

©В. В. КЕРНИЧНИЙ<sup>1,2</sup>, Ю. С. КРАВЧУК<sup>1,2</sup>, О. В. ЗАГРОДСЬКИЙ<sup>2</sup>Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова<sup>1</sup>  
КНП "Хмельницька обласна лікарня" ХОР<sup>2</sup>

## Гангренозна піодермія як позакишковий прояв неспецифічного виразкового коліту

Гангренозна піодермія – це рідкісний позакишковий прояв неспецифічного виразкового коліту. Визначено, що гангренозна піодермія розвинулась у 0,6 – 2,1 % пацієнтів з виразковим колітом. Вона виникає у формі одного або декількох еритематозних папул або пустул із подальшим формуванням некрозу дерми та глибоких гнійних виразок. Може проходити паралельно з початком активності виразкового коліту або перебігати незалежно від нього. У статті представлено результати власного клінічного спостереження випадку гангренозної піодермії у хворого з неспецифічним виразковим колітом, характер перебігу та особливості лікування. Встановлено, що гангренозна піодермія як позакишковий прояв неспецифічного виразкового коліту зустрічається вкрай рідко і характеризується наявністю складного, часто рецидивуючого перебігу, що складно піддається лікуванню.

**Ключові слова:** неспецифічний виразковий коліт; позакишкові прояви; гангренозна піодермія.

В Україні у 2015 р. захворюваність на хронічні запальні захворювання кишечника (ХЗК) (число вперше встановлених діагнозів) серед усього населення становила 1728 випадків, серед яких 1368 – неспецифічний виразковий коліт (НВК), 360 – хвороба Крона (ХК), показники на 100 тис. всього населення становили 3,2 та 0,8 відповідно. Привертає увагу неоднакове поширення НВК та ХК за різними областями України. Найвищі показники НВК у 2015 р. були виявлені у Вінницькій (39,9), Хмельницькій (38,0) та Чернігівській (30,3) областях, водночас в інших областях цей показник коливався в межах від 12,4 до 28,7 на 100 тис. усього населення [1].

**Мета роботи:** продемонструвати клінічний випадок гангренозної піодермії як позакишкового прояву неспецифічного виразкового коліту.

Неспецифічний виразковий коліт (виразковий коліт, НВК) – це хронічне запальне захворювання товстої кишки невідомої етіології з рецидивуючим перебігом, яке характеризується прогресивним гнійно-геморагічним запаленням слизової, підслизової та м'язової оболонки кишечника, яке розповсюджується проксимально від прямої кишки та супроводжується розвитком позакишкових проявів хвороби і розвитком місцевих та системних ускладнень. Позакишкові прояви (ПКП) є досить рідкісним явищем при ВК. Вони включають такі патологічні стани, як: ураження шкіри та слизових оболонок (вузлова еритема, гангренозна піодермія, афтозний стоматит); ураження очей (епісклерит, увеїт, кон'юнктивіт, кератит, іридоцикліт, ретробульбарний неврит); ураження суглобів (периферична та аксіальна артропатія); порушення метаболізму кісткової тканини (низька кісткова

маса і остеопороз); ураження печінки та жовчних проток (неспецифічний реактивний гепатит, первинний склерозуючий холангіт, холангіокарцинома); бронхопультмонарні порушення [2].

Гангренозна піодермія (ГП) – рідкісний позакишковий прояв НВК. Ураженню часто передують травма з участю феномену, відомого як патергія (поява болючих виразкових дефектів внаслідок незначного травмування). ГП може виникнути на будь-якій ділянці тіла, у тому числі на статевих органах, але найбільш поширені ділянки розташовані на гомілкях та біля стоп. Спочатку вона набуває форми одного або декількох еритематозних папул або пустул, але подальший некроз дерми призводить до розвитку глибоких виразок, що містять гнійний матеріал, який є стерильним на культурі до розвитку інфекції рани. Визначено, що ГП розвинулась у 0,6 – 2,1 % пацієнтів з ВК [3, 4]. ГП може проходити паралельно з початком активності основного захворювання ВК або перебігати незалежно від нього. Існує кілька варіантів ГП: класичний або виразковий, пустульозний, бульозний та вегетативний або гранулематозний. У частини пацієнтів спостерігають лише один підтип, в інших – одночасне поєднання декількох підтипів ГП [5–7]. Треба пам'ятати, що ГП – це діагноз виключення і може бути встановлений невірно у суттєвому відсотку випадків [8]. Гістопатологічні дані при ГП є неспецифічними, але біопсія може допомогти виключити інші специфічні захворювання шкіри.

Хворий Ф., 34 роки, у січні 2021 р. госпіталізований у проктологічне відділення КНП «ХОЛ» ХОР зі скаргами на біль у животі, тенезми, діарею близько 8–10 разів на добу, домішки крові в калі. З анамнезу відомо, що хворіє впродовж року, відко-

## ВИПАДОК З ПРАКТИКИ

ли вперше виникли періодична діарея та дискомфорт у животі. Стан погіршився впродовж місяця, внаслідок чого хворого госпіталізували у проктологічне відділення.

Анамнез життя – без особливостей. Наявність шкідливих звичок, а також таких захворювань, як цукровий діабет, туберкульоз, венеричні захворювання, ВІЛ/СНІД, хворобу Боткіна заперечує. Гемотрансфузій впродовж останніх 12 місяців не було. Наявність попередньо проведених оперативних втручань заперечує. Алергологічний та генетичний анамнези не обтяжені. У контакті з інфекційними хворими не перебував.

Об'єктивно при госпіталізації: загальний стан хворого середнього ступеня тяжкості, температура тіла 37,1 °С. Свідомість ясна, положення в ліжку активне. Будова тіла за нормостенічним типом (ІМТ – 18). Шкіра та видимі слизові оболонки блідо-рожевого кольору, помірної вологості, чисті, без висипань. Периферичні набряки відсутні. Підшкірна жирова клітковина розвинена достатньо. Периферичні лімфатичні вузли не пальпуються. Тонус та сила м'язів в нормі, симетрична з обох сторін. Деформації кісток немає. Суглоби правильної форми, рухи в повному обсязі, безболісні. Грудна клітка нормостенічної конституції, симетрична, еластична. Тип дихання змішаний, права і ліва половини грудної клітки в однаковій мірі беруть участь в акті дихання. ЧД – 18/хв. Голосове тремтіння однакове в симетричних ділянках. Перкуторно відмічається ясний легеневиий звук над усією поверхнею легень. Аускультативно визначається везикулярне дихання в симетричних ділянках. Дихальні шуми та хрипи відсутні, шум тертя плеври не прослуховується. Пульс 78 уд/хв, ритмічний, помірного напруження, задовільного наповнення, достатньої величини. АТ – 120/70 мм. рт. ст. При огляді та пальпації серцевої ділянки деформацій грудної клітки не відмічається. Верхівковий поштовх пальпується в V міжребер'ї на 1 см до середини від лівої середньоключичної лінії. Перкуторно межі відносної та абсолютної серцевої тупості відповідають віковій нормі. При аускультатії тони серця ритмічні, звучні. I тон на верхівці приглушений. II тон на легеневиї артерії та аорті не змінений. III і IV тони не прослуховуються. Тон відкриття мітрального клапана відсутній. Розщеплення і роздвоєння тонів, побічних патологічних шумів немає. Язик вологий, чистий. Живіт симетричний, округлої форми, рівномірно бере участь в акті дихання. Перкуторно – тимпанічний звук. При пальпації м'який, помірно болючий у лівих відділах. Перистальтика вислуховується. Нижній край печінки – по краю реберної дуги, селезінка

не пальпується. Симптоми подразнення очеревини негативні. Сечопускання вільне, не болюче. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Фізіологічні виділення без особливостей.

Проктологічний статус: шкірні покриви в періанальній ділянці не змінені. Анус закритий. Rectum: огляд болючий, тонус анального сфінктера не порушений.

Ректороманоскопія: тубус ректоскопа заведено на відстань 20 см. Слизова прямої кишки та дистального відділу сигми – набрякла, гіперемійована. Стінки помірно ригідні. Складчастість та рельєф відсутні. Відзначаються формування псевдополіпів та кровоточивих грануляцій на тлі множинних зливних геморагій, множинних зливних ерозій та виразок, виражена контактна кровоточивість, фіброзні нашарування на стінках кишки. Тонус стінок відсутній. У просвіті гній та кров.

Результати лабораторних обстежень: загальний аналіз крові від 16.01.2021 р.: гемоглобін 125 г/л, еритроцити 4,02 Т/л, кольоровий показник 0,94, лейкоцити 11,5 Т/л, ШОЕ 20 мм/год, тромбоцити 852 Т/л. Глюкоза в крові натще від 18.01.2021 р.: 5,2 ммоль/л. Загальний аналіз сечі від 16.01.2021 р.: колір світло-жовтий, прозора, питома вага 1013, рН – 6, білок – відсутній, перехідний епітелій – 1–2 в полі зору, лейкоцити – 3–7 в полі зору, еритроцити змінені – 1–2 в полі зору. Коагулограма від 18.01.2021 р.: протромбіновий час 14,5 с., АЧТЧ 27,6 с., тромбіновий час 11,5 с, фібриноген А 1,58 г/л. Біохімічний аналіз крові від 18.01.2021 р.: загальний білок 53,1 г/л, альбумін 28 г/л, глобулін 25 г/л, коефіцієнт 1,17, білірубін загальний 9,06 мкмоль/л, білірубін прямий відсутній, білірубін непрямої 9,06 мкмоль/л, калій 5,4 ммоль/л, натрій 139 ммоль/л, хлор 104 ммоль/л, АлАт 6,0 Е/л, АсАт 7,0 Е/л, сечовина 3,3 ммоль/л.

Результати додаткових інструментальних досліджень: ФЕГДС від 18.01.2021 р.: рефлюкс – езофагіт нижньої третини стравоходу з ознаками кири стравохідного отвору діафрагми. Гастропатія із вираженим набряком слизової і геморагічними ерозіями. Пілорит із явищами пілороспазму.

Рентгенографія органів черевної порожнини (іригоскопія) від 18.01.2021р.: ретроградно контрастовано товсту кишку до середньої третини висхідної ободової кишки, далі кишковий вміст. Пряма, сигмоподібна, висхідна і дистальна частина поперечно-ободової кишки – ригідні. Просвіт характерно звужений, гаустрація зглажена, перестройка слизової. Даних за об'ємний процес не виявлено. Заключення: рентгенографічна картина неспецифічного виразкового коліту (лівобічна локалізація) (рис. 1).



Рис. 1. Іригоскопія станом на 18.01.2021р.

15.01.2021 р. хворому у діагностичних цілях виконано ендоскопічно біопсію слизової прямої кишки. Отриманий матеріал відправлено на патогістологічне дослідження, результат якого підтвердив попередній діагноз: неспецифічний виразковий коліт.

На основі скарг хворого, даних об'єктивного обстеження, лабораторних та інструментальних методів дослідження, а також результату патогістологічного дослідження встановлено заключний клінічний діагноз: неспецифічний виразковий коліт, вперше виявлений, лівобічна локалізація, тяжка форма перебігу.

Хворому призначено консервативне лікування згідно з національними і локальними протоколами, які передбачали застосування препаратів таких фармакотерапевтичних груп: сульфаніламідні препарати – похідні 5-аміносаліцилової кислоти в ендоректальній і пероральній формах; кортикостероїди в інфузійній та пероральній формах, антибактеріальні препарати (метронідазол), препарати травних ферментів, пробіотики.

Після проведеного консервативного лікування хворому виконано повторну ректоскопію, на якій відзначалася позитивна динаміка: тубус ректоскопа заведено на відстань 20 см. Слизова прямої кишки та дистального відділу сигми – набрякла, гіперемійована, зерниста. Стінки помірно ригідні. Складки та рельєф – спотворені за рахунок набряку. Відмічається помірна кровоточивість, наявність ерозій, зливних геморагій, фібринозні на-

шарування на стінках кишки. Тонус стінок відсутній. У просвіті значна кількість слизу. Динаміка позитивна.

20.01.2021 р. хворого з покращенням стану виписали із проктологічного відділення з подальшими рекомендаціями.

15.07.2021 р. хворого Ф. госпіталізували в опікове відділення КНП "ХОЛ" ХОР зі скаргами на наявність ран на лівій гомілці та ступні, виражений біль в ділянках ран, підвищення температури тіла. З анамнезу захворювання відомо, що вперше рани на лівій нижній кінцівці з'явилися у травні 2021 року, з приводу чого лікувався амбулаторно у дерматолога з діагнозом піодермія лівої нижньої кінцівки. Внаслідок погіршення стану та розвитку анемії (Hb 65 г/л) хворий був госпіталізований у хірургічний стаціонар ЦРЛ за місцем проживання, де отримував консервативне лікування та був оперований з приводу розкриття та дренивання гнійників нижньої кінцівки, видалення некротизованих тканин. Проте бажаного ефекту лікування не принесло і у липні 2021 року у хворого виник рецидив ран на лівій гомілці та стопі з гнійними виділеннями та постійним формуванням нових гнійників. Проведено повторне розкриття та дренивання гнійників і хворого направлено на лікування в опікове відділення КНП "ХОЛ" ХОР з метою закриття дефектів ран. Об'єктивно встановлено, що ліва стопа та гомілка до середньої третини набрякли, гіперемійовані, в численних ранових ходах велика кількість резинових випускників, фібринозно-гнійні виділення. Встановлено діагноз: множинні відкриті рани гомілки. 16.07.2021 р. хворому під субдуральною анестезією проведено операційні втручання з метою некректомії та пересадки шкіри. 05.08.2021 р. хворого з поліпшенням загального стану виписали для продовження лікування амбулаторно за місцем проживання.

17.11.2021 р. після чергового погіршення стану, хворий госпіталізований у відділення травматології та ортопедії ХОЛ зі скаргами на біль та наявність ран на лівій гомілці та стопі. Встановлено діагноз: гангренозна піодермія лівої стопи, бульозно- виразкова форма. Залізодефіцитна анемія 3 ст. Неспецифічний виразковий коліт, лівобічна локалізація, тяжка форма, середнього ступеня тяжкості, стадія нестійкої ремісії. У відділенні пацієнту проводили операційне і консервативне лікування. 22.11.2021 хворому проведено щадну некректомію, розкриття і дренивання множинних підшкірних гнійників лівої стопи. Проводили щоденні перев'язки післяопераційних ран з мазями на гідрофільній основі. До загоєння ран пацієнту рекомендована хода на милицях без опори на оперовану ногу.

## ВИПАДОК З ПРАКТИКИ

У комплексному консервативному лікуванні пацієнт отримував раціональну антибіотикотерапію враховуючи результати антибіотикограми і бактеріологічного дослідження виділень із ран. Також хворому призначали гормональну терапію (преднізолон), препарати заліза, дезінтоксикаційну терапію та кишковий протизапальний препарат похідний 5-аміносаліцилової кислоти. Із замісною метою хворому перелито 500 мл еритроцитарної маси.

Після проведеного лікування пацієнт відмічає значне покращення загального стану, зменшення болю в кінцівці; спостерігається відсутність появи нових виразок та підшкірних гнійників на кінцівці, активне загоювання наявних ран (рис. 2).

Пацієнт направлений на подальше лікування в опікове відділення ХОЛ для автодермопластики наявної гранулюючої рани стопи.

**Висновок.** На основі даного клінічного випадку можна відзначити, що гангренозна піодермія як позакишковий прояв неспецифічного виразкового коліту зустрічається вкрай рідко і характеризується наявністю складного, часто рецидивуючого перебігу, що тяжко піддається лікуванню.



**Рис. 2.** Друга доба після проведеної некректомії, розкриття і дренивання множинних підшкірних гнійників лівої стопи.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Степанов Ю. М. Хронічні запальні захворювання кишечника: особливості епідеміології в Україні / Ю. М. Степанов, І. Ю. Скирда, О. П. Петішко // Гастроентерологія. – 2017. – Т. 51, № 2. – С. 97–105.
2. Annese V. A review of extraintestinal manifestations and complications of inflammatory bowel disease / V. Annese // Saudi Journal of Medicine & Medical Sciences. – 2019. – Vol. 7 (2). – P. 66–73.
3. Leighton J. A. The role of endoscopic imaging of the small bowel in clinical practice / J. A. Leighton // Am. J. Gastroenterol. – 2011. – Vol. 106 (1). – P. 27–36.
4. Capsule endoscopy in patients with Crohn's disease: diagnostic yield and safety / S. Mehdizadeh, G. C. Chen, L. Barkodar [et

- al.] // Gastrointest. Endosc. – 2010. – Vol. 71 (1). – P. 121–127.
5. Neutrophilic dermatoses: an update / A. Alavi, D. Sajic, F. B. Cerci [et al.] // Am. J. Clin. Dermatol. – 2014. – Vol. 15 (5). – P. 413–423.
6. Pyoderma gangrenosum: challenges and solutions / A. Gamberio, N. Pereira, J. C. Cadroso, M. Gonsalo // Clin. Cosmet. Investig. Dermatol. – 2014. – Vol. 8. – P. 285–293.
7. Pyoderma gangrenosum: an updated review / E. Ruocco, S. Sangiuliano, A. G. Gravina [et al.] // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. – 2009. – Vol. 23 (9). – P. 1008–1017.
8. Capsule endoscopy in healthy individuals / J. R. Lewis, Y. Pashinsky, A. Tinsley, B. S. Lewis // Gastroenterology. – 2012. – 142. – P. 52–53.

### REFERENCES

1. Stepanov, Y., Skyrda, I., & Petishko, O. (2017). Chronic inflammatory bowel diseases: epidemiological features in Ukraine. *Gastroenterology*, 51 (2), 97-105. DOI: <https://doi.org/10.22141/2308-2097.51.2.2017.101703> [in Ukrainian].
2. Annese, V. (2019). A review of extraintestinal manifestations and complications of inflammatory bowel disease. *Saudi Journal of Medicine & Medical Sciences*, 7 (2), 66-73.
3. Leighton, J.A. (2011). The role of endoscopic imaging of the small bowel in clinical practice. *Am. J. Gastroenterol.*, 106 (1), 27-36. DOI: 10.1038/ajg.2010.410.
4. Mehdizadeh, S., Chen, G.C., Barkodar, L., Enayati, P.J., Pirouz, S., Yadegari, M., ..., Papadakis, K.A. (2010). Capsule endoscopy in patients with Crohn's disease: diagnostic yield and safety. *Gastrointest.*

- Endosc.*, 71, 121-127. DOI: 10.1016/j.gie.2009.06.034.
5. Alavi, A., Sajic, D., Cerci, F.B., Ghazarian, D., Rosenbach, M., & Jorizzo, J. (2014). Neutrophilic dermatoses: an update. *Am. J. Clin. Dermatol.*, 15 (5), 413-423. DOI: 10.1007/s40257-014-0092-6.
6. Gamberio, A., Pereira, N., Cadroso, J.C., & Gonsalo, M. (2015). Pyoderma gangrenosum: challenges and solutions. *Clin. Cosmet. Investig. Dermatol.*, 8, 285-293. DOI: 10.2147/CCID.S61202.
7. Ruocco, E., Sangiuliano, S., Gravina, A.G., Miranda, A., & Nicoletti, G. (2009). Pyoderma gangrenosum: an updated review. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.*, 23 (9), 1008-1017.
8. Lewis, J.R., Pashinsky, Y., Tinsley, A., & Lewis, B.S. (2012). Capsule endoscopy in healthy individuals. *Gastroenterology*, 142, 52-53.

Отримано 10.12.2021

Електронна адреса для листування: [kravshyuk@ukr.net](mailto:kravshyuk@ukr.net).

V. V. KERNYCHNYI<sup>1,2</sup>, Y. S. KRAVCHUK<sup>1,2</sup>, O. V. ZAHRODSKYI<sup>2</sup>

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia<sup>1</sup>  
Khmelnysky Regional Hospital<sup>2</sup>

**PYODERMA GANGRENOSUM AS AN EXTRAINTESTINAL MANIFESTATION OF NON-SPECIFIC  
ULCERATIVE COLITIS**

Pyoderma gangrenosum is a rare extraintestinal manifestation of non-specific ulcerative colitis. It was found that pyoderma gangrenosum develops in 0.6–2.1 % of patients with ulcerative colitis. It occurs in the form of one or more erythematous papules or pustules which subsequently cause necrosis of derma and deep septic ulcers. Pyoderma gangrenosum can occur simultaneously with the onset of ulcerative colitis, or can develop independently of it. The article presents the results of our own clinical observation of a case of pyoderma gangrenosum in a patient with non-specific ulcerative colitis, the clinical course of the disease, and the peculiarities of treatment. It has been discovered that pyoderma gangrenosum as an extraintestinal manifestation of non-specific ulcerative colitis is extremely rare, and it is characterized by the presence of a complex, often recurrent difficult to treat.

**Key words:** non-specific ulcerative colitis; extraintestinal manifestations; pyoderma gangrenosum.