

Хирургическое лечение больного хронической язвенно-вегетирующей пиодермией

И.В. Борисов, Ю.А. Амирасланов

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва

Контакты: Игорь Викторович Борисов boris-62@list.ru

В статье представлен опыт успешного лечения больного с довольно редким для хирургического стационара и отделения гнойной хирургии заболеванием — хронической формой язвенно-вегетирующей пиодермии. Изучив отечественную и зарубежную литературу, мы встретили описание лечения больного 72 лет. В данном клиническом наблюдении показано лечение больного 74 лет с хронической язвенно-вегетирующей пиодермией.

Ключевые слова: язвенно-вегетирующая пиодермия, хирургическое лечение

Surgical treatment in a patient with chronic pyoderma gangrenosum et vegetans

I.V. Borisov, Yu.A. Amiraslanov

A.V. Vishnevsky Institute of Surgery, Ministry of Health of Russia, Moscow

The paper describes the experience of successful treatment in a patient with chronic pyoderma gangrenosum et vegetans, a rather rare disease at surgical hospital and a department of purulent surgery. The authors have encountered a description of treatment in a 72-year-old patient in the Russian and foreign literature. This clinical observation shows how a 74-year-old patient with chronic pyoderma gangrenosum et vegetans is treated.

Key words: pyoderma gangrenosum et vegetans, surgical treatment

В клинике гнойной хирургии нередко приходится сталкиваться с острыми гнойничковыми заболеваниями кожи (острыми пиодермиями). Мы представляем клиническое наблюдение больного хронической язвенно-вегетирующей пиодермией. Эта разновидность гнойничковых заболеваний кожи относится к хронической форме глубокой пиодермии смешанной стрепто-стафилококковой этиологии. Ее развитию способствуют тяжелые иммунодефицитные состояния, связанные с сопутствующими заболеваниями, интоксикации (язвенный колит, злокачественные опухоли внутренних органов, лимфомы, алкоголизм, наркомания). Чаще всего это заболевание встречается у пациентов в возрасте от 40 до 60 лет.

Хроническая язвенно-вегетирующая пиодермия продолжается в течение очень длительного времени (месяцы и даже годы) с периодами улучшения и обострения процесса. Поражение кожи локализуется в основном на волосистой части головы, верхних конечностях, лобке, подмышечных и паховых областях, коже голеней. Поражения кожи носят упорный язвенный характер с подрытыми неровными краями. Язвы имеют вяло гранулирующее дно с обильными чрезмерно выступающими вегетациями с неприятно пахнущим серозно-гнойным отделяемым. Кожа вокруг язвенных поверхностей воспаляется. На ней можно

видеть фолликулярные и нефолликулярные поверхностные пустулы, местами сливающиеся в сплошные поля поражения, покрытые гнойными корками, из-под которых отделяется серозно-гнойный экссудат. Процесс распространяется, захватывая все новые участки кожного покрова, сопровождаясь болезненностью, ограничениями движений в конечности. После заживления язв остаются грубые рубцы. Гистологически наряду с гнойным воспалением имеются очаги типа гранулематозного инфильтрата с наличием плазматических клеток, лимфоцитов, гистиоцитов, эозинофилов и нейтрофилов.

Традиционное лечение хронической пиодермии проводится дерматологами по принципам лечения васкулита. Помимо обязательной системной антибиотикотерапии назначают кортикостероидные препараты, цитостатики, иммуномодуляторы, препараты, улучшающие микроциркуляцию кожи, гепатопротекторы. Для наружного лечения используют аэрозоли (полькортолон, оксиконазол и др.), мази, содержащие антибиотики и сульфаниламиды (дермазин, бактробан, аргосульфам, левомеколь и др.), топические комбинированные глюкокортикоидные препараты с противовоспалительным и антибактериальным действием (целестодерм-В, тридерм и др.). Из физиотерапевтических методов применяют гелий-неоновый лазер [1].

В литературе имеется сообщение о 72-летнем мужчине с хронической язвенно-вегетирующей пиодермией, у которого в течение 2 лет прогрессировало поражение на ягодицах, и хирургическое лечение было выбрано в связи с неэффективностью консервативных мероприятий. После радикального иссечения пораженных тканей была выполнена аутодермопластика с хорошим послеоперационным результатом без рецидива заболевания [2].

Приводим **клиническое наблюдение** больного 74 лет с хронической язвенно-вегетирующей пиодермией.

В 2004 г. по поводу рака предстательной железы пациенту проведена комбинированная химио- и лучевая терапия. В августе 2013 г. в быту получил ушибленную рану латеральной поверхности правой голени. В области раны образовался воспалительный инфильтрат с постепенным увеличением ее в размерах и усилением болей. Лечился амбулаторно без эффекта. В октябре 2013 г. консультирован в Институте хирургии им. А.В. Вишневского. Госпитализирован для уточнения диагноза и проведения биопсии.

Поступил с жалобами на боли в области язвы в нижней трети правой голени, слабость. Температура тела нормальная. Из сопутствующих заболеваний: ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь III степени, ожирение III степени, подагра. Также диагностировали нарушение толерантности к глюкозе.

Местный статус: правые голень и стопа отечны, +2 см. По латеральной поверхности правой голени в нижней трети гнойно-некротическая язва размерами 18 × 17 см с подрытыми неровными краями, покрытая сливающимися в сплошные поля поражения пустулами с обильным серозно-гнойным экссудатом, плотными участками некроза кожи и грануляциями с налетом фибрина. Кожа вокруг язвы была воспалена, болезненна при пальпации (рис. 1). Пульсация сосудов и периферическая иннервация на нижних конечностях сохранены.



Рис. 1. Вид язвы. Линией отмечена граница иссечения гнойно-некротического очага



Рис. 2. Вид раны после хирургической обработки гнойно-некротического очага



Рис. 3. Хирургически удаленный материал для патогистологического исследования

В общем анализе крови отмечали лейкоцитоз $10,1 \times 10^9/\text{л}$ с увеличением палочкоядерных нейтрофилов до 14,5 %; скорость оседания эритроцитов 25 мм/ч. В биохимическом анализе крови — умеренное повышение глюкозы до 6,66 ммоль/л, гипопроteinемия с общим белком 56 г/л. На рентгенограмме костей правой голени костно-травматических и костно-деструктивных изменений не выявлено. По данным дуплексного исследования сосудов нижних конечностей — исследованные поверхностные и глубокие вены обеих нижних конечностей полностью проходимы. Атеросклероз артерий нижних конечностей. Стеноз устья левой задней большеберцовой артерии 60 %.

30.10.2013 единым блоком проведено иссечение язвы в пределах здоровых тканей до фасции (рис. 2, 3). По данным патолого-гистологического исследования — препарат представлен обширными участками гнойного расплавления и некрозов. Местами определялись грануляции с наличием плазматических клеток, гистиоцитов



Рис. 4. Вид раны (повторная госпитализация)

и эозинофилов. Признаков малигнизации, а также специфического воспаления не выявлено. При микробиологическом исследовании из очага выделена полимикробная флора — *Streptococcus* sp. (В-гемолитический стрептококк) 10^8 КОЕ/г, *Enterococcus faecalis* 10^2 КОЕ/г и *Staphylococcus epidermidis* 10^2 КОЕ/г. Была назначена системная антибактериальная терапия (амоксиклав внутривенно). Также проводились антикоагулянтная терапия (фраксипарин) и местное лечение (перевязки с раствором бетадина). В результате воспалительные явления на правой голени уменьшились. Болевой синдром купирован. Выписан с обширной послеоперационной раной на амбулаторное лечение с целью подготовки к аутодермопластике.



Рис. 5. Вид раны после повторной хирургической обработки

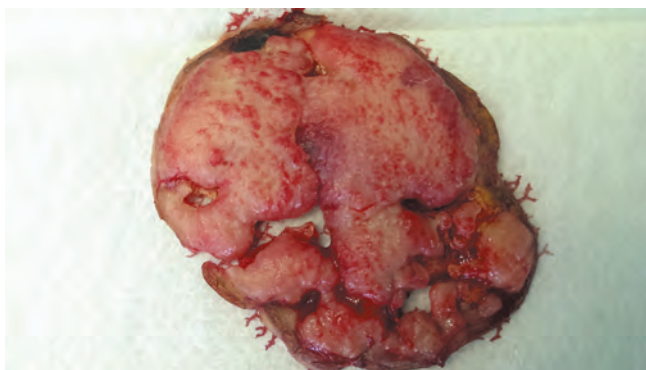


Рис. 6. Хирургически удаленный материал для патогистологического исследования



Рис. 7. Вид раны (третья госпитализация)

Консультирован в Государственном научном центре дерматовенерологии и косметологии Минздрава России — подтвержден диагноз хронической язвенно-вегетирующей пиодермии. Рекомендовано продолжение курса антибактериальной терапии, назначение антигипоксантов (актовегин), а также добавление к местной терапии оксиконазола и аргосульфана.

В феврале 2014 г. при контрольном осмотре пациент отметил улучшение общего состояния и отсутствие болей в области раны. На латеральной поверхности правой голени в нижней трети сохранялась рана, дном которой были выступающие над большей поверхностью разрастания гипергрануляций с налетом фибрина. Местами имелись плотные участки некрозов белесовато-серого цвета (рис. 4). Было решено провести повторную хирургическую обработку.

11.02.2014 произведено повторное иссечение раны до фасции (рис. 5, 6). По данным патогистологического исследования — дно язвенного дефекта представлено некротизированной тканью с подлежащими микрогрануляциями и рубцеванием. В области краев раны — рубцовая ткань. При интраоперационном микробиологическом исследовании из очага выделены *Enterococcus faecalis* — 10^2 КОЕ/г, *Staphylococcus epidermidis* — единичные колонии, а также обнаружены анаэробные микроорганизмы — *Bacteroides fragilis*. В связи с этим после операции назначена системная антибактериальная терапия (метронидазол), также продолжено местное лечение раны (раствор бетадина). В результате проведенного лечения воспалительные явления уменьшились. Проведение аутодермопластики было отложено до полного купирования воспаления и перехода раневого процесса во 2-ю фазу течения.

Осмотрен в апреле 2014 г. Локально — сохранялась рана на правой голени с краевой эпителизацией, выполненная гипергрануляциями с участками некроза (рис. 7). 25.04.2014 проведена повторная хирургическая обработка раны (иссечение раны) с аутодермопластикой расщепленными перфорированными кожными трансплантатами. По данным патогистологического исследования — поверхность язвы покрыта фибриноидно-некротическими массами, под которыми находится слой



Рис. 8. Результаты лечения (через 3 мес после аутодермопластики) грануляционной и рубцовой ткани, содержащей остатки шовного материала с формирующимися вокруг них

гранулемами инородных тел. При интраоперационном микробиологическом исследовании из очага выделен *Enterococcus faecalis* (10 КОЕ/г). Для профилактики лизиса трансплантатов и нагноения послеоперационной раны проведен курс антибактериальной терапии (амписид, метронидазол). Также в послеоперационном периоде проведен курс преднизолона внутривенно по 25 мг ежедневно в течение 2 нед с последующим переводом на прием внутрь в течение 2 нед с постепенным снижением дозы до полной его отмены. Послеоперационное течение гладкое. Кожные трансплантаты практически полностью прижили. Осмотрен через 3 мес. Рана полностью зажила первичным натяжением (рис. 8).

В заключение хотелось отметить, что диагностика хронической язвенно-вегетирующей пиодермии может представлять значительные трудности, что приводит к длительному лечению. Безусловно, требуется дальнейшее наблюдение за пациентом и накопление клинического опыта.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Пнойничковые заболевания кожи. Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание. Под ред. Ю.С. Бу-

това, Ю.К. Скрипкина, О.Н. Иванова. М., 2013. Гл. 13, с. 165–191.
2. Radoš J., Paštar Z., Rudman F. et al.

Pyoderma chronica vegetans treated with mesh skin grafting. Acta Dermatovenerol Croat 2011;19(3):180–2.