.V. Grabovskaya, N.P. Teplyuk, I.S. Dzhevakhishvili, G.A. Rusakova

Department of Skin and Sexually Transmitted Diseases, I.M. Setchenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

The authors present data on the morphological element — ulcer — and its characteristics and describe the diseases presented by ulcers. Special emphasis is made on ulcerative forms of pyoderma and angiitis — on gangrenous pyoderma and ulcerative necrotic polymorphic dermal angiitis and livedo angiitis and the difficulties in the treatment of these conditions. Argosulfane, a 2% cream, a local drug, is discussed. Its composition and effects are described. Published data on its efficiency in various diseases are discussed. The authors present the results of argosulfane use as a component of combined therapy for gangrenous pyoderma and ulcerative necrotic angiitis, indicating high efficiency and safety of the drug.

Key words: ulcer; pyoderma; angiitis; argosulfane; efficiency.

В практике дерматолога нередко встречаются патологические процессы, сопровождающиеся образованием на коже и слизистых оболочках язвенных поражений. Образование язвы является показателем осложненного течения того или иного заболевания, вызывает значительные трудности в лечении и требует назначения комплексной терапии, в которой особое место отводится топическим лекарственным средствам.

Язвой называют глубокий дефект кожи, поражающий не только эпидермис, но и дерму, иногда подкожную клетчатку и даже нижерасположенные ткани. После заживления язва всегда оставляет рубец. Она является следствием патологического процесса, приводящего к распаду первичных инфильтративных элементов в глубоких отделах дермы — бугорков, узлов, при вскрытии глубоких пустул, а также может формироваться первично вследствие некроза тканей, обусловленного трофическими нарушениями в связи с изменением сосудов (атеросклероз, хроническая венозная недостаточность, васкулит). Язвы могут быть различной величины, формы и глубины. Обычно остро развивающиеся язвы имеют небольшие размеры, в то время как язвы при длительно существующих патологических процессах (варикозные язвы, гуммы, хроническая язвенная пиодермия и др.) нередко отличаются значительными размерами. Формы и края язвы важны для диагностики. Так, язвен-

ный твердый шанкр, изъязвившиеся гуммы, некоторые типы базалиом имеют округлые очертания с резко очерченными границами, а варикозные язвы или язвы при туберкулезной волчанке отличаются причудливыми фестончатыми очертаниями.

Края язвы бывают подрытыми, отвесными, блюдцеобразными, развороченными, каллезными и т.п. Например, при язвенном твердом шанкре они ровные, геометрически правильной формы с постепенным блюдцеобразным переходом ко дну язвы. При колликативном туберкулезе, некоторых формах пиодермии, глубоких микозах края язвы мягкие, подрытые, нависающие над дном. При центральном некрозе воспалительных узлов (сифилитическая гумма) язвы имеют отвесные края в виде валика, возвышающиеся над уровнем кожи. Валикообразные края характерны также для язвы при плоскоклеточном раке, изъязвившейся кератоакантоме, распаде опухолевых элементов грибовидного микоза. В некоторых случаях выступающие края язвы очень плотные, их поверхность покрыта плотными роговыми массами (плоскоклеточный рак, трофические язвы) или гладкая, лишенная подобных наслоений (кератоакантома, грибовидный микоз). Язвы сифилитических гумм, распадающихся злокачественных опухолей обычно отличаются значительной глубиной, в то время как при ряде других заболеваний

Сведения об авторах:

Олисова Ольга Юрьевна — доктор мед. наук, профессор (olisovaolga@mail.ru); Грабовская Ольга Валентиновна — кандидат мед. наук, врач высшей категории (olgadoctog@mail.ru); Теплюк Наталья Павловна — доктор мед. наук, профессор (Teplyukn@gmail.com); Джавахишвили Ирина Северьяновна — ординатор (irusa-irusa@yandex.ru); Русакова Галина Анатольевна — ординатор (tuxonia11@mail.ru).

(язвенная форма индуративной эритемы Базена, варикозный симптомокомплекс, липоидный некробиоз) — более поверхностные. Дно язвы может быть ровным, гладким (твердый шанкр), неровным, извилистым (колликвативный туберкулез, карбункул), кратерообразным (сифилитическая гумма). На его поверхности могут быть выражены грануляции (лейшманиоз, трофические язвы), вегетации (вегетирующая пиодермия). В большинстве случаев дно язвы покрыто серозным, или гнойным, или кровянистым отделяемым, которое придает ей ту или иную окраску. Нередко отделяемый со дна язвы секрет ссыхается в серозные, гнойные или кровянистые корки. При распаде сифилитической гуммы вокруг язвы выражены инфильтрат и застойная гиперемия. При застарелых варикозных язвах по периферии часто наблюдается диффузное уплотнение, склероз тканей. При первичном сифилисе вокруг язвы в ряде случаев отмечается плотный отек. При вулгарной волчанке, колликвативном туберкулезе вокруг образовавшихся язв наблюдается тестоватый, цианотичный инфильтрат. При гнойных воспалительных процессах вокруг язвы развиваются отек, гиперемия, в ряде случаев — отсевы в виде пустул. Совокупность перечисленных выше признаков язвы нередко имеет решающее дифференциально-диагностическое значение. Язва всегда заживает рубцом, характерные особенности которого в ряде случаев позволяют предположительно установить перенесенное заболевание [1].

Чаще всего язвенные дефекты кожи у пациентов, обращающихся за медицинской помощью к дерматологу, наблюдаются при варикозной и паратравматической экземе, нейротрофических нарушениях, ангиитах и пиодермиях.

Варикозные язвы появляются на нижних конечностях у больных с варикозным расширением вен, паратравматической или варикозной экземой.

Среди пиодермий в последнее время все чаще мы наблюдаем больных с гангренозной пиодермией, которая встречается в любом возрасте, однако чаще у лиц от 40 до 60 лет. Развитию процесса способствуют тяжелые иммунодефицитные состояния, связанные с сопутствующими заболеваниями, интоксикации (язвенный колит, злокачественные опухоли внутренних органов, лимфомы, алкоголизм, наркомании), приводящие к дефициту Т- и В-клеточной системы иммунитета. Для клинической картины заболевания характерно развитие на месте пустул или фолликулитов изъязвленных бляшек синевато-красного цвета мягкой консистенции, резко отграниченных от окружающей здоровой кожи, возвышающихся над ней, имеющих неправильные округлые или овальные очертания. Поверхность бляшек полностью или частично изъязвлена. Кожа вокруг язв воспалена, на ней можно видеть фолликулярные и нефолликулярные поверхностные пустулы, местами сливающиеся в сплошные очаги поражения, покрывающиеся гнойными корками, из-под которых отделяется серозно-гнойный экссудат. Процесс распространяется, захватывая все новые участки кожного покрова, сопровождаясь болезненностью, ограничениями движений. Чаще всего такой процесс расценивается как ангиит кожи. Течение гангренозной пиодермии очень длительное (несколько месяцев и даже лет), с периодами затухания и обострения [2].

Среди ангиитов в основном язвенные дефекты встречаются при язвенно-некротическом типе полиморфного дермального ангиита. Эта клиническая фор-

ма является наиболее тяжелым вариантом дермального ангиита. Она имеет острое (иногда молниеносное) начало и последующее затяжное течение (если процесс не заканчивается быстрым летальным исходом). Вследствие острого тромбоза воспаленных кровеносных сосудов возникает омертвление (инфаркт) того или иного участка кожи, проявляющееся некрозом в виде обширного черного струпа, образованию которого может предшествовать обширное геморрагическое пятно или пузырь. Процесс обычно развивается в течение нескольких часов, сопровождается сильными болями и лихорадкой. Поражаются чаще нижние конечности и ягодицы. Гнойно-некротический струп сохраняется длительное время. Образовавшиеся после его отторжения язвы имеют различные величины и очертания, покрыты гнойным отделяемым, крайне медленно рубцуются.

При длительно и тяжело протекающем ливедо-ангиите развиваются язвенно-некротические изменения. Ливедо-ангиит наблюдается почти исключительно у женщин. Первым его симптомом являются стойкие ливедо-синюшные пятна различной величины и очертаний, образующие причудливую петлистую сеть на нижних конечностях, реже на предплечьях, кистях, лице и туловище. Окраска пятен резко усиливается при охлаждении. С течением времени интенсивность ливедо становится более выраженной, на его фоне (преимущественно в области лодыжек и тыла стоп) возникают мелкие кровоизлияния и некрозы, образуются изъязвления. В тяжелых случаях на фоне крупных синюшно-багровых пятен формируются болезненные узловатые уплотнения, подвергающиеся обширному некрозу с последующим образованием глубоких, медленно заживающих язв. Больные ощущают жабкость, тянущие боли в конечностях, сильные пульсирующие боли в узлах и язвах. После заживления язв остаются белесоватые рубцы с зоной гиперпигментации в окружности [3].

Лечение перечисленных кожных заболеваний всегда комплексное, с использованием препаратов системной терапии, лекарственных препаратов наружного применения и физиотерапевтических процедур. Каковы же возможности в лечении больных с язвенными дефектами различного генеза?

В комплексной терапии этих пациентов применяют различные антибиотики, но антибиотикотерапия иногда не дает желаемого эффекта. Нередко при тяжелых формах перечисленных дерматозов прибегают к назначению системных глюкокортикоидов и цитостатиков. Однако очень большое значение придается местному лечению, которое приходится постоянно совершенствовать, расширяя спектр препаратов для наружной терапии. Практически при любом генезе трофических язв голени (будь то варикозная болезнь на фоне хронической венозной недостаточности или язвы вследствие облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей, или язвы, возникшие на фоне посттромбофлебического синдрома, или упорного рожистого воспаления) важную роль в возникновении и ускоренном росте трофических язв играет симбиоз патогенных и сапрофитных микроорганизмов. Именно этим микроорганизмам принадлежит патогенетическая роль в поддержании местной воспалительной реакции, в осложнении процесса экзематизацией с выраженной импетигенизацией, поэтому для лечения язвенных поражений на коже дерматологи применяют топические антибактериальные и противовоспалительные средства. Но при длительном приме-

нении местных антибиотиков довольно часто возникает сенсбилизация, патологический процесс усугубляется аллергическим дерматитом и развитием резистентности к терапии [4, 5]. Препаратами выбора являются серебро-содержащие средства (сильваден, дермазин, мафенид и аргосульфат), которые обладают противовоспалительными, антибактериальными и эпителизирующими свойствами [6].

Нас заинтересовал препарат Аргосульфат®, разработанный Институтом прикладной фармации Гданьской медицинской академии (Польша) и выпускаемый в виде 2% крема. В качестве действующего начала крем содержит серебряную соль сульфатиазола, которая дает мощный антибактериальный эффект в отношении грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов (стафилококки, стрептококки, вульгарный протей, кишечная палочка, клостридии и др.) и более чем на порядок превосходит аналогичное действие одних сульфаниламидов. Ионы серебра, содержащиеся в креме, ослабляют сенсбилизующие свойства сульфаниламидов, а благодаря связыванию с РНК микробных клеток они оказывают и бактериостатическое действие. Кроме того, серебряная соль сульфатиазола стимулирует регенерацию тканей путем усиления пролиферации кератиноцитов и активности фибробластов, а также повышения микроциркуляции, что приводит к ускорению эпителизации эрозий и рубцевания язв.

Сульфатиазол серебра обладает слабой растворимостью и всасываемостью с раневой поверхности, что позволяет длительно поддерживать более или менее постоянную концентрацию препарата в очаге воспаления. Сульфатиазол как составная часть крема подавляет размножение микроорганизмов. Гидрофильная основа крема, имеющая оптимальное значение pH и содержащая большое количество воды, обеспечивает местное анальгезирующее действие и увлажнение раны, способствуя репарации тканей. Препарат наносится на очаги поражения 2—3 раза в день [7].

Согласно аннотации к препарату и данным научных публикаций показаниями к применению 2% крема Аргосульфат являются:

- ожоги различной степени, любой природы (термические, солнечные, химические, электрическим током, лучевые и др.);
- обморожения;
- пролежни, трофические язвы голени различного генеза (в том числе при хронической венозной недостаточности, облитерирующем эндартериите, нарушениях кровоснабжения при сахарном диабете, роже и т. д.);
- бытовые травмы (порезы, ссадины);
- инфицированные дерматиты, простой контактный дерматит, микробная экзема;
- стрептостафилодермия (импетиго).

В литературе имеются единичные публикации об эффективности Аргосульфата, применявшегося в основном при трофических язвах.

Так, на базе отделения гнойно-септической хирургии городской клинической больницы № 81 (Москва) проведен анализ результатов лечения пациентов (31 мужчина и 41 женщина) с трофическими дефектами мягких тканей различной локализации и генеза, у которых в качестве местного лечения применяли Аргосульфат. Из их числа 44 больных находились в стационаре по поводу осложненных форм диабетической стопы (раны после лечения диабетических флегмон и

гангрены стоп), 26 — с трофическими язвами голени на фоне хронической венозной недостаточности с продолжительностью существования от 3 до 5 лет. Возраст пациентов составлял от 36 до 76 лет. Средняя длительность сахарного диабета у 44 больных превышала 15 лет, что, несомненно, влияло на тяжесть течения раневого процесса в связи с нейро-вегетативными нарушениями и выраженными изменениями микроциркуляции.

В контрольную группу вошли 88 больных с трофическими язвами и ранами на нижних конечностях, из них 56 с осложненным синдромом диабетической стопы, 32 с трофическими язвами на фоне венозной недостаточности, получавших в качестве местного лечения раневого процесса терапию стандартными препаратами (диоксидин, хлоргексидин, мазовые повязки с левосином, левомеколем).

Применение Аргосульфата в местном лечении раневого процесса позволило добиться улучшения течения раневого процесса у всех больных. Это выражалось в первую очередь в уменьшении или исчезновении болевых ощущений при перевязках и вне их, очищении раневого дефекта от некротических тканей с появлением зрелых грануляций и краевой эпителизации в области язвы к 10-м суткам лечения у 24 из 26 больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей, а также в отсутствии или резком снижении роста микрофлоры.

Наиболее часто высеваемыми возбудителями у этой группы пациентов явились *Staphylococcus aureus* — 78%, *Pseudomonas aeruginosa* — 13%, *Proteus vulgaris* — 9%. Использование Аргосульфата у 18 пациентов этой группы приводило к быстрому рубцеванию язв (в среднем в течение 20—22 дней в зависимости от глубины и обширности дефекта), у 8 позволило подготовить трофическую язву к пластическому закрытию, тогда как у пациентов контрольной группы данная динамика со стороны раневого процесса была отмечена только к 30—32-му дню [8].

Среди больных с осложненным синдромом диабетической стопы положительная динамика при местном лечении ран также получена у подавляющего числа пациентов. В локальном статусе у 26 больных с нейропатической формой поражения стопы отмечали уменьшение или исчезновение отека на стопе, уменьшение или купирование явлений бактериального целлюлита, ограничение некрозов, тенденцию к очищению послеоперационных ран.

При нейроишемической форме поражения стопы у всех пациентов отмечали ограничение гнойно-некротического процесса на стопе с тенденцией к его очищению с купированием явлений перифокального воспаления. Следует отметить, что предотвращение генерализации инфекции на стопе у этой категории больных позволило провести комплекс консервативной терапии или выполнить реконструктивную операцию, направленную на купирование явлений критической ишемии на пораженной стопе.

Данный момент мы считаем важным в патогенетическом лечении нейроишемической формы поражения стопы, так как ранние радикальные хирургические вмешательства на стопе без восстановления кровотока приводят в условиях ишемии к генерализации инфекции с развитием гангрены, что завершается высокой ампутацией конечности. У 4 пациентов на фоне местного применения Аргосульфата и комплексной консервативной

терапии успешно выполнены реконструктивные хирургические вмешательства на артериях нижних конечностей и у 8 — внебрюшинная поясничная симпатэктомиа, направленная на улучшение регионарного кровотока на пораженной конечности.

Таким образом, клиническая эффективность местного лечения раневого процесса Аргосульфаноном составила 100%.

Имеются также сообщения об успешном использовании Аргосульфана в лечении эрозивных и эрозивно-язвенных форм баланопоститов. Так, 2% крем Аргосульфана применяли у 9 больных (в возрасте от 24 до 39 лет) с эрозивной формой баланопостита, развившегося на фоне сочетанных трихомонадно-микоуреаплазменных (6 больных), хламидийно-микоуреаплазменных (2 больных) и гонорейно-хламидийных (1 больной) инфекций урогенитального тракта.

Препарат назначали на этапе клинико-лабораторного обследования больных на наличие инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), смазывая им эрозии на коже головки и крайней плоти полового члена 2 раза в сутки. Длительность монотерапии кремом составляла 4—6 дней (до назначения этиотропного лечения ИППП), при необходимости его применение продолжали уже на фоне приема антимикробных препаратов. В результате монотерапии 2% кремом Аргосульфана в среднем на 6—7-е сутки симптомы воспаления на коже головки и крайней плоти значительно уменьшились у всех больных, полная эпителизация дефектов кожи наступала в среднем на 10-й день лечения на фоне приема пациентами различных антибактериальных средств [9].

Крем Аргосульфана успешно применяли в лечении 26 больных с трофическими язвами голени различного происхождения (после термических ожогов, на фоне посттромбофлебического синдрома, на фоне хронической венозной недостаточности и варикозной болезни, после рожистого воспаления голени, на фоне облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей). Комплексное лечение с использованием крема Аргосульфана позволило добиться рубцевания язв у 19 (73,2%) больных или уменьшения размеров язв на $\frac{2}{3}$ у 7 (26,8%) больных. Опыт использования крема Аргосульфана в лечении 56 больных ожогового отделения позволил В.М. Дорофеенко [10] рекомендовать этот препарат для широкого применения в местном лечении ожогов II—IV степени и трофических язв после ожогов и травм.

Учитывая все вышеперечисленное, мы провели собственное исследование, целью которого было изучение эффективности и безопасности крема Аргосульфана в составе комплексной терапии язвенных дефектов различного генеза.

Под нашим наблюдением находились 17 больных с язвенными поражениями на коже. У 5 пациентов диагностирована парагравматическая экзема с изъязвлениями, у 4 — язвенно-некротический тип полиморфного дермального ангиита, у 5 — трофические язвы, у 3 — гангренозная пиодермия. Местное лечение Аргосульфаноном больные переносили хорошо. Аллергических реакций на препарат не отмечено. В зависимости от размеров язвенных дефектов продолжительность лечения составляла от 1 нед до 1,5 мес.

Особый интерес представляет лечение кремом Аргосульфана язвенных форм пиодермий, в частности гангренозной пиодермии и язвенно-некротического типа ан-

гиита, так как эти нозологии представляют наибольшие трудности в лечении.

Приводим собственные клинические наблюдения.

Больной М., 61 год, обратился в лечебно-диагностическое отделение клиники кожных и венерических болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова с диагнозом гангренозной пиодермии и жалобами на наличие болезненного язвенного дефекта в области нижней трети живота. Из анамнеза известно, что в январе 2013 г. больной заметил появление высыпаний в области нижней трети живота с последующей трансформацией этих высыпаний в язвенные дефекты, по поводу чего находился на стационарном лечении в хирургическом отделении с диагнозом глубокой язвенной пиодермии и подозрением на актиномикоз.

Для исключения актиномикоза был направлен в отделение глубоких микозов, где этот диагноз исключили. Были назначены антибиотики и перевязки с растворами антисептиков, но без эффекта. Больной был направлен в клинику кожных и венерических болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова для уточнения диагноза и подбора терапии. На момент осмотра у больного отмечен очаг с преимущественной локализацией на коже нижней трети живота справа с частичным переходом на область поясницы, с четкими границами в виде свежего, плотного, розовато-синюшного рубца, в пределах которого сохранялись достаточно поверхностные язвенные дефекты различных размеров на спине до 2—3 см в диаметре, на нижней трети живота до 5—8 см в диаметре. Дно язв было покрыто грануляциями и серозно-гнойным отделяемым, местами корками. Кожа вокруг язв была нормальной окраски. Субъективно отмечена болезненность вокруг язвенных дефектов. Из сопутствующих заболеваний: артериальная гипертензия 3-й степени, ишемическая болезнь сердца, атеросклеротический кардиосклероз, облитерирующий атеросклероз, хроническая артериальная недостаточность II степени, с двух сторон, хроническая обструктивная болезнь легких, пневмосклероз.

При поступлении общее состояние больного удовлетворительное. Температура тела нормальная, артериальное давление (АД) 130/70 мм рт. ст. Общий анализ крови от 14.03.07: лейкоциты $8,13 \cdot 10^9/\text{л}$, нейтрофилы 54,15%, лимфоциты 34,15%; СОЭ 30 мм/ч. Общий анализ мочи без патологических отклонений. В биохимическом анализе крови глюкоза 6,11 ммоль/л.

При бактериологическом исследовании в отделяемом язв был выделен золотистый стафилококк, устойчивый к пенициллинам, цефалоспорином, фторированным хинолонам, умеренно чувствительный к доксициклину, азитромицину, цефтриаксону, чувствительный к левомицетину, ванкомицину.

Назначено лечение системными глюкокортикостероидами (СГК): преднизолон 5 мг 8 таблеток в сутки (40 мг) до полной отмены, системные антибиотики, сосудистые препараты. Системная терапия способствовала стабилизации процесса. Для эпителизации язвенных поверхностей в комплексной терапии больного существенную роль сыграла местная терапия кремом Аргосульфана 2 раза в день. Препарат способствовал очищению язв от некротических масс, ликвидации инфекционно-воспалительного процесса, исчезновению болезненности. После выписки из стационара больной продолжал местную терапию, и к марку наступило полное рубцевание язв.

Больная Ф., 48 лет, поступила с диагнозом ливедо-ангиита язвенно-некротического типа. Из анамнеза известно, что больна около 5 лет, когда впервые заметила появление высыпаний на коже левой голени, которые постепенно распространялись. Затем на местах высыпаний стали образовываться язвы. Лечилась у хирурга в поликлинике системными антибиотиками и перевязками с растворами антисептиков с временным положительным эффектом. Высыпания рецидивировали с периодичностью 1 раз в 2 мес, в связи с чем больная направлена в клинику кожных и венерических болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, где был подтвержден диагноз ливедо-ангиита язвенно-некротического типа. Из сопутствующих заболеваний: хронический гастрит в стадии ремиссии, хронический тонзиллит в стадии ремиссии, эндометриоз. На момент осмотра кож-



Рис. 1. Больная Ф. Ливедо-ангиит, язвенно-некротический тип.

а, б — до лечения;

в, г — после проведенного комплексного лечения (местно — Аргосульфан). Почти полное рубцевание язвенных дефектов.

ный процесс локализовался на коже средней и нижней трети правой и левой голени и был представлен язвами размером 1,5—7 см в диаметре с четкими границами, неправильными очертаниями и неровными краями, с гнойно-некротическим отделяемым на поверхности. Кожа вокруг язв застойно-красного цвета, инфильтрирована (рис. 1, а, б). Субъективно отмечалась болезненность.

При поступлении общее состояние пациентки было удовлетворительным. Температура тела нормальная, АД 120/70 мм рт. ст. В общем анализе крови были выявлены лейкоцитоз и лимфопения: лейкоциты $14,93 \cdot 10^9/\text{л}$, лимфоциты 18%. В биохимическом анализе крови и общем анализе мочи без патологических отклонений.

При бактериологическом исследовании были обнаружены *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus haemolyticus* с выявленной чувствительностью к амикацину, гентамицину, ванкомицину, клиндамицину, бисептолу, линезолиду, рифампину, левофлоксацину, цефотаксиму, ципрофлоксацину.

Больная получала лечение метипредом по 4 мг (по 8 таблеток в сутки — 32 мг) в сочетании с антибиотикотерапией, местно крем Аргосульфан и терапию коротковолновым инфракрасным излучением (wiRA), прошедшим фильтрацию через воду (6 процедур). На фоне проводимой терапии отмечено очищение язвенного дефекта от некротических тканей с появлением зрелых грануляций и краевой эпителизации в области язв и почти полное рубцевание язвенных дефектов (рис. 1, в, г), а также отсутствие болезненности, в том числе при проведении перевязок.

Больная В., 44 года, поступила в клинику кожных и венерических болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова с диа-



Рис. 2. Больная В. Гангренозная пиодермия.

а — до лечения;

б — после проведенного лечения Аргосульфаном. Почти полное рубцевание язвенного дефекта.

гнозом гангренозной пиодермии. Считает себя больной более 2,5 лет, когда впервые заметила появление очага некроза в нижней трети живота. Лечилась самостоятельно (раствором бриллиантового зеленого и мирамистином) без положительного эффекта. В 2010 г. госпитализирована в кожно-венерологическое отделение Подольска, где был установлен диагноз язвенно-вегетирующей пиодермии. Получала лечение тренталом, реополиглюкином, диакарбом, ванкомицином, папаверином, дипроспаном 2 мл внутримышечно (1 инъекция). Местно применялись примочки с 2% борной кислотой, туширование бриллиантовым зеленым, в результате чего отмечено рубцевание язвенного дефекта. Последнее обострение наступило в конце ноября 2012 г., когда на фоне переохлаждения отметила появление буллезного элемента с некрозом по периферии на наружной лодыжке правой нижней конечности, сопровождающегося жжением и болью и быстро увеличивающегося в размере.

Была госпитализирована в клинику кожных и венерических болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Сопутствующие заболевания: тромбоз глубоких вен левой нижней конечности, внутричерепная гипертензия. На момент осмотра кожный патологический процесс был представлен язвой размером 5—7 см, с четкими границами, неправильных очертаний, неровными краями, с гнойным отделяемым на поверхности. Кожа вокруг язв застойно-красного цвета, инфильтрирована (рис. 2, а). Субъективно: болезненность, жжение. Нами был установлен диагноз гангренозной пиодермии.

При поступлении общее состояние больной удовлетворительное. Температура тела нормальная, АД 130/80 мм рт. ст. Общий анализ крови: гемоглобин 142,9 г/л, эритроциты $3,94 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гематокрит 40,06%, тромбоциты $306,7 \cdot 10^9/\text{л}$, лейкоциты $13,23 \cdot 10^9/\text{л}$, нейтрофилы 56,07% (норма до 72%), эозинофилы 2,92%, базофилы 0,4%; лимфоциты 33,69%, моноциты 6,92%; СОЭ 3 мм/ч. Общий анализ мочи в пределах нормы. При бактериологическом исследовании отделяемого язвенного дефекта выделен *Enterobacter cloacae* с чувствительностью к амикацину, ванкомицину, гентамицину, имипиему, бисептолу, левофлоксацину, цефепиму, цефотаксиму, цефтазидиму, ципрофлоксацину, эритромицину.

Через несколько дней был выделен уже *Pseudomonas aeruginosa* с чувствительностью к амикацину, гентамицину, тобрамицину, цефепиму, цефтазидиму, ципрофлоксацину.

Было проведено лечение преднизолоном 5 мг (12 таблеток в сутки — 60 мг) в сочетании с антибиотикотерапией и сосудистыми препаратами. Местно: примочки с хлоргексидином, крем Аргосульфан и wiRA-терапия (5 процедур). Аргосульфан хорошо смешивался с язвенным секретом и предупреждал прилипание марлевой повязки к поверхности. В результате терапии воспалительные явления разрешились, произошло рубцевание язвенного дефекта на 80% и заполнение его грануляционной тканью, исчезла болезненность (рис. 2, б). При выписке рекомендовано

продолжить лечение до полного клинического излечения в виде рубцевания.

Таким образом, применение 2% крема Аргосульфана в составе комплексной терапии при лечении язвенных дефектов позволило добиться у всех больных полного или почти полного клинического излечения. Это выразилось в уменьшении или исчезновении болевых ощущений при перевязках и вне их, очищении язвенного дефекта от некротических тканей с появлением зрелых грануляций и краевой эпителизации в области язв, а также отсутствии или резком снижении роста микрофлоры. Использование Аргосульфана у всех пациентов приводило к быстрому рубцеванию язв (в среднем в течение 20—22 дней в зависимости от глубины и обширности дефекта). В процессе лечения все больные не отмечали никаких побочных эффектов от проводимой местной терапии.

Выводы

- Аргосульфана (2% крем) является эффективным препаратом для наружной терапии язвенных поражений кожи различного генеза, в первую очередь тяжелых форм пиодермий и ангиитов.
- Эффективность Аргосульфана обусловлена комплексным действием: антибактериальным и регенеративным, за счет чего достигается более высокая эффективность, чем от применения только антибиотиков при лечении перечисленных заболеваний.
- Аргосульфана (2% крем) хорошо переносится больными, не вызывает во время лечения местных или общих аллергических реакций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беренбейн Б.А., Студницин А.А., ред. Дифференциальная диагностика кожных и венерических болезней: Руководство для врачей. М.: Медицина; 1989: 61—3.
2. Новоселов В.С., Плиева Л.Р. Пиодермии. Русский медицинский журнал. 2004; 12(5): 327—36.
3. Иванов О.Л., ред. Кожные и венерические болезни. Справочник. М.: Медицина; 1997.
4. Фицпатрик Т., Джонсон Р., Полано М., Сюрмонд Д. Дерматология. Атлас-справочник. М.: Практика; 1999: 494—9.
5. Каламкарян А.А., Архангельская Е.И., Глухенький Б.Т. Гнойничковые заболевания кожи. В кн.: Скрипкин Ю.К., ред. Кожные и венерические болезни. М.: Медицина; 1995. т. 1: 256—94.
6. Панкратов В.Г. Аргосульфана в дерматологической клинике. Искусство медицины. 2008; 1(2): 108—11.

7. Тураев П.И., Музь Н.И., Матвиенко А.В. Аргосульфана в лечении трофических язв различного происхождения. Газета "069 Рецепты здоровой жизни". 2004; №1(74): 6.
8. Брискин С.А., Прошнин М.В., Якобишвили Я.И. Аргосульфана в лечении трофических и диабетических язв нижних конечностей. Поликлиника. 2005; 3: 14—6.
9. Рюмин Д.В. Особенности топической терапии баланопоститов. Вестник постдипломного медицинского образования. 2005; 2: 40—5.
10. Дорофеев В.М. Аргосульфана в лечении ожогов. Медицинская панорама. 2004; 6: 56—7.

Поступила 30.12.13

REFERENCES

1. Berenbein B.A., Studnitsin A.A., eds. Differential diagnosis of skin and venereal diseases: Guide for doctors (Differencialnaya diagnostika kozhnykh i venericheskikh bolezney. Rukovodstvo dlya vrachei). Moskva: Meditsina; 1989: 61—3. (in Russian)
2. Novoselov V.S., Plieva L.R. Pyoderms (Piodermii). Russkiy meditsinskiy zhurnal. 2004; 12(5): 326—36. (in Russian)
3. Ivanov O.L., ed. Skin and venereal diseases. Directory (Kozhnye i venericheskie bolezni. Spravochnik). Moskva: Meditsina; 1997. (in Russian)
4. Fitzpatrick T., Johnson R., Polano M., Scurmond D. Dermatology. Guidebook (Dermatologiya. Atlas-spravochnik). Moskva: Practice; 1999: 494—9. (in Russian)
5. Kalamkaryan A.A., Arkhangelskaya E.I., Glukhenkiy B.T. Pustular skin diseases. In: Skripkin Yu.K., ed. Skin and venereal diseases (Gnoinichkovye zabolevaniya kozhi. Kozhnye i venericheskie bolezni). Moskva: Meditsina; 1995. vol. 1: 256—94. (in Russian)
6. Pankratov V.G. Argosulfan in the dermatology clinic (Argosulfan v dermatologicheskoi klinike). The Art of Medicine. 2008; 1(2): 108—11. (in Russian)
7. Turaev P.I., Muz N.I., Matvienko A.V. Argosulfan in the treatment of venous ulcers of different origin (Argosulfan v lechenii troficheskikh yazv razlichnogo proiskhozhdeniya). Newspaper "Recipes Healthy Life". 2004; No1(74): 6. (in Russian)
8. Briskin S.A., Proshnin M.V., Jakobishvili Ya.I. Argosulfan in treating diabetic and venous ulcers of lower limbs (Argosulfan v lechenii troficheskikh i diabeticheskikh yazv nizhnikh konechnostei). Poliklinika. 2005; 3: 14—6. (in Russian)
9. Ryumin D.V. Features topical therapy balanoposthitis (Osobenno-sti topicheskoy terapii balanopostitov). Vestnik postdiplomnogo meditsinskogo obrazovaniya. 2005; 2: 40—5. (in Russian)
10. Dorofeev V.M. Argosulfan in the treatment of burns (Argosulfan v lechenii ozhogov). Meditsinskaya panorama. 2004; 6: 56—7. (in Russian)