

В.Є. Ткач¹, С.М. Гафійчук², М.С. Волошинович¹, А.Є. Богуш², Х.М. Процак³¹Івано-Франківський національний медичний університет²Центральна міська клінічна лікарня, Івано-Франківськ³ТзОВ «Арніка», Івано-Франківськ

Клінічні випадки гангренозної піодермії

Описано два випадки рідкісної форми піодермії — гангренозної піодермії. Наведено дані щодо патогенезу захворювання, диференційної діагностики, лікування.

Ключові слова

Піодермія, гангренозна форма, патогенез, лікування.

Гангренозна піодермія належить до тяжких дерматозів, перебіг якої може бути блискавичним і нерідко закінчуватись летально. Вперше цю тяжку недугу шкіри описав L.A. Bunsting (Joekerman Oleary) у США в 1932 р. [5]. Збудниками хвороби вважають золотистий стафілокок, стрептокок, рідше — дифтероїди, синьогнійну паличку тощо. Процес часто виникає у пацієнтів із виразково-некротичним колітом, лейкозом, хронічним васкулітом та іншими імунозалежними хворобами. Гангренозна піодермія зустрічається вкрай рідко. Вона починається з фурункулоподібних висипань, які швидко відкриваються (вкриваються) виразками і поширюються на периферію. Краї виразкових вогнищ набряклі, підриті, синюшно-червоного кольору, вкриті гноем. У процесі рубцювання нерідко утворюються вегетації. Хвороба часто загострюється і рецидивує, характерна локалізація відсутня [1–3]. Лікування індивідуалізоване, не завжди з бажаним ефектом [4].

За багаторічну клінічну практику ми діагностували два випадки гангренозної піодермії.

Хвора А., 35 років, сільська мешканка, поступила 25.07.1981 р. черговий раз зі скаргами на загальну слабкість, появу гнійників на правій молочній залозі, які протягом 1 тиж поширились до великих розмірів, спричиняючи біль. Температура тіла періодично підвищується до 37,5–37,8 °С. Подібні висипання виникали два роки поспіль. Появу хвороби ні з чим не пов'язує. Лікувалась у районному дерматовенерологічному диспансері з приводу фурункульозу. Під час огляду на правій молочній залозі виявлено ви-

разкову поверхню розміром 6 × 4 см (рис. 1), краї якої припідняті, застійно-червоного кольору, підриті, нещільні. Виразкова поверхня вкрита гнійно-некротичними масами, при пальпації болюча. Регіонарні лімфатичні вузли незначно збільшені, чутливі. На боковій поверхні шиї, біля мушлі вуха та на плечі зліва помітні рубцеві зміни після подібних висипань, що були рані-



Рис. 1. Хвора А. Гангренозна піодермія. Ділянка правій грудної залози

ше. За результатами обстеження у хворої виявлено виражену анемію, помірний лейкоцитоз, збільшене число нейтрофілів, паличкоядерних лейкоцитів, лімфопенію, збільшену ШОЕ (34 мм/год). Рівень глюкози в крові в межах норми. Реакція Вассермана і реакція Манту негативні. Імунологічне обстеження: CD3 — 68%; CD4 — 27%; CD8 — 24%; CD22 — 21%; CD16 — 23%; x/s — 1,42%, ЦІК 3% — 8 ОД; ЦІК 4% — 20 ОД; ЦІК 5,5% — 86 ОД; Фі — 40%; Фг — 3 ч/нейтр.; НСТ — 10; ЦК — 8. Біохімічний аналіз крові: відхилень від норми не виявлено. Рентгенографія органів грудної клітки: хронічний бронхіт. УЗД органів черевної порожнини: ознаки хронічного холециститу. Езофагогастроудоденоскопія: виразкова хвороба дванадцятипалої кишки. Колоноскопія: патологічних змін у кишечнику не виявлено. Мікроскопічно із виділень: стафілококи і стрептококи. Посів: ріст золотистого стафілокока. Хвору проконсультував терапевт: виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, анемія середньої тяжкості. Інфекціоніст та ендокринолог патології не виявили.

Встановлено діагноз: гангренозна піодермія. Хвора отримувала: преднізолон 60 мг на добу протягом 2 тиж, після стихання запальних явищ дозу препарату знижували протягом 10 днів; лінкоміцину гідрохлорид по 600 мг (2 мл) 3 рази на добу внутрішньом'язово впродовж 10 днів; алое 1 мл підшкірно; антистафілококовий гамма-глобулін; вітаміни А, Е, С і В₆; метилурацил по 1 таблетці 3 рази на добу; «Трентал» по 1 драже 3 рази на добу. Некротичні маси видалили хірургічним шляхом, на виразковій поверхні наклали пов'язку із водню пероксидом і хлоргексидином. Призначили аерозолі «Мірамістин», «Оксикорт», «Пантенол спрей»; мазі: «Аргосульфан», «Інфларкс», «Ацербін». Одночасно хвора отримувала лікування, яке призначив терапевт з приводу виразкової хвороби та анемії. Після лікування протягом понад 1 міс в умовах стаціонару хвору виписано з клінічним одужанням.

Хворий Б., 1984 р.н., поступив 7.06.2018 р. ургентно в хірургічне відділення центральної міської лікарні зі скаргами на загальну слабкість, високу температуру тіла (39 °С), появу гнійників і болючих виразок у середній третині правої гомілки та на передній поверхні грудної клітки. Хворіє з березня, коли після легкої травми на правій гомілці виник гнійник невеликих розмірів. До лікарів не звертався, змащував гнійник розчинами йоду і брильянтового зеленого. Через 10—14 днів на місці гнійника утворився рубець. На початку червня біля рубця з'явилися почервоніння, припухлість і біль. Хворого лихоманило. Через 2—3 дні припухлість відкрилась кіль-

кома норицями, з яких виділявся гній, утворилась виразкова поверхня з підритими краями. Аналогічне вогнище виникло на передній поверхні грудної клітки. Виразки поширювались, за добу виразкова поверхня збільшилась в три рази. На момент госпіталізації в хірургічне відділення загальний стан хворого середньої тяжкості, температура тіла 39,2 °С. На задньобоківій поверхні гомілки (рис. 2) виразкова поверхня розміром 6 × 10 см, шкіра навколо синюшно-червоного кольору. На передній поверхні грудної клітки виразкова поверхня розміром 5 × 12 см (рис. 3), вкрита гнійно-некротичними масами, болюча, краї підриті, з-під них виділяється гній. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені.

Встановлено діагноз: флегмона середньої третини правої гомілки, карбункул передньої поверхні грудної клітки. Хворого обстежено. Загальний аналіз крові: Нb — 90 г/л; Eг — $2,80 \cdot 10^{12}$ /л; КП — 0,96; ШОЕ — 30; ретикулоцити — 2,3%; тромбоцити — 252,0; гематокрит — 0,27; Le — $9,0 \cdot 10^9$ /л, п. — 1, с. — 70, л. — 24, м. — 4; загальний аналіз сечі — без відхилень від норми. Заг. білок — 67,9 г/л; АлАТ — 36,2 од/л; АсАт — 31,3 од/л; сечовина — 6,2 мМ/л; креатинін — 79,1 мкМ/л; білірубін — 7,4 мкмоль/л. Коагулограма: ПІ — 94,0%; АЧТЧ — 28,6; гематокрит — 0,28; фібриноген — 4,04. Глюкоза — 5,7 ммоль/л. ПЛР. Вірус гепатиту С (HCV) (якісно, кров) — виявлено. Імунологічне обстеження: CD3 — 62%; CD4 — 25%; CD8 — 25%; CD22 — 21%; CD16 — 27%; x/s — 1,48%, ЦІК 3% — 10 ОД; ЦІК 4% — 22 ОД; ЦІК 5,5% — 86 ОД; Фі — 44%; Фг — 2,0 ч/нейтр.; НСТ — 8; ЦК — 10. Посів виділень з виразок росту мікрофлори не дав. RW (РМП) негативна. На цифровій рентгенограмі органів грудної клітки в прямій передній проекції: легеневі поля без свіжих вогнищевих та інфільтративних змін. На верхівках поодинокі дрібні кальцинати. Корені структурні (структуровані), помірний перибронхіальний склероз. Синуси вільні. Діафрагма без особливостей. Серце, дуга аорти в межах вікової норми. Висновок: хронічний бронхіт. УЗД правої гомілки: вище та нище рани незначна інфільтрація тканин, чітко сформованих рідинних утворів не виявлено. УЗД органів черевної порожнини: печінка — ПЧ — 13,7 см, ЛЧ — 6,5 см, ехоструктура однорідна, внутрішньопечінкові жовчні шляхи та холедох не розширені. Жовчний міхур скорочений, без конкрементів. Підшлункова залоза не збільшена, підвищеної ехогенності. Селезінка 10,4 × 4,8 см. Нирки без ознак стазу, перенхіма 1,2—1,3 см. Вільна рідина та додаткові утвори не візуалізуються. Езофагогастроудоденоскопія: гастроезофагеальний пролапс.



Рис. 2. Хворий Б. Гангренозна піодермія. Ділянка задньобоккової поверхні правої гомілки



Рис. 3. Хворий Б. Гангренозна піодермія. Передня поверхня грудної клітки



Рис. 4. Хворий Б. Гангренозна піодермія. Лазеротерапія виразкової поверхні на грудній клітці



Рис. 5. Хворий Б. Гангренозна піодермія. Лазеротерапія виразкової поверхні правої гомілки

Колоноскопія: неспецифічний виразковий коліт, фаза загострення. Псевдополіпоз товстого кишечника. Консультація інфекціоніста: хронічний вірусний гепатит С; кардіолога: анемія, хронічний перебіг, середньої тяжкості; ендокринолога: вперше виявлений цукровий діабет.

Після нашої консультації діагноз у хворого змінено на «гангренозна піодермія, гострий перебіг». Оперативним шляхом розкрито пустули, проведено некректомію країв та чистку від гнійно-некротичних мас виразкових поверхонь. Призначено ванкоміцин, «Салофальк», «Цикло-

ферон», «Актовегін», «Глутаргін», «Нексіум», «Дексаметазон», «Альмагель», «Фуцис», «Тивортин», «Реосорбілакт», «Метрагіл», «Цефосульбін». На виразковій поверхні накладали пов'язки з «Хлоргексидином», «Теризуром», «Банеоцином», мазь «Інфлоракс». Проведено лазеротерапію (рис. 4, 5) скануючим двоканальним апаратом «Медик-2К», довжина хвилі червоного променя 659 нм, вихідна потужність 120 мВт, інфрачервоного відповідно 808 нм і 40 мВт (усього виконано 7 процедур). Після двотижневої комплексної терапії стан хворого значно покращився, на 3-й день нормалізувалась температура тіла, на 7-й день виразкова поверхня очистилась, помітна епітелізація. На 14-й день розміри виразкової поверхні зменшились, виражена епітелізація. Хворий продовжує лікуватися в умовах стаціонару.

З огляду на рідкість гангренозної піодермії і подібність виявів на шкірі до таких при інших недугах шкіри лікарі часто припускаються діагностичних помилок, насамперед у разі гострого перебігу захворювання, як і в нашому випадку, встановлюючи такі діагнози, як абсцес, флегмона, карбункул, фурункул.

Гангренозна піодермія зазвичай починається з абсцесів шкіри, які відкриваються, внаслідок чого утворюються виразки з підритими краями. Виразкова поверхня швидко поширюється на периферію. Проте *абсцес* виникає на травмованій шкірі, через яку потрапляє бактеріальна флора. В підшкірній жировій клітковині пальпуються запальний інфільтрат, який через короткий час розм'якшується, утворюється порожнина, заповнена гноєм. Після її відкриття утворюється виразка, яка відповідає величині інфільтрату.

Флегмону частіше спричиняє золотистий стафілокок. На невеликій ділянці шкіри виникають болюча припухлість і почервоніння, які супроводжуються лихоманкою, високою температурою тіла. При абсцесі і флегмоні завжди розвиваються лімфангіт та лімфаденіт. При розтинанні виразка не поширюється на периферію.

Фурункул — це гостре гнійне запалення одного волосяного фолікула, а *карбункул* — кількох. Локалізуються на шкірі, вкритій волоссям. Виникає щільний болючий інфільтрат, при відкритті якого чітко контурується некротичний стрижень (при карбункулі їх кілька). Часто є

регіонарний лімфаденіт, рідше — лімфангіт. Ця патологія може розвиватись у фізично здорових людей. Гангренозна піодермія буває у пацієнтів з тяжкими соматичними захворюваннями, зниженою реактивністю організму.

Гумозний сифіліс зазвичай діагностують у людей похилого віку. Гумозні виразки глибокі, зі щільними валикоподібними краями. На дні виразки є гумозний стрижень сірувато-жовтого кольору. При пальпації виразка не болюча, залишає по собі своєрідний втягнутий у центрі «зірчатий» рубець. Реакція Вассермана у більшості хворих позитивна.

При локалізації патологічного процесу в місцях скупчення лімфатичних вузлів гумозний сифіліс слід диференціювати з *коліквативним туберкульозом* (скрофулодерма), який здебільшого виникає в молодому віці. Захворювання виявляється неболючими вузлами у підшкірній жировій клітковині, що мають щільну консистенцію, з часом розм'якшуються і відкриваються норичами, з яких виділяється сирнистовершкова маса. Виразки не поширюються за межі вузла, краї м'які, навислі, нагадують дупло. Після них залишається типовий для скрофулодерми рубець у вигляді мостиків, перетинок («кошлаті рубці Гоше»). В більшості хворих реакція Манту позитивна.

Лейшманіоз локалізується на будь-яких ділянках шкіри, на місці укусів комарів-москітів. Спочатку виникає горбик — лейшманіома, на якій з часом формується кратероподібна виразка з фестончатими краями. Виразки рідко зливаються і утворюють виразкову поверхню. Часто виникають болючі лімфангіт і лімфаденіт. Як і при гангренозній піодермії, хвороба може тривало рецидивувати. Важливим для діагностики лейшманіозу є дані про перебування хворого в ендемічних зонах.

Своїм повідомленням ми мали на меті звернути увагу практикуючих лікарів-дерматологів на рідкісну форму хронічної піодермії — гангренозну піодермію. З огляду на соціально-економічні негаразди, вплив техногенних факторів на навколишнє середовище і людину, ріст частоти таких соціальних хвороб, як туберкульоз, вірусні гепатити, ВІЛ-інфекція, алкоголізм, наркоманія тощо, які спричиняють ослаблення імунного захисту, ймовірність діагностування випадків гангренозної піодермії досить висока.

Список літератури

1. Кожные и венерические болезни: руководство для врачей / Под ред. Ю.К. Скрипкина, В.Н. Мордовцева.— М.: Медицина, 1999.— Т. 2.— 870 с.
2. Лисюк Ю.С., Паранчишин В.М., Житинська Г.Б., Наконечний Р.Б.. Гангренозна піодермія — рідкісне після-операційне ранове ускладнення: опис 2 клінічних випадків та короткий огляд літератури // Львівський медичний часопис.— 2017.— № 1–2.— С. 60–68.
3. Машкиллейсон Л.М. Инфекционные и паразитарные болезни кожи.— М.: Медгиз, 1960.— 370 с.
4. Романенко Н.М., Кулага В.В., Афонин С.Л. Лечение кожных и венерических больных: Руководство для врачей.— М.: Медицинское информационное агентство.— 2006.— Т. 2.— 885 с.
5. Brunsting L.A., Goeckerman W.H., O'Leary P.A. Pyoderma [ecthyma] gangrenosum: Clinical and experimental observations in five cases occurring in adults // Arch. Dermatol. Syph.— 1930.— Vol. 22.— P. 655–680.

В.Е. Ткач¹, С.М. Гафійчук², М.С. Волошинович¹, А.Е. Богуш², К.М. Процак³

¹Івано-Франківський національний медичний університет

²Центральна городська клінічна лікарня, Івано-Франківськ

³ООО «Арніка», Івано-Франківськ

Клинические случаи гангренозной пиодермии

Описаны два случая редкой формы пиодермии — гангренозной пиодермии. Приведены данные о патогенезе заболевания, дифференциальной диагностике, лечении.

Ключевые слова: пиодермия, гангренозная форма, патогенез, лечение.

V.Ye. Tkach¹, S.M. Haffichuk², M.S. Voloshynovych¹, A.E. Bohush², H.M. Protsak³

¹Ivano-Frankivsk National Medical University

²Central City Clinical Hospital, Ivano-Frankivsk

³LLC «Arnika» Ivano-Frankivsk city

Clinical cases of pyoderma gangrenosum

Two cases of rare pyoderma — pyoderma gangrenosum — were described. The pathogenesis, differential diagnosis and treatment were presented.

Key words: pyoderma, gangrenous form, pathogenesis, treatment.

Дані про авторів:

Ткач Василь Євтихійович, к. мед. н., доц. кафедри дерматології та венерології Івано-Франківського національного медичного університету
76018, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2
E-mail: des1ua@gmail.com

Гафійчук Сергій Михайлович, лікар-хірург Івано-Франківської центральної міської клінічної лікарні

Волошинович Мар'ян Стефанович, к. мед. н., доц. кафедри дерматології та венерології Івано-Франківського національного медичного університету

Богуш Анатолій Євгенович, зав. хірургічного відділення Івано-Франківської центральної міської клінічної лікарні

Процак Христина Михайлівна, лікар-дерматолог ТзОВ «Арніка»