

ПІОГЕННА ГРАНУЛЬОМА ВЕЛИКИХ РОЗМІРІВ, РОЗРОСТАННЯ ГІПЕРГРАНУЛЯЦІЙ В ДІЛЯНЦІ ТРОФІЧНОЇ ВИРАЗКИ: КАЗУЇСТИЧНЕ КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Вергун А.Р., Мацях Ю.М., Вергун О.М., Козловська Х.Ю.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Комунальне некомерційне підприємство «Львівське територіальне медичне об'єднання №2.
Клінічна лікарня планового лікування, реабілітації та паліативної допомоги»,
відокремлений підрозділ «4-а лікарня»
e-mail: plagi@mail@meta.ua, м. Львів, Україна

Трофічні виразки нижніх кінцівок залишаються актуальною проблемою сучасної медицини через їхню високу поширеність серед пацієнтів із хронічними захворюваннями, такими як цукровий діабет, оклюзивні стенотичні ураження, хронічна венозна недостатність, нейропатії та ожиріння. Ці патологічні стани сприяють порушенню мікроциркуляції, уповільненню процесів регенерації тканин та, як наслідок, хронізації ранового процесу. Ускладнення трофічних виразок у вигляді пухлин та пухлиноподібних утворень зустрічаються рідко, проте їх діагностика та лікування викликають значний інтерес серед клініцистів. Гіпергрануляції, як один із варіантів патологічного загоєння, є клінічно значущим проявом складного взаємозв'язку між місцевими та системними факторами регенерації тканин. Вони можуть імітувати новоутворення, що потребує ретельної диференційної діагностики для виключення злоякісного процесу. Представляємо клінічний випадок піогенної гранульоми великих розмірів, яка виникла в ділянці трофічної виразки гомілки ту 84-річної пацієнтки А. із зазначеними супутніми захворюваннями. Цей випадок демонструє складність діагностики та детермінує розробку підходів до лікування подібних станів, підкреслюючи необхідність індивідуалізованої curaції в умовах полі- та коморбідності.

Хвора А-ла, 84 роки, 03.01.2025 р. звернулася на консультацію в відділення паліативної допомоги відокремленого підрозділу "4-а лікарня" територіального медичного об'єднання №2 міста Львова з приводу пухлиноподібного утвору правої гомілки, що викликає неприємні відчуття, незручність та контактні кровотечі. Згідно даних анамнезу хворіє цукровим діабетом II типу протягом 22 років, з моменту діагностики (у віці 62 років), неодноразово лікувалася стаціонарно та амбулаторно, на час поступлення приймає метформін. Консультована ендокринологом. На момент огляду рівень глюкози становив 16,2 мкмоль/л, що свідчить про незадовільний контроль основного захворювання. Супутньою патологією є іммобільність, спричинена переломом шийки стегна лівої нижньої кінцівки, а також артеріальна гіпертензія тривалістю понад 30 років, яка контролюється прийомом антигіпертензивних препаратів, ожиріння III ст. та набряковий синдром, спричинений серцевою недостатністю. Згідно даних анамнезу захворювання та попередніх виписок пацієнтки – трофічна виразка виникла приблизно 2,5 роки тому. Первинно вогнище ураження було невеликим, не створювало значних незручностей, його лікування обмежувалося лише перев'язками та місцевим застосуванням антисептичних та антибактеріальних препаратів, таких як гентасепт і стрептоцид. Хірургічна ревізія та санація виразки не проводилась. Перев'язки в домашніх умовах, часті, 3-4 рази в день. За відсутності комплексного підходу до терапії, близько півроку тому почала звертати увагу, що у зоні виразки з'явився, почав формуватися та за останній місяць різко збільшився пухлиноподібний утвір. Для уточнення діагнозу було проведено клінічний огляд, лабораторні дослідження (аналіз крові, біохімічні показники, глікемічний профіль), інструментальне обстеження, включаючи УЗД та доплерографію, дерматоскопію, консультацію терапевта й ендокринолога.

На огляді. Трофічна індурація шкіри середньої та нижньої третини правої гомілки, ділянка добре васкуляризованої плюс-тканини. Нижні кінцівки, особливо гомілки та стопи пацієнтки виражено набряклі – симптом “ямки” позитивний, утримується близько двох хвилин. На дотик кінцівки холодні, шкіра шорстка, еластичність та тургор знижені. Тактильна та больова чутливість знижені, нижче коліна не визначаються або реагує слабо на подразники. Пульс на *a.femoralis* помірно виражений, ритмічний, з “металевим відтінком”; на *a.poplitea* пульс виражений, ритмічний; на *a.tibialis posterior* справа пальпація пульсу утруднена через виражений набряковий синдром і надлишкову масу тіла – пульсація ослаблена, пульс ритмічний; на *a.dorsalis pedis* справа ниткоподібний, пальпація утруднена через набряки. Доплерографія в приймальному відділенні – кровоплин магістральний, стенотичне ураження підколінної артерії справа до 60%. У ділянці трофічної виразки, що розташовувалася на медіальній поверхні нижньої третини правої гомілки, відзначено наявність обробленого розчином фукорцину гомогенного контактено кровавлячого утворення з чіткими контурами, гладкою поверхнею; правильної форми, що віддалено нагадує витягнутий овоїд з чіткими межами, розмірами 6/2 см. Поверхня утворення гладенька, представлена обробленими фукорцином “старими” гіпергрануляціями, які нагадують малину з поодинокими білуватими перифокальними включеннями та фібринозними нашаруваннями; контактено капілярно кровить під час огляду та пальпації. На дотик, – щільно-еластичний утвір, помірно рухомий. Під час пальпації пацієнтка відмічала неприємні відчуття та дискомфорт. Після комплексного обстеження, застосування сечогінних, стабілізації стану хворої та рівня глікемії (до 6,2-7,5 мкмоль/л, цитологічного дослідження мазка, 09.01.2025 р. було прийняте рішення про проведення в плановому порядку хірургічної ексцизії утвору та конгломерату гіпергрануляцій з пластикою виразкового дефекту шляхом накладання адаптувальних швів із широкими проміжками-люфтами між адаптувальними вузлами.

Операція. 10. 01. 2025 р., 14.30. Висічення новоутвору в ділянці трофічної виразки. (хірург – д.мед.н. Андрій Вергун, асистент – Юрій Мацяк). Після обробки операційного поля здійснили місцеву регіонарну анестезію та гідропрепаровку 0,5% розчином новокаїну основи новоутворення. Після вичікування настання знеболюючого ефекту, патологічну плюс-тканину зафіксовано вікончастим затискачем за Noto та виконано окаймляючі розтини. Розпочали відсепарування патологічної структури від візуально здорових м'яких тканин тупим та гострим шляхом, паралельно проводячи гемостаз за допомогою просушування, інтравульнарного притиснення та накладання гемостатичних затискачів. З технічними труднощами утвір мобілізовано *en block* (рис. 1) та видалено. Після видалення утвору ствердили значний дефект за типом “мінус-тканина”, значне перифокальне розгалуження артерій та вен середнього калібру у вигляді “сітки”, дно рани – фасція (рис. 2). Після повного відсепарування патологічно зміненої тканини від м'яких тканин та висічення утворення було проведено лігування та прошивання судин з метою здійснення постійного гемостазу. Контроль гемостазу – сухо. Рановий дефект промили 3% розчином перекису водню, розчином хлоргексидину біглюконату струминно та, після осушування, інстальовано полівідон-йод. Мобілізовано гострим шляхом краї рани. Повторно – контроль гемостазу, інсталяція в ранову порожнину полівідон-йоду. Здійснили одномоментно зміщення м'яких тканин з метою пластики дефекту, накладання блокоподібних розвантажувальних швів за Донатті та поодиноких адаптувальних вузлових швів). Асептична пов'язка із розчином повідон-йоду.



Рисунок 1. Патологічний утвір м'яких тканин у хворої А-ли, 84 роки. Ep block зафіксовано за допомогою вікончатого затискача за Noto, поетапна мобілізація ніжки пухлини та ексцизія. 05.01.2025 р.

Рисунок 2. Видалено патологічний утвір м'яких тканин у хворої А-ли, 84 роки. Дно



рани – фасція. Після повного відсепарування від м'яких тканин та висічення патологічного утворення проведене лігування та прошивання судин. Мобілізовано гострим шляхом краї рани для накладання швів. Інтраопераційна фотофіксація, 05. 01. 2025 р.

Вилучений операційний біоматеріал скерували і транспортували в лабораторію з метою подальшого патогістологічного вивчення для верифікації діагнозу та проведення остаточної диференційної діагностики із злоякісними новоутвореннями шкіри. Результат гістологічного дослідження (14. 01. 2025 р). Піогенна гранульома (синоніми: botriomycoma, піококкова гранульома) великих розмірів, розростання гіпергрануляцій в

ділянці трофічної виразки правої гомілки. Післяопераційний період без ускладнень. На 14 день від оперативного втручання зняли шви. Косметичний ефект – задовільний. Рана загоїлася первинним натягом. Після проведеного оперативного втручання пацієнтка продовжувала стаціонарне лікування в умовах відділення паліативної допомоги. Крім системної антибіотикотерапії та корекції коморбідної патології, догляду, рану щоденно перев'язували із застосуванням полівідон-йоду та розчину фукокорцину. Виписана для проходження курсу реабілітації під амбулаторне спостереження хірурга та ендокринолога. Рекомендована корекція способу життя, зниження маси тіла, контроль глікемії за допомогою глюкометра та ведення “щоденника глікемії”, а також консультації судинного хірурга та кардіолога. Бажане здійснення повторного огляду та реабілітації через місяць, три, шість та 12 місяців після операційного лікування.

Даний клінічний випадок демонструє рідкісну, казуїстичну ситуацію – розвиток піогенної гранульоми (ботріомікоми, піококкової гранульоми), тобто патологічних гіпергрануляцій на місці тривало існуючої трофічної виразки гомілки у пацієнтки похилого віку з коморбідною ендокринологічною та судинною патологією. Особливість цього випадку полягає у тому, що незважаючи на наявність цукрового діабету, артеріальної гіпертензії та ожиріння, пацієнтка тривалий час залишалася без спеціалізованої медичної допомоги, а основні спроби лікування полягали у застосуванні місцевих засобів. Відомо, що загоєння хронічних ран у пацієнтів із цукровим діабетом обумовлене мультифакторними порушеннями, включно з діабетичною нейропатією, порушенням мікроциркуляції, дисбалансом цитокінів та імунною дисфункцією. У цьому сенсі клінічний випадок, описаний у статті, може стати стимулом для подальших практичних удосконалень лікування хронічних гнійних ран, розростань гіпергрануляцій, піогенних гранульом в окремих категорій пацієнтів, зокрема у хворих на цукровий діабет.