

Применение комплексной терапии в лечении язвенно-некротического поражения кожи. Клиническое наблюдение

А. Б. Рябушенко¹, И. А. Матвеев^{1, 2}, А. О. Матренинских^{1, 2}

¹ ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 1», Россия, 625023,
Тюмень, ул. Котовского, д. 55

² ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, 625023,
Тюмень, ул. Одесская, д. 54

Контактное лицо: Александр Борисович Рябушенко, ryabush_alexandr@mail.ru

Гангренозная пиодермия — редкий хронический воспалительный нейтрофильный дерматоз со сложным и малоизученным этиопатогенезом, для которого характерно специфическое поражение кожи с эволюционным полиморфизмом. В статье рассмотрен вариант тяжелой рецидивирующей гангренозной пиодермии. Описана тактика обследования и лечения пациента, а также проблемы, с которыми столкнулись при коррекции консервативной терапии и применении оперативного лечения данного заболевания.

Ключевые слова: язвенно-некротическое поражение, гангренозная пиодермия, рецидив заболевания, дифференциальная диагностика, хирургическое лечение.

Для цитирования: Рябушенко А. Б., Матвеев И. А., Матренинских А. О. Применение комплексной терапии в лечении язвенно-некротического поражения кожи. Раны и раневые инфекции. Журнал им. проф. Б. М. Костюченка. 2026; 13 (1): 40–45.

DOI: 10.25199/2408-9613-2026-13-1-40-45.

The use of complex therapy in the treatment of ulcerative necrotic skin lesions. Case report

A.B. Ryabushenko¹, I. A. Matveev^{1, 2}, A. O. Matreninskih^{1, 2}

¹ GBUZ TO «Regional Clinical Hospital No. 1»,
55 Kotovsky Str., Tyumen, 625023, Russia

² Tyumen State Medical University of the Ministry of Health,
54 Odesskaya str., Tyumen, 625023, Russia

Pyoderma gangrenosa (GP) — a rare chronic inflammatory neutrophilic dermatosis with a complex and poorly understood etiopathogenesis, which is characterized by a specific skin lesion with an evolutionary polymorphism. The article considers a case of severe recurrent gangrenous pyoderma. The tactics of examination and treatment of the patient are described, as well as the problems encountered during the correction of conservative therapy and the use of surgical treatment of this disease.

Keywords: ulcerative necrotic lesion, pyoderma gangrenosa, disease recurrence, differential diagnosis, surgical treatment.

For citation: Ryabushenko A. B., Matveev I. A., Matreninskih A. O. The use of complex therapy in the treatment of ulcerative necrotic skin lesions. Case report. Wounds and wound infections. The Prof. B. M. Kostyuchenok Journal. 2026; 13 (1): 40–45.

Введение

Гангренозная пиодермия (ГП) — редкий хронический воспалительный нейтрофильный дерматоз со сложным и малоизученным этиопатогенезом, для которого характерно специфическое поражение кожи с эволюционным полиморфизмом. Заболевание может проявляться как одиночное поражение, обычно в месте травмы, либо в виде нескольких одновременно возникших гнойных очагов на коже. У пациентов с ГП может наблюдаться хроническое рецидивирующее течение или самостоятельно обратимое заболевание [1, 2].

В практике врачей-хирургов язвенно-некротическое воспаление кожи встречается достаточно часто. Причинами воспаления и некроза кожи могут быть окклюзия артерий или вен, инфекция кожи (бактериальная, грибковая), онкологическое поражение кожи или ГП.

ГП было впервые описано в 1930 г. Brunsting в клинике Mayo. Частота встречаемости ГП колеблется от 3 до 10 случаев на 1 млн популяции в год. Чаще болезнь регистрируют у взрослых в возрасте от 20 до 50 лет, преимущественно у женщин. В детском возрасте ГП

диагностируют в 4,0–4,6 % всех случаев заболевания [3–5], патогенез которого связан с гиперреактивностью нейтрофилов, увеличением содержания в этих клетках интерлейкинов 8 и интерлейкинов 16. Часто клиническая картина начинается с появления на коже после предшествующей легкой травмы стерильной пустулы кожи, которая, увеличиваясь, изъязвляется, а при вторичном инфицировании на поверхности появляется гнойное отделяемое. Кожа, граничащая с язвой, обретает фиолетовую окраску, а сама язва отличается резкой болезненностью. В начальных стадиях характерно наличие скопления нейтрофилов с образованием микроабсцессов, периваскулярной инфильтрации лимфоцитами, приводящих к развитию некроза тканей кожи. Чаще поражается кожа голеней, туловища, также могут вовлекаться слизистые. Отмечена тенденция поражения кожи, богатой подкожной жировой клетчаткой. Диагноз ГП ставится методом исключения, в первую очередь, инфекции и онкологической патологии кожи. В 30,0 % случаев заболевание протекает неблагоприятно, несмотря на интенсивное лечение глюкокортикоидами и цитостатиками, часто имеет место присоединение вторичной инфекции раневой поверхности, что в еще большей степени затрудняет диагностику и лечение язвенно-некротического поражения кожи [6, 7].

Клиническое наблюдение

Пациент, 55 лет, заболел в июне 2016 г. На латеральной поверхности левого бедра появилась пустула, что сам пациент связывает с ранее выполненным медикаментозным кодированием по поводу хронической экзогенной интоксикации. Далее пустула вскрылась, кожа вокруг нее воспалилась, начали проявляться общие признаки воспаления. На момент поступления в клинику, раневой процесс занимал 1/3 латеральной поверхности бедра. В анамнезе у пациента отсутствовали установленные хронические заболевания. Была применена привычная хирургическая тактика и выполнена некрэктомия. Спустя 2 сут после оперативного вмешательства область раневой поверхности увеличилась и стала занимать 2/3 латеральной поверхности бедра с переходом на заднюю поверхность (рис. 1), что свидетельствует о реакции патергии, т.е. гиперчувствительной реакции к минимальной травме [7].

Далее было решено придерживаться консервативной тактики ведения пациента, включая ежедневные перевязки с местным применением гормональных растворов (преднизолон 30 мг/мл 2 мл), с переходом на повязки с мазью Офломелид. В дополнение к терапии пациент прошел курс гипербарической оксигенации в количестве 10 сеансов [8]. Придерживаясь данной тактики лечения, замечена положительная динамика в виде появления очагов эпителизации раневой поверхности (рис. 2). Общий срок терапии до полного закрытия раны занял 1,5 мес (рис. 3).



Рис. 1. Исходное состояние раны левого бедра
Fig. 1. Initial condition of the left thigh wound



Рис. 2. Состояние раны левого бедра спустя 4 нед терапии
Fig. 2. The condition of the left hip wound after 4 weeks of therapy



Рис. 3. Состояние раны левого бедра спустя 1 год
Fig. 3. The condition of the left thigh wound after 1 year



Рис. 4. Рецидив заболевания на грудной клетке
Fig. 4. Recurrence of the disease on the chest

Повторно с ГП пациент столкнулся в 2024 г. На кожной поверхности в области груди появилась пустула, которую больной вскрыл. После повреждения кожа воспалилась, повысилась температура до 38 °С, появилась слабость. Также начало заболевания пациент связал с повторно проведенным медикаментозным кодированием от алкогольной зависимости. В течение нескольких дней кожа в данной области начала изъязвляться с появлением гнойного отделяемого на поверхности раны и покрываться плотной корочкой. Пациент был госпитализирован в хирургическое отделение городской больницы по месту жительства, где начата системная антибактериальная терапия, выполнены этапные некрэктомии, но без положительного эффекта. С ухудшением состояния, спустя 2 нед от начала заболевания, пациент был направлен в ОКБ №1 Тюмени для дальнейшего лечения. К тому моменту зона поражения занимала всю переднюю поверхность грудной клетки с захватами подмышечных областей и ограничивалась струпом по периферии (рис. 4). Проводимые на ранних этапах некрэктомии способствовали увеличению площади раневого дефекта, в связи с чем было решено от них воздержаться. Также неоднократно с поверхности раны брали посевы на микробиологическое исследование — без обнаружения микрофлоры.

Пациент консультирован смежными специалистами: дерматологом, аллергологом, эндокринологом, ревматологом, был направлен запрос на телемедицинскую консультацию в ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России. Так же выполнен ряд диагностических обследований для исключения сопутствующей патологии и дифференциальной диагностики заболевания [9–12]. Согласована дальнейшая тактика ведения пациента в виде: ежедневных перевязок раневой поверхности с растворами антисептиков, в дальнейшем с многокомпонентными мазями на

полиэтиленгликолевой основе, назначена системная гормональная терапия преднизолоном 30 мг/мл по 1 мл 2 раза в сут, начался курс гипербарической оксигенации в количестве 10 сеансов. На фоне терапии появилась положительная динамика, отторжение струпов, окаймляющих раневую поверхность, площадь раневой поверхности без тенденции к увеличению, в центре начали появляться островки эпителизации (рис. 5, 6).

Пациент находился на стационарном лечении в течение 3-х мес. Постоянно корректировались дозы гормональной терапии, с разницей в 1 мес был проведен повторный курс гипербарической оксигенации. К моменту



Рис. 5. Состояние раны грудной клетки спустя 2 нед
Fig. 5. Chest wound condition after 2 weeks



Рис. 6. Появление эпителизации раны спустя 3 нед
Fig. 6. The appearance of wound epithelialization after 3 weeks



Рис. 8. Состояние раны спустя 1,5 нед от возобновления терапии
Fig. 8. The condition of the wound after 1.5 weeks from the resumption of therapy



Рис. 7. Появление новых очагов некроза
Fig. 7. The appearance of new foci of necrosis

выписки рана на передней поверхности грудной клетки эпителизовалась на 65,0 %.

Пациент выписан на амбулаторное лечение под наблюдение хирурга и эндокринолога с рекомендациями продолжения гормональной терапии и продолжением перевязок до полного заживления раны. В городской больнице по месту жительства произошла корректировка гормональной терапии, что привело к остановке процесса эпителизации раны и появлению новых очагов некроза (рис. 7). В связи с чем было принято решение о повторном переводе пациента в нашу клинику.

Восстановление ранее принимаемой терапии и дополнительный курс гипербарической оксигенации смогли возобновить процесс заживления раневой поверхности. Новые очаги в околопупочной области регенерировали за 1,5 нед терапии (рис. 8). Рана на передней поверхности



Рис. 9. Состояние раны спустя 1,5 мес терапии
Fig. 9. The condition of the wound after 1.5 months of therapy

грудной клетки полностью эпителизовалась за 1,5–2 мес (рис. 9).

Пациент выписан домой в удовлетворительном состоянии. При осмотре через 3 мес рана передней поверхности груди полностью эпителизована, гормональная терапия отменена. Новых язвенно-некротических очагов кожного покрова не отмечалось.

Заключение

Некротизирующая пиодермия является редкой патологией в клинической практике хирурга.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки

Funding. The study had no sponsorship.

Описанное клиническое наблюдение ГП относится к тяжелым по течению и обширным по зоне поражения кожи передней поверхности грудной клетки. Комплексная консервативная и местная терапия, включающая системное длительное лечение глюкокортикоидами (преднизолон), курсы гипербарической оксигенации и местное медикаментозное лечение (ежедневные перевязки растворами антисептиков и многокомпонентными мазями на полиэтиленгликолевой основе), привели к достижению ремиссии заболевания.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Елькин В. Д., Седова Т. Г., Плотникова Е. В., Жукова А. А. Гангренозная пиодермия: патогенетические ассоциации и клинические проявления, особенности течения у детей. Клиническая дерматология и венерология. 2022; 21 (2): 207–213. [Elkin V. D., Sedova T. G., Plotnikova E. V., Zhukova A. A. Pyoderma gangrenosum, pathogenetic associations, clinical presentation, and course features in children. *Rus J Clin Dermatol Vener.* 2022; 21 (2): 207–213. (In Russ.)] doi: 10.17116/klindermat202221021207
2. Губонина И. В., Гриневич В. Б., Рамазанова С. Р. и др. Клинический случай гангренозной пиодермии — тяжелого внекишечного проявления болезни Крона. Альманах клинической медицины. 2023; 51 (4): 253–258. [Gubonina I. V., Grinevich V. B., Ramazanova S. R., et al. A clinical case of pyoderma gangrenosum as a severe extraintestinal manifestation of Crohn's disease. *Alm Clin Med.* 2023; 51 (4): 253–258. (In Russ.)] doi: 10.18786/2072-0505-2023-51-028
3. Brunsting L. A., Goeckerman W. H., O'Leary P. A. Pyoderma (echthyma) gangrenosum: clinical and experimental observations in five cases occurring in adults. *Arch Derm Syphilol.* 1930; 22: 655–680. doi: 10.1001/archderm.1930.01440160053009
4. Ruocco E., Sangiuliano S., Gravina A. G., et al. Pyoderma gangrenosum: an updated review. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2009; 23 (9): 1008–1017. doi: 10.1111/j.1468-3083.2009.03199.x
5. Седов В. М., Андреев Д. Ю., Парамонов Б. А. и др. Гангренозная пиодермия как хирургическая проблема. Вестник хирургии им. И. И. Грекова. 2010; 169 (3): 111–116. [Sedov V. M., Andreev D. Yu., Paramonov B. A., et al. Pyoderma gangrenosa as a surgical problem. *Bulletin of Surgery named after I. I. Grekov.* 2010; 169 (3): 111–116. (In Russ.)]
6. Нефедьева Ю., Зиганшин О., Козавчинская Н., Сысаков Д. Клиническое наблюдение: гангренозная пиодермия. Врач. 2018; (7): 51–53. [Nefedieva Yu., Ziganshin O., Kozavchinskaya N., Sysakov D. Clinical observation: pyoderma gangrenosa. *Doctor.* 2018; (7): 51–53. (In Russ.)] doi: 10.29296/25877305-2018-07-11
7. Хэмм Р. Л. Раны. Диагностика и лечение: атлас-справочник / Гер. с англ. под ред. В. А. Митиша, Ю. С. Пасхаловой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. — 536 с. [Hamm R. L. Wounds. *Diagnosis and treatment: atlas-handbook / Gp. from English.* Edited by V. A. Mitish, Yu. S. Paskhalova, Moscow: GEOTAR-Media, 2023, 536 p. (In Russ.)] doi: 10.33029/9704-5950-8-WDT-2021-1-536
8. Хэбиф Т. П. Кожные болезни: Диагностика и лечение / пер. с англ. под общ. ред. А. А. Кубановой. 2-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2007. — С. 580–583. [Habif T. P. *Skin diseases: Diagnosis and treatment / translated from English, under the general editorship of A. A. Kubanova.* 2nd ed. M.: MEDpress-inform, 2007. — pp. 580–583. (In Russ.)]
9. Патрушев А. В., Самцов А. В., Барбинов В. В. и др. Гангренозная пиодермия: трудности в диагностике и терапии. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2014; 1: 25–29. [Patrushev A. V., Samtsov A. V., Barbinov V. V., et al. Pyoderma gangrenosa: difficulties in diagnosis and therapy. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases.* 2014; 1: 25–29. (In Russ.)] doi: 10.25208/0042-4609-2014-0-1-22-49
10. Шельгин Ю. А., Ивашкин В. Т., Ачкасов С. И. и др. Клинические рекомендации. Болезнь Крона (K50), взрослые. Колопроктология. 2023; 22 (3): 10–49. [Shelygin Yu. A., Ivashkin V. T., Achkasov S. I., et al. Clinical recommendations. Crohn's disease (K50), adults. *Coloproctology.* 2023; 22 (3): 10–49 (In Russ.)] doi: 10.33878/2073-7556-2023-22-3-10-49
11. Елькин В. Д., Митрюковский М. Л., Седова Т. Г. Избранная дерматология. Редкие дерматозы и дерматологические синдромы. В кн.: Иллюстрированный справочник по диагностике и лечению дерматозов. Пермь, 2004. — 946 с. [Yelkin V. D., Mitryukovsky M. L., Sedova T. G. Selected dermatology. Rare dermatoses and dermatological syndromes. In: *An illustrated guide to the diagnosis and treatment of dermatoses.* Perm, 2004. — 946 p. (In Russ.)]
12. Вулф К., Джонсон Р., Сюрмонд Д. Дерматология по Томасу Фицпатрику. Атлас-справочник / Пер. с англ. Е. А. Окишевой, А. В. Снеговской, Е. Р. Тимофеевой. 2-е изд. М.: Практика, 2007. — С. 861–862. [Wolfe K., Johnson R., Surmond D. *Thomas Fitzpatrick dermatology. Atlas-handbook / Translated from English by E. A. Okisheva, A. V. Snegovskaya, E. R. Timofeeva.* 2nd ed. M.: Praktika, 2007. — pp. 861–862. (In Russ.)]

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Рябушенко Александр Борисович – врач-хирург отделения гнойной хирургии ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 1», Тюмень, Россия

ORCID: 0009-0006-9903-6098

Ryabushenko Alexander Borisovich – surgeon at the Purulent Surgery Department of the Regional Clinical Hospital No. 1, Tyumen, Russia

Матвеев Иван Анатольевич – д. м. н., доцент, заведующий кафедрой факультетской хирургии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, Тюмень, Россия

ORCID: 0000-0003-1312-1971

Matveev Ivan Anatolyevich – MD, Associate Professor, Head of the Department of Faculty Surgery, Tyumen State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, Tyumen, Russia

Матренинских Анастасия Олеговна – врач-хирург отделения гнойной хирургии ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 1», ассистент кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Тюмень, Россия

ORCID: 0009-0003-5587-8427

Anastasia Olegovna Matreninskikh – surgeon at the Purulent Surgery Department of the Regional Clinical Hospital No. 1, Assistant at the Department of Faculty Surgery, Tyumen State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, Tyumen, Russia

Авторы: А. Б. Рябушенко,
И. А. Матвеев, А. О. Матренинских

*Authors: A.B. Ryabushenko,
I.A. Matveev, A.O. Matreninskikh*

Участие авторов:

Концепция и дизайн – А.Б. Рябушенко,
И. А. Матвеев, А.О. Матренинских
Сбор и обработка материала – И. А. Матвеев,
А.О. Матренинских
Написание текста – И. А. Матвеев,
А. О. Матренинских
Редактирование – А. Б. Рябушенко,
И. А. Матвеев

Authors' contribution:

*Concept and design – A. B. Ryabushenko,
I. A. Matveev, A. O. Matreninskikh
Material collection and processing –
I. A. Matveev, A. O. Matreninskikh
Text writing – I. A. Matveev,
A. O. Matreninskikh
Editing – A. B. Ryabushenko, I. A. Matveev*