



<https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-246-2-117-120>

Гангренозная пиодермия при язвенном колите*

Апаркина А.В.¹, Кашкина Е.И.¹, Маркова А.А.¹, Машкова Е.А.¹, Гудзь А.А.², Брынина В.Ю.²

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, (ул. Большая Казачья, д. 112, г. Саратов, 410012, Россия)

² ГУЗ «Областная клиническая больница», (Смирновское ущелье, д. 1, г. Саратов, 410053, Россия)

Для цитирования: Апаркина А.В., Кашкина Е.И., Маркова А.А., Машкова Е.А., Гудзь А.А., Брынина В.Ю. Гангренозная пиодермия при язвенном колите. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2026;(2): 117–120 doi: 10.31146/1682-8658-ecg-246-2-117-120

✉ **Для переписки:**
Апаркина
Алёна Васильевна
 alena437539@yandex.ru

Апаркина Алёна Васильевна, доцент кафедры госпитальной терапии института клинической медицины
Кашкина Елена Игоревна, профессор кафедры госпитальной терапии института клинической медицины
Маркова Анна Александровна, доцент кафедры госпитальной терапии института клинической медицины
Машкова Екатерина Андреевна, студентка института клинической медицины
Гудзь Анна Александровна, врач отделения гастроэнтерологии
Брынина Вероника Юрьевна, заведующая отделением гастроэнтерологии

* Иллюстрации

к статье –
на цветной
вклейке в журнал
(стр. III).

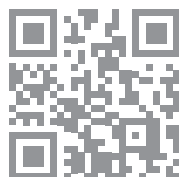
Резюме

Представлен клинический случай диагностики гангренозной пиодермии у пациентки с язвенным колитом. Наличие высыпаний на коже нижней конечности, отсутствие эффекта от антибактериальной терапии, феномен патергии послужили поводом для диагностики гангренозной пиодермии как внекишечного проявления язвенного колита. Данное наблюдение демонстрирует необходимость информированности врачей различных специальностей о внекишечных, в том числе кожных, проявлениях воспалительных заболеваний кишечника с целью выбора оптимальной тактики ведения пациентов.

Ключевые слова: язвенный колит, внекишечные проявления, гангренозная пиодермия.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

EDN: TEYKNO



Pyoderma gangrenosum in ulcerative colitis*

A.V. Aparkina¹, E.I. Kashkina¹, A.A. Markova¹, E.A. Mashkova¹, A.A. Gudzh², V.Yu. Brynina²

¹ Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky (Razumovsky University),
(112 Bolshaya Kazachya str., Saratov, Volga Federal District, 410012, Russia)

² State healthcare institution "Regional Clinical Hospital", (1, Smirnovskoe Gorge, Saratov, 410053, Russia)

For citation: Aparkina A.V., Kashkina E.I., Markova A.A., Mashkova E.A., Gudzh A.A., Brynina V.Yu. Pyoderma gangrenosum in ulcerative colitis. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2026;(2): 117–120. (In Russ.) doi: 10.31146/1682-8658-ecg-246-2-117-120

✉ **Corresponding author:**
Alena V. Aparkina
 alena437539@yandex.ru

Alena V. Aparkina, Department of Hospital Therapy Institute of Clinical Medicine, Associate professor, PhD in Medicine; ORCID: 0000–0001–8463–2379.
Elena I. Kashkina, Department of Hospital Therapy Institute of Clinical Medicine, Professor, MD; ORCID: 0000–0001–8561–2214.
Anna A. Markova, Department of Hospital Therapy Institute of Clinical Medicine, Associate professor, PhD in Medicine; ORCID: 0000–0001–8561–2214.
Ekaterina A. Mashkova, Institute of Clinical Medicine, Student; ORCID: 0009–0001–1364–736X.
Anna A. Gudzh, doctor of Department of gastroenterology; ORCID: 0009–0000–8504–3699.
Veronika Y. Brynina, head of Department of gastroenterology; ORCID: 0009–0000–6955–320X

* Illustrations to the article are on the colored inset of the Journal (p. III).

Summary

A clinical case of diagnosis of pyoderma gangrenosum in a patient with ulcerative colitis is presented. The presence of rashes on the skin of the lower limb, the lack of effect of antibacterial therapy, the phenomenon of pathergy served as the reason for the diagnosis of pyoderma gangrenosum as an extraintestinal manifestation of ulcerative colitis. This observation demonstrates the need to inform doctors of various specialties about extraintestinal, including skin, manifestations of inflammatory bowel diseases in order to choose the optimal tactics for managing patients.

Keywords: ulcerative colitis, extraintestinal manifestations, pyoderma gangrenosa

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

Введение

Язвенный колит (ЯК) – хроническое заболевание толстой кишки, характеризующееся иммунным воспалением ее слизистой оболочки, в клинической картине которого присутствует как кишечная симптоматика, так и внекишечные проявления [1]. Часть внекишечных проявлений, такие как узловатая эритема, гангренозная пиодермия (ГП), суппуративный гидраденит, синдром Свита связаны с активностью воспалительного процесса, другие, например псориаз, имеют общие с ЯК патогенетические факторы [1, 2]. Широкий спектр внекишечных проявлений обуславливает междисциплинарный характер проблемы ЯК, однако осведомленность практических врачей в данной области остается недостаточной.

ГП является одним из частых кожных внекишечных проявлений ЯК. Однако доля пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК), у которых развивается ГП, представляется небольшой [3]. В когортном исследовании, включавшем 2402 пациента с ВЗК, ГП была выявлена лишь у 0,75% пациентов [3]. ГП представляет собой воспалительный нейтрофильный дерматоз, при котором образуются

болезненные язвенные дефекты кожи. Язвы при ГП полициклические с приподнятыми краями, покрытыми некротическими массами [1, 4, 5]. Сначала на коже появляются единичные или множественные эритематозные папулы или пустулы, которым часто предшествует травма кожи. Чаще всего они возникают на ногах, но могут развиваться на любом участке тела, включая брюшную стенку, прилежащую к стоме после колэктомии, или хирургические рубцы [6]. Последующий некроз дермы приводит к развитию глубоких язв, содержащих гнойный материал, который обычно стерilen по культуре. При биопсии обнаруживаются неспецифические находки, соответствующие стерильному абсцессу [6].

У пациентов с активным ВЗК и ГП первой линией терапии являются системные глюкокортикостероиды и иммунодепрессанты [7]. При отсутствии эффекта рекомендуется применение препаратов генно-инженерной биологической терапии: анти-ФНО- α , ингибиторов активности ИЛ-12 и ИЛ-23, антагонистов рецепторов ИЛ-1, моноклональные антитела к рецептору ИЛ-6, внутривенный иммуноглобулин и ингибиторы янус-киназ [8, 9].

Клинический случай

Пациентка Н., 43 лет, в июле 2024 г. поступила на стационарное лечение в отделение гастроэнтерологии ГУЗ «ОКБ» г. Саратова с жалобами на полуоформленный стул 3–4 раза в сутки с примесью слизи и крови, наличие раны в области левой голени, боли в суставах кистей. *История жизни:* без особенностей. *История заболевания:* считает себя больной с 2017 г., когда впервые отметила появление жидкого стула с примесью слизи и крови. Пациентке была проведена колоноскопия, при которой были выявлены эрозии, язвы толстой кишки, взята биопсия. На основании наличия кишечной симптоматики, результатов эндоскопического обследования, гистологической картины при исследовании биоптатов слизистой оболочки толстой кишки диагностирован ЯК. Назначен месалазин 3 г/сутки per os с положительным эффектом. С 2017 г. по 2022 г. на фоне проводимого лечения пациентка чувствовала себя удовлетворительно, стул оставался нормальным, без патологических примесей, боли в животе не беспокоили. В ноябре 2022 г. появились

небольшие гнойничковые высыпания на коже живота, стул участился до 4–6 раз в сутки, появились примесь слизи в кале, боли по ходу кишечника. Выполнена колоноскопия, выявлен тотальный ЯК выраженной степени активности, псевдополипоз сигмовидной кишки. Поражение кожи было расценено как внекишечное проявление ЯК в виде гангренозной пиодермии. Проводилась терапия преднизолоном 40 мг/сутки, месалазином 4 г/сутки, метронидазолом, препаратами железа. На фоне лечения самочувствие улучшилось, боли в животе и кожные проявления купировались, стул нормализовался. Пациентка была выписана на амбулаторный этап лечения с рекомендациями приема преднизолона 40 мг/сутки с последующим снижением дозы препарата до полной отмены, азатиоприна 100 мг/сутки, месалазина 4 г/сутки per os и 1000 мг/сутки per rectum. Пациентка от приема азатиоприна воздержалась, остальные препараты принимала в полном объеме и чувствовала себя удовлетворительно. В июне 2024 г. отметила ухудшение

состояния: учащение стула до 7–8 раз/сутки, появление язвенного дефекта в области левой голени, отек голени и стопы (рис. 1), а также присоединение болей в локтевых и коленных суставах.

В связи с подозрением на гнойной процесс, пациентка была госпитализирована в отделение гнойной хирургии с диагнозом: Карбункул левой голени. В хирургическом отделении произвели иссечение пораженных тканей передней поверхности средней трети левой голени, назначена системная антибактериальная терапия, местная обработка раны. По результатам гистологического исследования удаленных тканей: в сосочковом и сетчатом слоях дермы очаговая лимфоцитарная инфильтрация. Производился посев отделяемого раны на флору, который роста не дал. Проводимая терапия – без положительного эффекта, отмечено увеличение раневого дефекта на левой голени. Наличие сопутствующей кишечной симптоматики послужило поводом для консультации гастроэнтеролога. Учитывая неэффективность проводимой антибактериальной терапии, наличие клинической картины тяжелой атаки ЯК, имеющиеся у пациентки кожные изменения расценены как гангренозная пиодермия. Для определения дальнейшей тактики ведения пациентка была госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение. При объективном исследовании на передней поверхности левой голени определялся раневой дефект 21*11 см с участками поверхностного некроза кожи, налётами фибрина, имелся отёк левой нижней конечности (рис. 2). Живот при пальпации мягкий, болезненный в нижних отделах. Стул 6–7 раз в сутки, жидкий, с примесью слизи и крови.

Лабораторно в отделении отмечались лейкоцитоз ($WBC\ 12 \cdot 10^9/l$), ускорение СОЭ до 32 мм/час, тромбоцитоз ($PLT\ 740 \cdot 10^9/l$), признаки железодефицитной анемии ($RBC\ 3,28 \cdot 10^{12}/l$, $Hb\ 105\ г/л$, $MCV\ 74,8\ фл$, $MCH\ 23,1\ пг/мл$, $MCHC\ 300\ г/л$, железо 2,6 мкмоль/л), повышение уровня СРБ до 37,8 мг/л. Показатели биохимического анализа крови, коагулограммы, электролитов в пределах референсных значений. В копрограмме: кал жидкий, слизь присутствует, эритроциты 20–30 в поле зрения, лейкоциты до 1000

в поле зрения. Проводилось микробиологическое (культуральное) исследование кала на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы: рост не обнаружен. По данным УЗИ органов брюшной полости: свободной жидкости в брюшной полости и симптома поражения полого органа не выявлено, имеются диффузные изменения поджелудочной железы. При ЭГДС: признаки поверхностного гастрита. При колоноскопии определялась выраженная активность ЯК, подтвержденная морфологически. Сформулирован клинический диагноз: Язвенный колит, хроническое рецидивирующее течение, тотальное поражение, с внекишечными проявлениями (гангренозная пиодермия, артралгии), тяжелая атака. Назначена терапия: преднизолон 60 мг/сутки, азатиоприн 100 мг/сутки, месалазин 4 г/сутки, ведолизумаб 300 мг в/в по схеме 0–2–6 недель, затем каждые 8 недель. На фоне лечения отмечалась положительная динамика в виде заживления раны на левой голени и купирования кишечной симптоматики. Пациентка была повторно госпитализирована в отделение гастроэнтерологии в декабре 2024 г. для оценки эффективности проводимой терапии. При объективном обследовании кожные покровы обычной окраски; на передней поверхности левой голени определяется рубец по типу «папирусной бумаги» (рис. 3); живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах; стул 1–2 раза в сутки, оформленный, без патологических примесей. Лабораторно: показатели общего анализа крови в пределах нормы, СРБ 0,7 мг/л, уровень фекального кальпротектина 48 мкг/г (норма). При копрологическом исследовании: слизи, крови не обнаружено. По данным колоноскопии: ЯК минимальной степени активности.

Таким образом у пациентки на фоне применения ведолизумаба и азатиоприна отмечена положительная клинико-лабораторная динамика: купирование гангренозной пиодермии, нормализация стула, существенное снижение маркеров воспаления. Пациентке продолжена терапия ведолизумабом 300 мг каждые 8 недель, азатиоприном 100 мг/сутки, месалазином 4 г/сутки.

Обсуждение

Главной особенностью представленного клинического наблюдения является сочетание ЯК и ГП. «Классическая» форма ГП характеризуется болезненным изъязвлением кожи с характерными пурпурно-фиолетовыми, подрытыми краями. Язва обычно менее 4 см в диаметре, но в отдельных случаях процесс может быть более распространенным. В нашем случае язва отличалась большими размерами, достигающими 21*11 см, что, вероятнее всего, связано с феноменом патергии, когда изменения на коже формируются и прогрессируют под влиянием любой механической травмы. Хирургическая тактика в подобных клинических ситуациях требует особой осторожности. Из-за феномена патергии хирургические манипуляции, направленные на удаление некротических тканей, или пластическая реконструкция, могут выполняться лишь в условиях адекватного медикаментозного контроля [10]. В про-

тивном случае такие вмешательства принесут больше вреда, способствуя распространению процесса [11]. Вскрытие «карбункула» у нашей пациентки способствовало прогрессированию местного процесса. Ведение пациентов с ЯК и ГП требует тщательного анализа клинических данных и персонализированного подхода к выбору оптимальной тактики лечения. Первой линией терапии являются глюкокортикостероиды. Их назначение в представленном клиническом наблюдении способствовало уменьшению выраженности кожной и кишечной симптоматики. Однако лишь применение ведолизумаба и азатиоприна в качестве базисной терапии позволили полностью устранить явления ГП, а также купировать кишечную симптоматику, что демонстрирует возможность контроля течения гангренозной пиодермии у больных ЯК с помощью современных методов лечения.

Заключение

ЯК, помимо кишечных проявлений, может иметь различные внекишечные «маски», которые затрудняют лечебно-диагностический процесс, осложняют течение основного заболевания, а также требуют тщательного выбора терапии. Широкий спектр внекишечных проявлений обуславливает междисциплинарный характер проблемы ЯК, однако осведомленность практических врачей в данной области остается недостаточной, а кожные проявления при ГП не всегда расцениваются специалистами разного профиля как системное проявление ЯК. Лечение ГП представляет собой значительные сложности. Хирургическое вмешательство может привести к прогрессированию процесса, что объясняется феноменом патергии,

а выбор медикаментозной терапии требует тщательной оценки как активности кишечного процесса, так и выраженности кожных проявлений. В настоящее время для лечения ЯК применяется целый ряд лекарственных средств, однако, как демонстрирует представленное клиническое наблюдение, лишь назначение ведолизумаба и аза-тиоприна позволило эффективно купировать как кишечную симптоматику, так и явления ГП.

Таким образом, ГП является сложным для диагностики и лечения внекишечным проявлением ЯК, которое представляет большой интерес не только для гастроэнтерологов, колопроктологов, но и врачей смежных специальностей (дерматологов, хирургов, ревматологов).

Литература | References

- Alexandrov T.L., Khalif I.L., Khalif A.Yu., Khismatullina Z.R., Shapina M.V. Skin diseases and inflammatory bowel diseases. Literature review. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2020;(5):114–119. (In Russ.) doi: 10.21518/2079–701X-2020–5–114–119.
Александров Т.Л., Халиф И.Л., Халиф А.Ю., Хисматуллина З.Р., Шапина М.В. Болезни кожи и воспалительные заболевания кишечника. Обзор литературы. Медицинский совет. 2020;(5):114–119. doi: 10.21518/2079–701X-2020–5–114–119.
- Khalif I.L. Inflammatory bowel disease. Clinical guide / edd. Deniel Dzh. Shtayn, Reza Sheyker; transl. I.L. Khalif. Moscow. GEOTAR-Media, 2021. 256 P. (in Russ.) ISBN: 978–5–9704–5114–4. (in Russ.)
Халиф И.Л. Воспалительные заболевания кишечника. Клиническое руководство / ред. Дэниэл Дж. Штайн, Реза Шейкер; пер. с англ. под ред. И.Л. Халифа. – Москва: ГЕОТАР-Медиа, 2021. – 256 с. ISBN: 978–5–9704–5114–4.
- Farhi D., Cosnes J., Zizi N. et al. Significance of erythema nodosum and pyoderma gangrenosum in inflammatory bowel diseases: a cohort study of 2402 patients. *Medicine (Baltimore)*. 2008; 87 (5): 281–293. doi: 10.1097/MD.0b013e318187cc9c.
- Kudishina M.M., Kozlova I.V. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel diseases. *Effektivnaya farmakoterapiya*. 2019; (18): 52–58. (In Russ.) doi: 10.33978/2307–3586–2019–15–18–52–58.
Кудишина М.М., Козлова И.В. Экстра интестинальные проявления воспалительных заболеваний кишечника. Эффективная фармакотерапия. 2019; (18): 52–58. doi: 10.33978/2307–3586–2019–15–18–52–58.
- Adaskevich V.P. Gangrenous pyoderma: the current state of the problem. *Consilium Medicum*. 2021; 23 (8): 603–608. (In Russ.) doi: 10.26442/20751753.2021.8.201054.
Адаскевич В.П. Гангренозная пиодермия: современное состояние проблемы. *Consilium Medicum*. 2021; 23 (8): 603–608. doi: 10.26442/20751753.2021.8.201054.
- Keltz M., Lebwohl M., Bishop S. Peristomal pyoderma gangrenosum. *J Am Acad Dermatol*. 1992; 27:360–364. doi: 10.1016/0190–9622(92)70200-y.
- Agarwal A., Andrews J.M. Systematic review: IBD-associated pyoderma gangrenosum in the biologic era, the response to therapy. *Aliment Pharmacol Ther*. 2013; 38:563–572. doi: 10.1111/apt.12431.
- Alavi A., French L.E., Davis M.D. et al. Pyoderma Gangrenosum: An Update on Pathophysiology, Diagnosis and Treatment. *Am J Clin Dermatol*. 2017; 18(3): 355–372. doi: 10.1007/s40257–017–0251–7.
- George C., Deroide F., Rustin M. Pyoderma gangrenosum – a guide to diagnosis and management. *Clin Med (Lond)*. 2019; 19(3): 224–228. doi: 10.7861/clinmedicine.19–3–224.
- Vereecken P., Wautrecht J.C., De-Dobbeller G. et al. A case of pyoderma gangrenosum stabilized with lymecycline, topical benzoyl peroxide and treated by autograft. *Dermatology*. 1997;195(1):50–51. doi: 10.1159/000245686.
- Rozen S.M., Nahabedian M.Y., Manson P.N. Management strategies for pyoderma gangrenosum: case studies and a review of the literature. *Ann Plast Surg*. 2001 Sep;47(3):310–315. doi: 10.1097/00000637–200109000–00015.

К статье

Гангренозная пиодермия при язвенном колите (стр. 117–120)

To article

Pyoderma gangrenosum in ulcerative colitis (p. 117–120)

Рисунок 1. Гангренозная пиодермия левой голени, июнь 2024 г.

Figure 1. Gangrenous pyoderma of the left tibia June 2024.

Рисунок 2. Гангренозная пиодермия левой голени на фоне антибактериальной терапии, июль 2024 г.

Figure 2. Gangrenous pyoderma of the left tibia on the background of antibacterial therapy, July 2024.



Рисунок 3. Гангренозная пиодермия левой голени на фоне терапии, сентябрь 2024 г.

Figure 3. Gangrenous pyoderma of the left tibia in September 2024 on the therapy.

