

В.Є. Ткач¹, М.С. Волошинович¹, О.С. Вівчаренко¹, М.М. Дрінь², Я.Р. Гаврилюк²

¹ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

²КЗ «Івано-Франківський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер»

Множинна екстрагенітальна шанкероподібна піодермія

Описано рідкісну форму хронічної піодермії — множинну екстрагенітальну шанкероподібну піодермію, клінічні ознаки, диференціальну діагностику.

Ключові слова

Піодермія, атипична форма, диференційна діагностика.

Останніми десятиріччями спостерігаються стійкі зміни в клініці й перебігу хвороб людини загалом та хвороб шкіри зокрема (патоморфоз). У практиці лікаря зустрічаються нетипові форми, що часто ускладнюють діагностику, призводять до призначення нераціональної терапії. Однією з важливих складових патоморфозу є вплив екзо- і ендогенних чинників, зокрема мікробних і вірусних агентів, автоімунних, метаболічних та генетичних факторів, токсинів, ліків, порушення обміну речовин, гомеостазу, психоемоційного напруження, хронічних хвороб [1, 5, 7, 10, 13].

Наводимо випадок рідкісної хвороби шкіри шанкероподібної (шанкероформенної) піодермії. Назву хвороба, яку в 1931 році описав Гофман, дістала через схожість клінічної картини до первинної сифіломи (твердого шанкеру). Збудником шанкероподібної піодермії є стрептокок, пізніше може приєднуватися стафілокок. Хворіють переважно чоловіки. Локалізується частіше на статевому члені, рідше на обличчі, шії, губах, повіках та інших ділянках шкіри. Описано випадки локалізації процесу на тильній частині пальця нижньої кінцівки [6, 8]. Починається хвороба з ефемерного пухира (фліктени) із серозним вмістом або пустули. Через кілька годин, добу пухир відкривається і виникає ерозія, швидко формується виразка. Як правило, хворі звертаються до лікаря уже зі сформованою виразкою. Частіше виразка поодиноким, надзвичайно рідко бувають множинні. Виразка правильної, округлої або овальної форми з чіткими,

щільними, рівними краями. В основі виразки пальпується щільний інфільтрат. Дно гладеньке, вкрите незначними слизово-гнійними виділеннями. Під час пальпації виразки неболісні. Регіональні лімфатичні вузли збільшені, щільні, неболісні, рухомі. Шкіра над ними інтактна. Ерозії протягом тижня епітелізуються, виразки — до двох тижнів, залишаються плями і нормотрофічний гладенький рубець. Нерідко хвороба рецидивує [2–4, 9, 11, 12].

Хворий Ж., 1970 року народження, сільський мешканець, робітник автодорожньої служби. Госпіталізований для стаціонарного лікування до обласного диспансеру в березні 2014 року зі скаргами на виразки біля кутів рота, на язиці. Під час вживання гострої, гарячої і твердої їжі — незначна болісність язика. Хворіє понад 6 міс, коли з'явилися виразки на шії та кінцівках, які після лікування антибіотиками, аніліновими барвниками, мазями, аерозолями з антибіотиками, глюкокортикостероїдами загоїлися гладенькими нормотрофічними рубцями (рис. 1, 2). Під час огляду хворого праворуч на ділянці кутика рота (рис. 3) є глибока виразка розміром 3 × 4 см округлої форми з дещо припіднятими краями, нерівним дном, вкритим слизово-гнійним нальотом. Пальпаторно в основі виразки виявляється ущільнення. Зліва (рис. 4) — вогнище некрозу з чіткими межами і контурами вкриті сіро-жовтими кірками, яким передувало тонкостінний міхур (фліктена). В основі вогнища пальпується ущільнення. На язиці (рис. 5) — виразка, аналогічна дефекту шкіри в правому кутику рота.



Рис. 1. Нормотрофічні рубці в ділянці шиї



Рис. 2. Нормотрофічні рубці на передпліччі



Рис. 3. Виразка розміром 3 × 4 см у ділянці кутика рта справа



Рис. 4. Вогнище некрозу з чіткими межами і контурами покрите сіро-жовтими кірками в ділянці кутика рта зліва



Рис. 5. Виразка на язичі аналогічна дефекту шкіри в правому кутику рта

У верхній її частині помітні три невеликих розмірів фліктени із серозно-гнійним вмістом. Регіонарні (підщелепні) лімфатичні вузли величиною з горошину, тугоеластичної консистенції, неболісні, рухомі. Шкіра над ними незмінена. У 2012 році хворий переніс субтотальну резекцію шлунка з приводу виразкової хвороби. Пацієнта обстежено. Загальний аналіз крові: гемоглобін — 78 г/л, еритроцити — $2,76 \cdot 10^{12}$, кольоровий показник — 0,85, лейкоцити — $3,8 \cdot 10^9$, ШОЕ 17 мм/год., паличкоядерні — 27 %, сегментоядерні — 63 %, еозинофіли — 6 %, базофіли — 1 %, лімфоцити — 21 %, моноцити — 2 %. Загальний аналіз сечі без відхилень. У калі знайдено цисти лямблій. Реакція Вассермана дворазово негативна. Полімеразна реакція на сифіліс негативна. Загальний білок — 65 г/л, альбуміни — 25 г/л, глобуліни — 24 г/л, білірубін загальний — 4,6 мкмоль/л, білірубін прямий —

6,4 мкмоль/л, креатинін — 82 ммоль/л, сечовина — 5,6 ммоль/л, АЛТ — 0,17 од./л, АСТ — 0,20 од./л, глюкоза крові — 4 ммоль/л, залізо — 9,8 мкмоль/л. Показники системного імунітету: лімфоцити (%) — 24, лімфоцити (абс.) — 1,8, CD3 (%) — 45, CD3 (абс.) — 1,44, CD4 (%) — 28, CD4 (абс.) — 0,549, CD8 (%) — 17, CD8 (абс.) — 0,380, IgA — 1,75 г/л, IgM — 1,90 г/л, IgG — 14,2 г/л. За результатами іригоскопії патологічних змін у товстій кишці не виявлено. Рентгенографія грудної клітки: патологій не виявлено. УЗД щитоподібної залози: ознаки вікової норми. Дослідження на бліду трепонеми триразове: блідої спірохети не виявлено. Дослідження серуму з дна виразок на симбіоз Плаута—Венса негативне. Мікроскопічно у виділеннях з виразок виявлено стрептокок і стафілокок. Посів на живильне середовище — ріст В-гемолітичного стрептококу та золотистого стафілококу, чутливих до неомицину, ванкомицину, фурагіну, офлоксацину, ліпозому. Консультація гематолога: анемія середньої тяжкості змішаного генезу (стан після резекції шлунка в 2012 році). Консультація онколога: у відбитках з дна виразок атипичних клітин не знайдено. У біоптаті з крайової зони виразки — виражений переваскулярний і дифузний інфільтрат з поліморфно-ядерних нейтрофілів, еозинофілів, гістіоцитів, лімфоїдних елементів, акантоз. Кровоносні та лімфатичні судини поширені, міжклітинний набряк. На підставі лабораторних даних, показників системного імунітету імунолог констатував: анемія, вторинний імунодефіцитний стан.

Хворому консиллярно встановлено остаточний діагноз: множинна екстрагенітальна шанкероподібна піодермія.

Під час дискусії висловлювалися думки щодо синдрому Бехчета—Жильбера, виразкової блискавичної піодермії, патомімії, множинних твердих шанкерів.

Синдром Бехчета—Жильбера — тяжкий автоімунний процес локалізується на статевих органах, слизовій оболонці ротової порожнини, на місцях травмованої шкіри (патаргії). Виразки різко болісні, з чіткими валикоподібними краями, вінчиком гіперемії. Дно вкрите некротичними масами. На слизових оболонках виразки часто згруповані. Окрім статевих органів, ротової порожнини, шкіри, часто уражується кон'юнктива, суглоби, нервова і серцево-судинна системи. Хвороба перебігає тривало, супроводжується лихоманкою, тяжким загальним станом.

Виразки загоюються нерівними, потворними рубцями.

Виразкова блискавична піодермія. Стан хворого тяжкий, гіпертермія. Спочатку з'являються плями, папули, міхури, які швидко перетворюються на болісні виразки, краї фіолетового кольору, дно вкрите гнійним нальотом. Виразки під впливом лікування епітелізуються, після загоєння утворюються рубці.

Патомімія (артифіціальний дерматит) — поліморфне (плями, пухирі, крововиливи, міхури, ерозії, виразки, розчухи, вузли, рубці) ураження шкіри внаслідок уведення в шкіру, накладання різних рідин, предметів, дії термічних факторів, механічних пошкоджень. Зміни на шкірі відповідають силі та характеру подразника або предмета. Виразки різноманітні на вигляд, з нерівним дном, геморагічними кірками, болісні, ділянки прилеглої шкіри з ознаками запалення. У хворих під час обстеження виявляються розлади психіки, дермато-паразито-онкофобії або ознаки симуляції.

Твердий шанкер — вияв первинного сифілісу. Виразки твердого шанкеру і шанкероформної піодермії мають подібні клінічні ознаки, а саме: неболісні, правильної форми, з чіткими межами, гладеньким дном, в основі пальпується інфільтрат, збільшення лімфатичних вузлів. Проте сифілітична виразка в основі має хрящовий інфільтрат, лімфатичні вузли у вигляді пакета, тугоеластичної консистенції. Дно виразки має полірований вигляд. Твердий шанкер, як правило, поодинокий. У середині без особливих зусиль виявляється бліда трепонема. Реакція Вассермана та інші імунологічні дослідження позитивні.

Хворому призначено комплексне лікування: «Зофлор», «Циклоферон», «Фурагін», вітамін В₁₂, «Доктовіт», «Фітосед», «Актовегін». На виразки — перексид водню, присипка «Банеоцин», гель «Солкосерил». Після тритижневого курсу лікування на місці виразок залишилися нормотрофічні рубці, на язиці виразка загоїлася безслідно. Протягом п'яти місяців хвороба не рецидивувала.

Висновки

Описано випадок рідкісної форми хронічної піодермії — множинної екстрагенітальної шанкероподібної ектими, яка розвинулася на тлі середньої тяжкості анемії та вторинного імунодефіциту. Однією з головних причин появи рідкісних атипичних форм дерматозів є зниження імунної реактивності організму, формування вторинного імунодефіциту.

Список літератури

1. Айзятупов Р.Ф. Гнойничковые болезни кожи // Журн. дерматовенерол. и косметол. им. Торсуева Н.А.— 2003.— № 1—2.— С. 56—71.
2. Актуальная дерматология / Под ред. В.П. Адашкевича.— М.: Медкнига, 2000.— С. 31—46.
3. Волкова Е.Н., Бутов Ю.С., Морозов С.Г. К проблеме иммунопатогенеза гнойничковых заболеваний кожи // Вестн. дерматол. и дерматовенерол.— 2004.— № 1.— С. 20—22.
4. Галникіна С.О. Піодермії // Інфекційні хвороби (Тернопіль).— 2009.— № 2.— С. 85—93.
5. Дашко М.О., Денисенко О.І. Показники системного імунітету у хворих на піодермії з різним клінічним перебігом // Буковинський медичний вісник.— 2015.— Т. 19, № 1.— С. 60—64.
6. Каламкарян А.А., Архангельская Е.И., Глухенький Б.Т., Масюкова С.А. Гнойничковые заболевания кожи / Ю.К. Скрипкин, В.Н. Мордовцева «Кожные и венерические болезни». 2-е изд., т. 1.— М.: Медицина, 1999.— С. 213—257.
7. Масюкова С.А., Гладько В.В., Устинов М.В. и др. Бактериальные инфекции кожи и их значение в клинической практике дерматолога // Consilium medicum.— 2004.— № 6.— С. 180—185.
8. Новиков А.И., Логинова Э.А. Болезни кожи инфекционного и паразитарного происхождения: Руководство для врачей.— М.: Медицинская книга, 2001.— 283 с.
9. Справочник дерматолога / Под ред. В.Н. Мордовцева, Ю.К. Скрипкина.— СПб: Гиппократ, 1999.— 256 с.
10. Eron L.J., Lipsky B.A., Low D.E. et al. Managing skin and soft tissue infection: expert panel recommendations key decision point // J. Antimicrob. Chemother.— 2003.— N 52.— P 3—17.
11. Jones M.E., Karlowsky J.A., Draghi D.C. et al. Epidemiology and antibiotic susceptibility of bacteria causing skin and soft tissue infections in the USA and Europe: a guide to appropriate antimicrobial treatment // Int. J. Antimicrob. Agent.— 2003.— N 22.— P 406—419.
12. Moreillon P., Que Y.-A., Glauser M.P. Staphylococcus aureus (Including Staphylococcal Toxic Shock) / Ed. by Mandell G.L., Bennett J.E., Dolin R. Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases. 6th ed.— Philadelphia: Churchill Livingstone, 2005.— P. 2321—2351.
13. Swartz M.N., Pasternack M.S. Cellulitis and subcutaneous tissue infection / Ed. by Mandell G.L., Bennett J.E., Dolin R. Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases. 6th ed.— Philadelphia: Churchill Livingstone.— 2005.— P 1172—1193.

В.Е. Ткач¹, М.С. Волошинович¹, О.С. Вивчаренко¹, М.Н. Дринь², Я.Р. Гаврилюк²

¹ГВУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет»

²КП «Ивано-Франковский областной клинический кожно-венерологический диспансер»

Множественная экстрагенитальная шанкероподобная пиодермия

Описана редкая форма хронической пиодермии — множественная экстрагенитальная шанкероподобная пиодермия, клинические признаки, дифференциальная диагностика.

Ключевые слова: пиодермия, атипичная форма, дифференциальная диагностика.

V.E. Tkach¹, M.S. Voloshynovych¹, O.S. Vivcharenko¹, M.M. Drin², Ja.R. Havrylyuk²

¹SHEI «Ivano-Frankivsk National Medical University»

²CE «Ivano-Frankivsk Regional Skin and Venereal Dispensary»

Multiple extragenital chancre-like pyoderma

A rare form of chronic pyoderma — multiple extragenital chancre-like pyoderma, its clinical features, and differential diagnosis were described.

Key words: pyoderma, atypical form, differential diagnosis.

Дані про авторів:

Ткач Василь Євтихійович, засл. лікар України, к. мед. н., доц. кафедри дерматології та венерології ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

76000, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2. Тел. (034) 222-32-27

Волошинович Мар'ян Стефанович, асист. кафедри дерматології та венерології ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Вивчаренко Оксана Степанівна, зав. лабораторії комунального закладу «Івано-Франківський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер»

Дринь Михайло Миколайович, лікар комунального закладу «Івано-Франківський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер»

Гаврилюк Ярослава Романівна, лікар-інтерн ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»