

## SUMMARY

MODERN VIEW OF THE COMORBIDISM OF MYCOSIS AND  
CHRONIC DERMATOROSIS

A.N.Bilovol, A.A.Berehova, I.A.Burlaka

**Objective.** To examine the comorbidity of fungal skin infections with chronic dermatoses.

**Material and methods.** Presents clinical cases features of chronic dermatoses in combination with mycotic infection.

**Results and discussion.** It is necessary to consider comorbidity mycotic processes and chronic dermatoses and in accordance with the protocols of medical care, it is advisable to conduct a survey, in some cases, treatment for prevention of mycotic process (under the control of laboratory studies). Availability in practice of dermatologists of qualitative research (microscopic crops on pit-a-tive environment) has certain advantages that allow you to quickly interpret the results and to conduct a rational treatment.

© І.О.Чаплик-Чижо, О.О.Сизон

УДК 616.5 - 002.3

## ВИПАДКИ ПІОДЕРМІЙ З ПРАКТИКИ ДЕРМАТОЛОГА

І.О.Чаплик-Чижо, О.О.Сизон

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

**Мета роботи.** Вказати необхідність комплексного клініко-лабораторного та інструментального обстеження хворих з гнійничковими ураженнями шкіри.

**Матеріали і методи.** Впродовж 2015 року було проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження та лікування 77 хворих на піодермії з наявністю різної супутньої патології. Приведено кілька випадків піодермії, при яких при незначному розширенні діагностичної програми було виявлено супутню патологія, яка докорінно змінила подальшу тактику лікування.

**Результати.** Було виявлено зростання захворюваності серед жителів міст чоловічої статі віком 19-29 років, особливо спостерігали переважання первинних стафілодермії. Почастішали глибокі форми піодермії з подальшим рубцюванням на фоні різних коморбідних станів, що спричиняє як косметичні, психологічні, так соціальні проблеми у хворих.

**Актуальність теми**

На сьогодні в економічно розвинених країнах хворі на піодермії становлять 1/3 серед усіх пацієнтів, які страждають інфекційними захворюваннями [1, 4, 12]. У дітей захворюваність на піодермію набага-

то вища, ніж у дорослих і становить 25-60% від загального числа захворювань дерматозами в цьому віці [1, 10, 11]. В Україні захворюваність на піодермії складає від 17 до 43% та характеризується значними площами ураження, резистентністю до

терапії, частою хронізацією [4, 5, 8]. Близько 30% пацієнтів з піодерміями тимчасово втрачають працездатність [1, 6, 9]. Дерматовенерологи інколи забувають, що піодермії розвиваються на фоні вторинного імунodefіциту при ряді супутніх захворювань: ендокринні, обмінні захворювання, порушення з боку органів травлення та інші [2, 3, 7]. Необізнаність лікарів нерідко приводить до діагностичних помилок при веденні пацієнтів з локалізацією піодермій різного генезу на одній і тій ж ділянці шкіри. При цьому пацієнтам призначають лікування згідно протоколів, не вивчивши причини, а інколи й першопричини такого патологічного стану.

#### **Мета роботи**

Акцентувати увагу лікарів на необхідності комплексного клініко-лабораторного та інструментального обстеження хворих з гнійничковими ураженнями шкіри.

#### **Матеріали та методи**

Впродовж 2015 року було проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження та лікування 77 хворих на піодермії з наявністю різної супутньої патології. У даній роботі ми привели кілька випадків піодермій, коли при незначному розширенні діагностичної програми було виявлено супутню патологію, яка докорінно змінила подальшу тактику лікування.

#### **Результати та їх обговорення**

При обробці статистичних даних пацієнтів з піодерміями у Львівській області було виявлено зростання захворюваності серед жителів міст чоловічої статі віком від 19 до 29 років, особливо спостерігали переважання первинних стафілодермій. Почастішали глибокі форми піодермій з подальшим рубцюванням на фоні різних коморбідних станів, що спричиняє як косметичні, психологічні, так соціальні проблеми. Приводимо випадки піодермій. *Хворий К., 77 років*, пенсіонер, звернувся в поліклініку у липні 2015 року зі скаргами на висипання на обличчі, помірний свербіж, відчуття печії в ділянці висипань, часте сечовипускання. Хворіє протягом 3 місяців, відколи вперше після бриття помітив появу висипань в ділянці бороди, вусів

і щік. Лікувався народними методами без задовільного ефекту. На шкірі ділянки бороди, вусів, щік спостерігаються на запальному та інфільтрованому фоні множинні згруповані фолікуліти, остіофолікуліти. Місцями ерозії з гнійними виділеннями, гнійно-кров'яні кірки, які відпадають без утворення рубців. Супутні захворювання: гіпертонічна хвороба ІІа ст. При обстеженні виявлено: загальний аналіз крові: гемоглобін – 104 г/л, еритроцити – 3.9 Т/л, кольоровий показник – 0,9, лейкоцити – 3,8Т/л, (еозинофіли – 3%, паличкоядерні – 49%, сегментоядерні – 24%, базофіли – 0%, лімфоцити – 20 %, моноцити – 4%), ШОЕ – 31мм/год. Загальний аналіз сечі – без змін. Рівень глюкози крові – 5,1 ммоль/л. Реакція Вассермана – негативна. При рентгенографії грудної клітки – патології не виявлено. Бактеріологічно – золотистий стафілокок, чутливий до цефалоспоринів. Дослідження ПСА – 28нг/мл. УЗДтрансректальне простати: гіпоехогенні зони в тканині простати. Консультація уролога: рак простати. Диференційна діагностика проводилась з сикозоформною екземою (менше виражені гостро запальні явища, свербіж та мокнуття) та паразитарним сикозом (характерне більш гостре протікання без рецидивів, наявність виступаючих вузлів та позитивні шкірні проби з трихофітоном). Діагноз: Звичайний сикоз (*Sycosis vulgaris*) (L73.8.0). Хворому призначено зовнішні антибактеріальні засоби (гель мупіроцину 1% 2 рази на день 10 днів). З приводу виявленого новоутвору простати скерований в онкодиспансер. *Хвора І., 19 років*, студентка, звернулася до дерматовенеролога зі скаргами на висипання на обличчі, інтенсивний свербіж. З анамнезу відомо, що хворіє 5 днів, коли після укусу комара з'явилися висипання з тенденцією до поширення; не лікувалась. При огляді загальний стан середньої важкості, температура тіла 37°C, головний біль, запаморочення. Об'єктивно на шкірі щік наявні вогнища з поодинокими фліктенами, наповненими мутнуватим вмістом, місцями нашарування солом'яно-жовтих кірок. При пальпації генералізоване збільшення лімфатичних вузлів. Супутні захворювання за-

перечує. З анамнезу життя хаотичні статеві стосунки. При обстеженні виявлено: загальний аналіз крові: гемоглобін – 110 г/л, еритроцити – 4,0 Т/л, кольоровий показник – 1,0, лейкоцити – 8,2 Т/л, (еозинофіли – 1%, базофіли – 0%, паличкоядерні – 7%, сегментоядерні – 54%, лімфоцити – 33%, моноцити – 5%), ШОЕ – 5мм/год. Загальний аналіз сечі – без змін. Реакція Вассермана – негативна. Рівень глюкози крові – 4,3 ммоль/л. Рентгенографія грудної клітки – патології не виявлено. Бактеріологічно – стрептокок, чутливий до макролітів. ІФА до ВІЛ – позитивне. Хвора скерована на консультацію в СНІД-центр, для встановлення діагнозу та подальшого лікування. Диференційна діагностика проводилась між стафілококовим імпетиго (відсутні висипання прив'язані до волосяних фолікулів, брудно-зелені кірки), імпетигіозними сифілідами (спостерігається при вторинному сифілісі, локалізується на волосистій частині та обличчі, відсутність інфільтрату та позитивні серологічні реакції на сифіліс), бешихою (еритема з чіткими, припіднятими краями у вигляді «язиків полум'я», гаряча на дотик; печія). Діагноз: Стрептококове імпетиго (*impetigostreptogenes*) (L01.0). Призначено азитроміцин 500 мг 1 раз на день 5 днів, лактіале 2 капсули 1 раз на день 10 днів, зовні – мазь пімафукорт 2 рази на день, 10 днів; протирати не уражену шкіру розчином мірамістину. Хвора Т., 55 років, звернулась до дерматолога зі скаргами на висипання на обличчі, набряк, біль, відчуття печії в ділянці висипань. Хворіє протягом тижня, коли на фоні здоров'я підвищилась температура тіла до 39°C, з'явилися висипання на обличчі. На шкірі правої щоки інфільтрована яскраво-червона еритема з чіткими припіднятими краями та нашаруванням гнійних кірок. Вогнище блідне до центру, гаряче на дотик, набрякле. Визначаються збільшені та чутливі при пальпації лімфовузли шії. При обстеженні: загальний аналіз крові: гемоглобін – 106 г/л, еритроцити – 4,2 Т/л, кольоровий показник – 0,9, лейкоцити – 17,3 Т/л, (еозинофіли – 2%, базофіли – 1%, паличкоядерні – 12%, сегментоядерні – 64%, лімфоцити – 20%, моноцити – 1%),

ШОЕ – 22мм/год. Глюкоза крові – 4,2ммоль/л, антистрептолізин О – 400МЕ/мл, ревматоїдний фактор – 22 Од/мл, С-реактивний білок – 15 мг/л. Загальний аналіз сечі – без відхилень. Реакція Вассермана негативна. Рентгенографія грудної клітки – патології не виявлено. Бактеріологічно – бета-гемолітичний стрептокок. Консультація отоларинголога: Хронічний тонзиліт в стадії декомпенсації. Дані прояви ми диференціювали з: оперізуючим лишаєм (везикулярні висипання по ходу гілок трійничного нерва, пульсуючий біль), багатоформною ексудативною еритемою (симетричне ураження, ціанотичний відтінок по центру, поліциклічність, часто спостерігаються міхурі); сонячною стійкою еритемою (менш гострі вогнища з лущенням, дрібними папулами, геморагіями, кірочками, відсутність загальних явищ). Діагноз: Бешиха обличчя (*Erysipelas*) (A46). Призначено бензилпеніциліну натрієву сіль 1 млн. Од внутрішньозалево що 6 годин 10 днів, мутафлор 1 капсулі 2 рази на день 14 днів; зовні – примочки з риванолу (1:1000) 2 рази на день 5 днів. Хвора О., 66 років, звернулась до дерматовенеролога зі скаргами на висипання на обличчі, набряк, помірний свербіж. Хворіє 2 дні, коли з'явилися перші висипання, не лікувалась. На шкірі кінчика яскраво-червона вогнище з нечіткими краями, пустулами та гнійними кірками. Супутні захворювання – не вказує. При лабораторному обстеженні виявлено: загальний аналіз крові: гемоглобін – 110 г/л, еритроцити – 4,1 Т/л, кольоровий показник – 1,0, лейкоцити – 6,8 Т/л (еозинофіли – 1%, базофіли – 0, паличкоядерні – 8%, сегментоядерні – 56%, лімфоцити – 24 %, моноцити – 11%), ШОЕ – 15 мм/год. Загальний аналіз сечі без відхилень. Реакція Вассермана негативна. Рівень глюкози крові 3 ммоль/л. Рентгенографія грудної клітки – патології не виявлено. Бактеріологічно – стрептокок, стафілокок, чутливий до циклоспоринів. Зішкрібна Demodex – не виявлено. Диференціацію проводили з: демодекозом (почервоніння, папули та пустули), фурункулом (щільний, болючий інфільтрат, некротичний стрижень), імпетиго

(нашарування медових кірок). Діагноз: Піодермія обличчя (Piodermia) (L08.0). Призначено гель мупіроцину 1% 2 рази на день 10 днів. Хвора скерована на консультацію до ендокринолога для встановлення діагнозу та подальшого лікування.

#### Висновок

За результатами аналізу трьохрічного спостереження за поширеністю гнійничкових уражень шкіри у мешканців Львівської області констатовано зростання кількості хворих на глибокі піодермії. З поданих вище випадків з практики можемо

зробити висновки, що піодермії різного генезу, навіть однієї і цієї ж локалізації (в даному випадку – шкіри обличчя) часто ідуть в комплексі з іншими загальними захворюваннями такими, як цукровий діабет, хронічний тонзиліт, СНІД, онкологічні захворювання. Часто піодермії виникають на тлі вторинних імунодефіцитів. Отже, при обстеженні пацієнтів з піодерміями слід розширювати план обстежень з метою виявлення причини вторинного імунодефіциту і визначення тактики лікування.

#### Список літератури

1. Бактериальные инфекции кожи и их значение в клинической практике дерматолога / С.А. Масюкова, В.В. Гладько, М.В. Устинов и др. // Consilium Medicum. – 2004. – № 3. – Р. 183-185.
2. Белькова Ю.А. Пиодермии в амбулаторной праткике /Ю.А. Белькова // Клин. микробиол и антимикроб, химиотер. – 2005. – Т. 7, № 3. – С. 255-270.
3. Бубнова Н.А. Инфекции кожи и подкожной клетчатки. Хирургические инфекции: руководство / Н.А. Бубнова, С.А. Шляпников / Под ред. И.А. Ерюхина, Б.Р. Гельфанда, С.А. Шляпникова. – СПб., 2003. – С. 379-409.
4. Бухарин О.В. Пиодермии / О.В. Бухарин, А.В. Вальшев. – М., 2006. – 62 с.
5. Волобуева Л.М. Біологічна характеристика та імуносупресивні властивості стафілококів-збудників піодермій: автореф. дис... канд. мед. наук: 03.00.07 / Л.М. Волобуєва. – Х., 2000. – 20 с.
6. Гладько В.В. Пиодермия: этиопатогенез, диагностика, клиника, лечение и профилактика: Учебное пособие / В.В. Гладько, С.А. Масюкова, Н.Н. Кахишвили. – М.: ГИУВ МО РФ, 2010. – 55 с.
7. Кахишвили Н.Н. Пиодермия: патогенез, клиника, лечение и профилактика у военнослужащих : автореферат дис. ... доктора мед. наук : 14.01.10 / Н.Н. Кахишвили. – Москва, 2011. – 50 с.
8. Коган Б.Г. Опыт клинического применения перорального цефалоспорино III поколения Цефодема в лечении острых и хронических форм пиодермии / Б.Г. Коган, Е.А. Верба // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія : видання для лікаря-практика. – К. : Аван-пост-Прим, 2005 – С. 74-76.
9. Федорич П.В. Піодермія / П.В. Федорич // Therapia. Український медичний вісник : науковий журнал. – 2012. – № 10. – С.11-21.
10. Clinical and microbial characteristics of invasive Streptococcus pyogenes disease in New Caledonia, a region in Oceania with a high incidence of acute rheumatic fever / S. Le Hello, A. Doloy, F. Baumann [et al.] // J. Clin. Microbiol. – 2010. – Vol. 48, № 2. – Р. 526-530.
11. Clinical and microbiological characteristics of severe Streptococcus pyogenes disease in Europe / B. Luca-Narari, J. Darenberg, S. Neal [et al.] // J. Clin. Microbiol. – 2009. – Vol. 47, № 4. – Р. 1155-1165.
12. Epidemiology of invasive Streptococcus pyogenes infections in France in 2007 / A. Lepoutre, A. Doloy, P. Bidet [et al.] // J. Clin. Microbiol. – 2011. – Vol. 49, № 12. – Р. 4094-4100.
13. Lynskey N.N. New understandings in Streptococcus pyogenes / N.N. Lynskey, R.A. Lawrenson, S. Sriskandan// Curr. Opin. Infect. Dis. – 2011. – 24, № 3. – Р. 196-202.

## SUMMARY

## PYODERMA CASES FROM THE PRACTICAL EXPERIENCE OF DERMATOLOGIST

I.O.Chaplyk-Chyzho, O.O.Syzon

**Objective.** Identify the need for an integrated clinical-laboratory and instrumental examination of patients with pustular skin lesions.

**Material and methods.** During 2015 it was carried out a comprehensive clinical and laboratory examination and treatment of 77 patients with pyoderma with the presence of various comorbidities. Powered pyoderma several cases from his, in which with a slight expansion of the diagnostic program comorbidity was found, which fundamentally changed the further tactics of leche-patients.

**Discussion.** Increased incidence was identified among the male inhabitants of cities in the age of 19-29 years, especially the observed prevalence of primary stafilodermy. Participation forms deep pyoderma to further scarring on the background of various comorbid conditions that cause as cosmetic, psychological and social problems in patients.

## РЕЗЮМЕ

## СЛУЧАИ ПИОДЕРМИЙ ИЗ ПРАКТИКИ ДЕРМАТОЛОГА

И.О.ЧАПЛЫК-ЧЫЖО, О.О.СЫЗОН

**Цель работы.** Указать необходимость комплексного клинико-лабораторного и инструментального обследования больных с гнойничковыми поражениями кожи.

**Материал и методы.** На протяжении 2015 года было проведено комплексное клинико-лабораторное обследование и лечение 77 больных пиодермией с наличием разной сопутствующей патологии. Приведено несколько случаев пиодермий, при которых при незначительном расширении диагностической программы была выявлена сопутствующая патология, которая коренным образом изменила дальнейшую тактику лечения больных.

**Результаты.** Выявлен рост заболеваемости среди жителей городов мужского пола в возрасте 19-29 лет, особенно наблюдалось преобладание первичных стафилодермий. Участились глубокие формы пиодермий с дальнейшим рубцеванием на фоне разных коморбидных состояний, что вызывает как косметические, психологические, так и социальные проблемы.