

УДК 616.5-002.33+ 616.5-078

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПІОДЕРМІЙ

Альаркан Мохаммад Ахмад

*Ужгородський національний університет, кафедра шкірних та венеричних хвороб,
м. Ужгород, Україна, e-mail: arqancom@yahoo.com*

Резюме. Піодермії (гнійничкові захворювання шкіри) залишаються актуальною проблемою сучасної дерматології, оскільки відносяться до групи дерматозів соціального характеру. Метою дослідження було вивчення особливостей клінічного перебігу піодермії. Обстежено 111 хворих на піодермії (69 чоловіків і 42 жінки) віком від 16 до 64 років. Серед обстежених хворих переважали особи фізичної праці (67,6%), професійна діяльність яких пов'язана з несприятливими умовами довкілля. Супутню патологію діагностовано у 75 (67,6%) пацієнтів. Серед різновидів піодермії найчастіше в обстежених пацієнтів відмічались поверхневі фолікуліти: 28 (25,2%) осіб. Гострий і підгострий перебіг патологічного процесу констатований у 29 (26,1%), а хронічний і хронічно-рецидивуючий – у 82 (73,9%) пацієнтів. Таким чином, клінічними особливостями піодермії є значне поширення серед осіб чоловічої статі, часте ураження кількох анатомічних ділянок, схильність до хронізації процесу та наявність патології внутрішніх органів.

Ключові слова: піодермії, клініка, поширення.

Вступ. Піодермії (гнійничкові захворювання шкіри) залишаються актуальною проблемою сучасної дерматології, оскільки відносяться до групи дерматозів соціального характеру. Це обумовлено їхнім значним поширенням (питома вага цих морбідних станів у структурі патології шкіри сягає 30 – 40%), нез'ясованістю ролі багатьох етіологічних чинників, поліморфізмом клінічних проявів, зростаючою частотою розвитку глибоких та атипичних форм, схильністю до хронічно-рецидивуючого перебігу, частим формуванням стійких рубцевих змін, торпідністю до ряду засобів терапії тощо [1-3]. Усе це негативно впливає на психоемоційний стан, якість життя та дієздатність пацієнтів [4].

Обґрунтування дослідження. Базовим джерелом гнійничкової патології шкіри визначають мікроорганізми, які контамінують і колонізують її поверхню. Мікробіоценоз інтактної шкіри представлений резидентною та транзитною мікрофлорою. Перша є стабільною та перешкоджає розмноженню патогенних мікроорганізмів. Транзиторна – не постійна та

не утворює колоній. Мікроорганізми, які її презентують, можуть стати причиною розвитку інфекційного процесу поряд з патогенними агентами, а не рідко й в асоціації з ними [5].

Виникнення та перебіг гнійничкових захворювань залежить від взаємостосунків інфекційного агента та інфікованого макроорганізму. Первинними піодерміями визнаються такі процеси, при яких шкіра навколо вогнища інфекційного ураження залишається інтактною. Вторинні гнійничкові захворювання розвиваються в ділянках попереднього пошкодження шкіри [6].

Слід зазначити, що піодермії часто виникають на тлі патології внутрішніх органів, що вимагає ретельного вивчення анамнезу та повного клінічного обстеження пацієнтів. Такі заходи забезпечать у майбутньому якісне лікування хворих на гнійничкові захворювання шкіри.

Метою дослідження було вивчення особливостей клінічного перебігу піодермії.

Матеріали та методи. Під спостереженням в умовах Закарпатського обласного шкірно-венерологічного диспансеру (м. Ужгород) знаходилось 111 хворих на піодермії (69 чоловіків і 42 жінки) у віці від 16 до 64 років. Групу контролю утворили 15 здорових осіб, співставних за статтю та віком.

У кожному окремому випадку діагноз ставився на основі клінічного обстеження пацієнта та бактеріологічного дослідження шкіри з урахуванням анамнестичних даних.

Статистична обробка результатів дослідження здійснювалася з використанням програми Statistica 12.

Наукове дослідження проводилося на засадах етичних принципів щодо досліджень із включенням людей (Гельсінська декларація) та положень рекомендацій належної клінічної практики (GCP – Good clinical practice).

Результати дослідження. Серед обстежених хворих переважали особи фізичної праці (67,6%), професійна діяльність яких пов'язана з запиленістю, забрудненістю, мацерацією шкіри, мікротравматизацією, переохолодженням і перегріванням (будівельники, вантажники, прибиральниці, різноробочі, сільськогосподарські робітники). Кількість пацієнтів, не пов'язаних з фізичною працею (студен-

ти, службовці або не працюючі), виявилась істотно меншою – 36 (32,4%) осіб. Тривалість захворювання коливалася від 1 тижня до 14 років.

Слід зазначити, що 95 (85,6%) пацієнтів раніше лікувалися в медичних закладах або самостійно. Застосовувалися системні та топічні антибіотики, анілінові барвники, методи ультрафіолетового опромінення (УФО), біостимулятори, вітаміни. Але ефективність лікування була не значною, тимчасовою або відсутньою.

Більша кількість пацієнтів (37,8%) не змогли вказати ймовірну причину виникнення піодермій (табл. 1).

Таблиця 1

Причини, які обумовили розвиток піодермій

Причини	Кількість хворих	
	абсолютна	%
Невідомо	42	37,8
Фізико-хімічні чинники (переохолодження, перегрівання, гіперінсоляція, опіки)	19	17,1
Механічні чинники (травми, тертя, розчухування)	14	12,6
Гострі респіраторно-вірусні інфекції	10	9,0
Захворювання шлунково-кишкового тракту (хронічні гастрит, гепатохолецистит, панкреатит)	9	8,2
Судинна патологія (варикозне розширення вен, тромбофлебіт)	7	6,3
Фізичне навантаження	6	5,4
Ендокринна патологія (цукровий діабет, тиреотоксикоз)	4	3,6
Всього	111	100

Серед інших чинників найчастіше фігурували фізико-хімічні (17,1%), механічні (12,6%), гострі респіраторно-вірусні інфекції (9,0%) та захворювання шлунково-кишкового тракту (8,2%).

Супутню патологію діагностовано у 75 (67,6%) пацієнтів. Морбідний стан периферичного кровообігу (варикозне розширення вен кінцівок, тромбофлебіт) діагностований у 18 (16,2%) хворих, патологія шлунково-кишкового тракту (гепато-холецистит, панкреатит, гастроуденіт, виразкова хвороба шлунку та 12-палої кишки) – у 15 (13,2%), серцево-судинної системи (стабільна ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія) – у 14 (12,6%), нервової системи (вегето-судинна дистонія, антеро-невротичний синдром, парези) – у 11 (9,9%), органів дихання (бронхіт, ларингіт) – у 9 (8,2%), ендокринної системи (цукровий діабет, тиреотоксикоз) – у 4 (3,6%), нирок і

сечовивідних шляхів (пієлонефрит, цистит) – у 3 (2,7%) осіб. Гінекологічна патологія (постоваріоектомічний синдром, полікістоз яйників) встановлена у 7 (16,7%) жінок.

Найчастіше у обстежених пацієнтів відмічались поверхневі фолікуліти: 28 (25,2%) осіб (табл. 2). Хронічна дифузна стрептодермія ідентифікувалась у 16 (14,4%), фурункули – у 15 (13,5%), стафілококове імпетиго – у 14 (12,6%), фурункульоз – у 13 (11,7%), вульгарна ектима – у 10 (9,0%), глибокі фулікуліти – у 9 (8,2%) і хронічна виразкова піодермія – у 6 (5,4%) хворих. Гострий і підгострий перебіг патологічного процесу констатований у 29 (26,1%), а хронічний і хронічно-рецидивуючий – у 82 (73,9%) пацієнтів.

Таблиця 2

Клінічні форми піодермій в обстежених хворих

Клінічні форми піодермії	Кількість хворих	
	абсолютна	%
Поверхневі фолікуліти	28	25,2
Хронічна дифузна стрептодермія	16	14,4
Фурункули	15	13,5
Стафілококове імпетиго	14	12,6
Фурункульоз	13	11,7
Вульгарна ектима	10	9,0
Глибокі фолікуліти	9	8,2
Хронічна виразкова піодермія	6	5,4
Всього	111	100

Щодо локалізації елементів, то частіше вогнища ураження у пацієнтів відмічались лише на гомілках або стегнах, відповідно – 32 (28,8%) і 21 (18,9%) хворих. Значно рідше елементи висипки локалізувалися тільки на плечах (3,6%) або передпліччях (7,2%), або кистях (2,7%) осіб. Але в той же час, досить значну питому вагу мали пацієнти з локалізацією вогнищ ураження на двох або більше топографічних ділянках кінцівок. Зокрема, одночасно стегна, гомілки, передпліччя були охоплені у 13 (11,7%) хворих; гомілки та ступні у 8 (7,2%); стегна та передпліччя у 6 (5,4%); плечі та кисті у 7 (6,3%); стегна та гомілки у 9 (8,2%) осіб.

Поверхневі фолікуліти характеризувалися дрібними (3-5мм) поверхнево розташованими пустулами, пов'язаними з фолікулярним апаратом, конусоподібної форми з густим гнійним вмістом жовтуватого кольору. Навколо елементів відмічався гіперемований обідок шириною 1-2 мм. Пустули мали щільну, напружену покривку. Крім того, були наявні ерозії, гнійні кірочки, вторинні гіперпігменто-

вані плями та білувато-сірого кольору лусочки. Глибокі фолікуліти відрізнялися більшими розмірами (5-10 мм у діаметрі) та глибиною ураження. Еритематозний обідок навколо капсул сягав 3-5мм і був синюшно-червоного кольору. Також спостерігались атрофічні рубці, гнійні кірочки. Хворі відзначали досить відчутну болючість.

Хронічна дифузна стрептодермія проявлялась еритематозно-ексудативним вогнищем розміром до 8-15 см і чіткими межами з оточуючою шкірою. У його центрі були наявні жовтувато-сірого кольору кірочки-лусочки, а по краю – порожнинні елементи з серозно, серозно-гнійним і гнійним вмістом. По периферії вогнища ураження виділявся обідок відшарованого епідермісу.

Фурункули характеризувалися гострим гнійно-некротичним запаленням волосяного фолікула та перифолікулярної тканини і формуванням запального вузла діаметром 3-5 см з перифокальною еритемою та набряком. У деяких елементах відбувалося відходження «некротичного стрижня» з утворенням кратероподібної виразки з нерівним дном, вкритим грануляціями та гнійними нашаруваннями. Цей процес супроводжувався виразною болючістю. Фурункульоз мав рецидивуючий перебіг і проявлявся окремими фурункулами, котрі знаходились на різних етапах розвитку, та поодинокими або множинними нормо- чи гіпертрофічними рубцями.

Стафілококове імпетиго характеризувалося пустулами, які мали напівсферичну форму, щільну та напружену покривку, серозно-гнійний або гнійний або гнійний вміст і оточуючий обідок гіперемії. Були також наявні окремі ерозивно-кірочкові елементи.

Вульгарна ектима проявлялась окремими глибокими пустулами, не пов'язаними з фолікулярним апаратом. Деякі елементи трансформувались у виразки, які мали округлу або овальну форму та інфільтровані краї, що підвищувалися над поверхнею шкіри. Їхнє дно вистилало м'які грануляції і воно нерідко, частково було вкрите слизово-гнійним виділенням. Деякі виразки кровоточили.

Хронічній виразковій піодермії було притаманно формування значних за розмірами виразок (до 5-7см), що мали неправильні контури, щільні обривисті або підриті краї, нерівне, вкрите некротично-гнійними масами дно. Навколо виразок відмічались інфільтративний валік і еритема синюшно-червоного кольору.

Обговорення результатів. Піодермії – найчастіші захворювання в дерматологічній практиці [7]. Численні фактори (бідність, порушене харчування, скупчення, недостатня гігієна тощо) обумовлюють виникнення їх у

країнах низького економічного розвитку. Мають також значення окремі чинники довкілля [8].

Більшість епідеміологічних досліджень свідчать про частіший розвиток цієї патології серед осіб чоловічої статі [9], подібно до отриманих нами результатів.

Слід зауважити значне поширення коморбідної патології серед пацієнтів із піодерміями, що, ймовірно, обумовлює порушення загального та місцевого імунітету.

Висновки. Клінічними особливостями піодермії є значне поширення серед осіб чоловічої статі, часте ураження кількох анатомічних ділянок, схильність до хронізації процесу та наявність патології внутрішніх органів.

References:

1. Kutasevich YaV, Oleynik NA. Antibakterialnaya terapiya v lechenii gnoynichkovykh zabolevaniy kozhi. Ukr Zhurnal Dermatologii, venerologii, Kosmetologii. 2011;4:67-69. (in Russian)
2. Zapolski MYe, Lebedyuk MN, Prokofyeva NB et al. Differencialno-diagnosticheskiye I klinicheskiye osobnosti gangrenoznoy piodemii. Ukr Zhurnal Dermatologii, venerologii, Kosmetologii. 2016;4: 82-88. (in Russian)
3. Roschenyuk LV, Vladyka AS, Voroncov VM . et al. Dematozy u bolnykh s chronicheskoy pochechnoy nedosttochnosti v usloviyah primeneniya metodov dializnoy zamestitelnoy terapii. Ukr Zhurnal Dermatologii, venerologii, Kosmetologii. 2014;3(54):130-133. (in Russian)
4. Kurtzman D, Vlengels RA, Callen J. Approach to and Management of the Neutrophic Dermatoses Curr. Dermatol.Rep. 2016;1:18-29.
5. Skov L, Baadsgaard O. The potential role of Staphylococcus aureus superantigens in atopic eczema. J. Dermatol. Venereol. 2006; 17: 255-258.
6. Denysenko OI. Zastosuvannya kremu Tryakutan v kompleksnomu likuvanni alerodermatoziv, uskladnennyh bakterialnoyu infekciyeu. Ukr Zhurnal Dermatologii, venerologii, Kosmetologii. 2007;3(26):50-52. (in Ukrainian)
7. Singh ThN, Devi KhS, Singh Ng B. Bacteriological study of pyoderma in RIMS hospital. Journal of Medical Society. 2005;19:109–112.
8. Arora B, Ranjan KP, Arora DR. Prevalence of methicillin resistant Staphylococcus aureus (MRSA) in post operative wound infections in a referral hospital in Haryana, India. Infect. Dis. Antimicrob. Agents. 2008;25:123–127.
9. Gandhi S, Ojha AK, Ranjan KP. Clinical and Bacteriological Aspects of Pyoderma. North American Journal of Medical Sciences. 2012;4(10):492-495.

УДК 616.5-002.33+ 616.5-078

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПИОДЕРМИЙ

Альаркан Мохаммад Ахмад

Ужгородський національний університет, кафедра шкірних та венеричних хвороб, м. Ужгород, Україна, e-mail: arqancom@yahoo.com

Резюме. Пиодермии (гнойничковые заболевания кожи) остаются актуальной проблемой современной дерматологии. Цель исследования – изучение особенностей клинического течения пиодермий. Обследовано 111 больных пиодермиями (69 мужчин и 42 женщины) возрастом 16-64 года. Среди обследованных больных доминировали лица физического труда, профессиональная деятельность которых связана с неблагоприятными факторами. Сопутствующую патологию диагностировано у 67,6% пациентов. Среди разновидностей пиодермий доминировали поверхностные фолликулиты (25,2%).

Острое и подострое течения заболевания констатировано в 26,1% больных, а хроническое и хроническо-рецидивирующее – у 73,9% случаях.

Выводы. Клиническими особенностями пиодермий есть широкое распространение среди лиц мужского пола, частое поражение нескольких анатомических зон, частая хронизация процесса, наличие патологии внутренних органов.

Ключевые слова: пиодермии, клиника, распространенность.

UDC 616.5-002.33+ 616.5-078

CLINICAL FEATURES OF PYODERMIA COURSE

Alarqan Mohammad Ahmad

Uzhgorod National University, Department of Skin and Venereal Diseases, Uzhhorod, Ukraine, e-mail: arqancom@yahoo.com

Abstract. Cutaneous bacterial infection is divided into primary and secondary type. Primary infections have a characteristic morphology and course, caused by a single organism, and arise in normal skin. Primary infections are most frequently incited by coagulase positive Staphylococci or

beta-haemolytic streptococci. They are also the most common invaders in secondary infection.

Pyodermia is one of the most common clinical conditions encountered in dermatological practice. Primary pyodermias are impetigo, folliculitis, furuncle, carbuncle, ecthyma, erthyasma, and sycosis barbae. Secondary pyodermias constitute tropic ulcer, infected pemphigus, infected contact dermatitis, infected scabies, and various other dermatoses infected with organisms. Various factors like poverty, malnutrition, overcrowding, and poor hygiene have been stated to be responsible for its higher incidence in the lower socio-economic class. Climatic conditions also play a major role.

Changing trends are being noted in the etiological aspects of primary pyodermia, and the problem of emergence of drug resistance strains is an even increasing one. Most common organism usually isolated in pyoderma is *Staphylococcus aureus*, which may be either methicillin-sensitive (MSSA) or methicillin-resistant (MRSA). MRSA is an important health care associated pathogen. Many of these isolates are becoming multidrug resistant. All β -lactams including carbapenams and high-end cephalosporins, piperacillin, tazobactam etc. are ineffective against MRSA. Knowledge of prevalence of MRSA and their current anti-microbial profile becomes necessary in the selection of appropriate empirical treatment of these infections.

Pyodermia has become a significant cause of skin infections. When the natural defense system of the body breaks down due to trauma, after invasive procedures, or chemotherapy, the normally benign bacteria can cause infection.

The aim of our study was evaluation of clinical features of pyodermia course.

One hundred and eleven patients with pyodermia were observed in this study. We used all clinical and laboratory tests for recognition of pyodermia.

Among all observed patients were 69 males and 42 females, aged 16-64 years. More often pyodermia was diagnosed in physical profession persons. In 67.6% patients the comorbid conditions (inner organs pathology) were diagnosed.

Among all types pyodermias the most often were superficial folliculitis. Acute and subacute course of this disease was established in 25.1% cases, chronic and recidives – in 73.9% cases.

Conclusions. The clinical features of pyodermia course include high prevalence among males, frequent involving into pathological process different anatomical zones, high level of its chronization, inner organs co-morbidity.

Keywords: pyodermia, diagnosis, prevalence.

Стаття надійшла до редакції 11.04.2018 р.