

# Случай гангренозной пиодермии

Л.И. Глебова<sup>1</sup>, Е.Н. Маляренко<sup>2</sup>, К.В. Каткова<sup>2</sup>, Е.В. Задионченко<sup>✉1</sup>, Е.В. Денисова<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия;

<sup>2</sup>Клиника им. В.Г. Короленко – филиал ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

<sup>✉</sup>z777kat@inbox.ru

## Аннотация

Описывается редко встречающаяся форма пиодермии, имеющая хроническое течение и неблагоприятный прогноз. Заболевание обычно развивается у ослабленных лиц со сниженной иммунной защитой организма и гиповитаминозом.

**Ключевые слова:** пиодермия, хроническое течение, плохой прогноз, сниженный иммунитет.

**Для цитирования:** Глебова Л.И., Маляренко Е.Н., Каткова К.В. и др. Случай гангренозной пиодермии. Consilium Medicum. 2019; 21 (12.2): 72–74. DOI: 10.26442/24143537.2019.4.190740

## Clinical Case

# Case of gangrenous pyoderma

L.I. Glebova<sup>1</sup>, E.N. Malyarenko<sup>2</sup>, K.V. Katkova<sup>2</sup>, E.V. Zadionchenko<sup>✉1</sup>, E.V. Denisova<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>Korolenko Hospital – branch of Moscow Scientific and Practical Center of Dermatology, Venereology and Cosmetology, Moscow, Russia

<sup>✉</sup>z777kat@inbox.ru

## Abstract

A rare form of pyoderma with chronic course and unfavorable prognosis is described. The disease usually develops in immunocompromised patients with reduced immune protection of the body and hypovitaminosis.

**Key words:** piodermia, chronic course of disease, poor prognosis, reduced immunity.

**For citation:** Glebova L.I., Malyarenko E.N., Katkova K.V. et al. Case of gangrenous pyoderma. Consilium Medicum. 2019; 21 (12.2): 72–74.

DOI: 10.26442/24143537.2019.4.190740

**Д**иагноз «пиодермия гангренозная» в мировой литературе имеет ряд синонимов: язвенный дерматит, язвенная серпигинирующая пиодермия, хроническая язвенная вегетирующая пиодермия. Термин «pyoderma gangrenosum» предложил Brunsting в 1930 г.

В последние годы многие исследователи считают, что в основе этого вида пиодермии лежит аллергический васкулит, а различным микроорганизмам отводят роль сенсибилизирующего фактора [1, 2]. Во многих работах отмечается связь гангренозной пиодермии с иммунными нарушениями, ревматоидным артритом, язвенным колитом, лейкокемиями [3–5].

## Клиническое наблюдение

Больной Л., 49 лет, поступил в августе 2019 г. в Клинику им. В.Г. Короленко на обследование с предположительным диагнозом «хроническая язвенно-вегетирующая пиодермия». Сопутствующие заболевания: вторичный стероидный остеопороз, гирсутизм, диффузно-узловатый зоб, хронический гастрит, гипертоническая болезнь II стадии, бронхоэктатическая болезнь.

**Жалобы при поступлении:** высыпания на коже лица, нижних конечностей.

**Анамнез заболевания.** Считает себя больным с марта 2008 г., когда впервые появился язвенный дефект на нижних конечностях, постепенно увеличивающийся в размерах. Обращался к хирургу, обследовался у онколога и фтизиатра. В 2010 г. был поставлен диагноз: хроническая глубокая язвенная пиодермия. Проведено лечение антибиотиками и кортикостероидами с временной положительной динамикой (Метипред); дозу препарата определяет самостоятельно. Последнее обострение с марта 2019 г.

В июле 2019 г. консультирован ревматологом ФГБНУ «НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой». Поставлен диаг-



Рис. 1



Рис. 2

ноз: хроническая язвенно-вегетирующая пиодермия, признаков системного васкулита не выявлено. Дерматологом направлен на стационарное лечение в Клинику им. В.Г. Короленко.

**Локальный статус при поступлении.** Патологический процесс на коже носит распространенный характер, локализуется на коже лица и передней поверхности обеих голеней. На коже лица (в области лба, надбровных дуг, переносицы) имеются рубцы и язвы до 1 см в диаметре, неправильной формы, с дном насыщенного красного цвета, обильным серозно-гнойным отделяемым (рис. 1). На коже правого виска – язва размером 5–6 см в диаметре, с подрывными краями, приподнятым воспалительным валиком по периферии, алым дном с вегетациями, вязким отделяемым серовато-желтого цвета (рис. 2). На коже левой и правой голени – круглые язвы до 5–6 см в диаметре, неправильных очертаний с синюшно-фиолетовым валиком по периферии. У язв неровные подрывные края, розово-красные грануляции на дне, некротические корки и желтое гнойное отделяемое (рис. 3, 4).

**Результаты клинико-диагностического обследования.** Билирубин общий – 2,9 мкмоль/л, белок общий – 59,7 г/л, альбумин – 32,3 г/л, глюкоза – 4,3 ммоль/л, мочевины – 3,9 ммоль/л, аспартатаминотрансфераза – 81,8 МЕ/л; аланинаминотрансфераза – 91,7 МЕ/л; холестерин – 4,5 ммоль/л; кальций – 2,2 ммоль/л; железо – 7,5 мкмоль/л; креатинин – 52 мкмоль/л; мочевая кислота – 213.

**Электрокардиограмма:** синусовая тахикардия с частотой сердечных сокращений 101 уд/мин; горизонтальное положение электрической оси сердца, признаки гипертрофии левого желудочка.

**Ультразвуковое исследование органов брюшной полости:** эхографические признаки гепатомегалии; диффузно-неоднородных изменений печени, поджелудочной железы, хронического пиелонефрита.

**Рентгенография органов грудной клетки:** хронический бронхит.

**Гистологическое исследование биоптата кожи голени в области язвенного дефекта:** биоптат представлен фрагментом кожи с наличием язвенного дефекта. В дне язвы определяются некротизированные сосуды, фибрин и густой полиморфно-клеточный инфильтрат, преимущественно состоящий из сегментоядерных нейтрофилов с примесью лимфоцитов и плазматических клеток, сливающиеся диа-



Рис. 4



Рис. 5



Рис. 3



Рис. 6

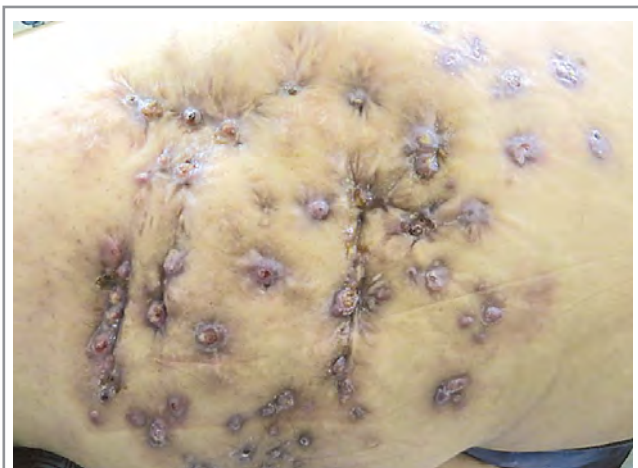


Рис. 7



Рис. 8

педезные кровоизлияния. Вблизи язвы в эпидермисе определяются очаги нейтрофильного спонгиоза. В дерме, вблизи язвы – диффузный нейтрофильный инфильтрат и разрастания грануляционной ткани.

Заключение: гистологические изменения не противоречат клиническому диагнозу «гангренозная пиодермия».

В стационаре больной получал лечение: Метипред (4 мг, таблетки) – внутрь от 16 до 24 мг/сут; натрия тиосульфат – по 300,0 до №10 внутривенно; Цефтриаксон – 1 г 2 раза в день до №5 внутримышечно; Реополиглюкин-40 раствор для инфузий – 400,0 внутривенно до №8; Цефотаксим – 1,0 внутримышечно до №10; Метрогил раствор – 100 мл 2 раза в день до №14 внутривенно; Оmez – 20 мг 1 капсула 2 раза в день; Аспаркам – 1 таблетка 3 раза в день; Меропенем – по 1,0 внутривенно 5 дней; плазмаферез №2.

На фоне проводимого лечения отмечалась незначительная положительная динамика. Элементы на коже осели, уплостились, окраска их стала более застойной. Язвы голени сократились в размерах, почти исчез гнойный налет.

Больной был выписан для продолжения лечения у хирурга по месту жительства и далее в многопрофильном ста-

ционаре, в составе которого имеется отделение гнойной хирургии.

**Дифференциальный диагноз.** Врача-клинициста обычно интересует вопрос: с какими заболеваниями возможно проводить дифференциальную диагностику этого тяжелого дерматоза?

На первый план выходят такие страдания, как скрофулодерма, бородавчатый туберкулез, третичный сифилис, актиномикоз, бластомикоз [6, 7].

*Скрофулодерма* (колликвативный туберкулез кожи) чаще возникает у молодых лиц и локализуется в области шеи. Очаги единичные, реже множественные, язвы заживая рубцами. Гистологически – инфильтрат туберкулоидной структуры, нередко у больных имеется органный туберкулез (рис. 5) [8].

*Бородавчатый туберкулез кожи* любит локализоваться на тыльной стороне кистей. Это плотные темного цвета бляшки с инфильтрацией, веррукозными разрастаниями чешуйками и корками. При сдавлении очага выделяется небольшое количество гноя (рис. 6) [9].

*Сериигнирующий бугорковый сифилид* отличается плотностью и отсутствием боли, рубцами с перемычками, положительными серореакциями на сифилис.

При *актиномикозе* – глубокие узлы деревянистой плотности. В отделяемом узлов – друзы желтоватого цвета. При микроскопии выявляют актиномицеты (рис. 7) [10].

В клинике *бластомикоза* при распаде узлов образуются язвы, а в отделяемом из них – возбудители заболевания. При гистологии – абсцессы с дрожжевыми клетками, споры гриба (рис. 8) [11].

При хронических язвенных пиодермиях прогноз не всегда благоприятный, определяется имеющимися системными заболеваниями (лейкоз, ревматоидный артрит, язвенный колит и др.). Характерны склонность к рецидивам и торпидность к проводимой терапии.

#### Литература/References

1. Королев Ю.Ф., Ходюков Э.Я. К вопросу об этиологии, патогенезе и лечении гангренозной пиодермии. Вестн. дерматологии и венерологии. 1984; 11: 11–3. / Korolev Ju.F., Khodjukov E.Ja. K voprosu ob etologii, patogeneze i lechenii gangrenoznoi piodermii. Vestn. dermatologii i venerologii. 1984; 11: 11–3. [in Russian]
2. Braswell SF, Kostopoulos TC, Ortega-Loayza AG. Pathophysiology of pyoderma gangrenosum (PG): An updated review. JAAD 2015; 73 (4): 691–8.
3. Савова И., Девев Д. Случай гангренозной пиодермии в сочетании с криоглобулинемией. Дерматология и венерология. 1990; 1: 36–8. / Savova I., Desev D. Sluchaj gangrenoznoi piodermii v sochetanii s krioglobulinemiei. Dermatologia i venerologia. 1990; 1: 36–8. [in Russian]
4. Brachachet R, Lemmel EM. Chronisch vegetierende Piodermie bei zellulärem Immundefekt. Hautarzt 1976; 27: 488–91.
5. Ruocco E, Sangiuliano S, Gravina AG et al. Pyoderma gangrenosum: an updated review. J Eur Acad Dermatol Venereol 2009; 23 (9): 1008–17.
6. Greenberg S et al. Pioderma gangrenosum. Arch Dermatol 1992; 118 (7): 502–7.
7. Zarry M et al. Pioderma gangrenosum. Immunologic findings. Arch Dermatol 1992; 118 (10): 765–73.
8. Kumar B, Kumar S. Pediatric cutaneous tuberculosis: Indian scenario. Indian J Paediatr Dermatol 2019; 19: 202–11. <http://www.ijpd.in/text.asp?2018/19/3/202/235496>
9. <http://www.universitaetssammlungen.de/uimg/large/uimg4d42ec66b2e2e.jpg>
10. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMicm1511213>
11. <https://www.dermatologyadvisor.com/home/decision-support-in-medicine/dermatology/cutaneous-blastomycosis/>

#### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Глебова Лариса Ивановна – канд. мед. наук, доц. каф. кожных и венерических болезней ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова»

Маляренко Евгений Николаевич – канд. мед. наук, зав. Клиники им. В.Г. Короленко – филиала ГБУЗ НМПЦДК

Каткова Ксения Васильевна – врач-дерматовенеролог отд-ния дерматовенерологии Клиники им. В.Г. Короленко – филиала ГБУЗ НМПЦДК

Задюченко Екатерина Владимировна – канд. мед. наук, ассистент каф. кожных и венерических болезней ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова». E-mail: z777kat@inbox.ru

Денисова Елена Валерьевна – канд. мед. наук, зам. зав. Клиники им. В.Г. Короленко – филиала ГБУЗ НМПЦДК