

© Копча Ю.В., 2017  
УДК 616.98:579.862.1  
DOI 10.11603/1681-2727.2017.2.8002

Ю.В. Копча

## ВИПАДОК ПАРАНЕОПЛАСТИЧНОЇ БЕШИХИ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

**Мета роботи** – привернути увагу лікарів до можливості розвитку особливої форми бешихи, що супроводжує онкопатологію, – паранеопластичної.

**Висновки.** Онкопатологія здатна суттєво модифікувати клініку бешихи, зокрема призводить до зростання ступеня інтоксикації, площі ураження і навіть стати причиною «нетипової» локалізації запалення. Це підтверджує доцільність виділення особливої клінічної форми бешихи – паранеопластичної. Цінну інформацію для діагностики цієї хвороби надає термографічне дослідження. Зміни на термограмі зберігаються значно довше, ніж відповідні клінічні прояви, що дає можливість виявити формування хронічної форми і прогнозувати рецидиви.

**Ключові слова:** бешиха паранеопластична, термографія.

Як відомо, бешиха – інфекційно-алергічна хвороба людини з групи інфекцій зовнішніх покривів, яка характеризується розвитком серозного чи серозно-геморагічного вогнищевого запалення шкіри (або слизових оболонок) з гарячкою та іншими загальнотоксичними явищами. Збудником є різні серотипи  $\beta$ -гемолітичних стрептококів групи А.

Зазвичай бешиха локалізується на обличчі, нижніх кінцівках, рідше – в інших ділянках тіла і дуже рідко – на верхніх кінцівках. Однак супутні захворювання, передусім ендокринні та онкологічні, нерідко призводять не тільки до зростання ступеня тяжкості, частоти рецидивів бешихи, але й здатні значно збільшувати площу ураження та змінювати його локалізацію [1, 2]. У зв'язку з цим варто розрізняти і так звану паранеопластичну бешиху. Ми стали свідками такого випадку.

*Хворий Д.В.Г., 1962 р.н. (медична карта стаціонарного хворого № 1/2332), вчитель однієї із загальноосвітніх шкіл м. Тернопіль, 26.04.2017 р. доставлений в інфекційне відділення машиною швидкої допомоги з діагнозом «Гарячка нез'ясованого генезу». При ушпиталенні скарги на значне загальне нездужання, підвищення температури тіла до 39,0 °С, набряк, почервоніння і біль шкіри лівого плеча і передпліччя, сухість у роті.*

*Хворіє з 25.04, коли вперше з'явилася остуда, температура тіла підвищилась до 38,5 °С. Самостійно приймав*

*жарознижувальні препарати, однак ефект від такого лікування був дуже короточасним.*

*Рік тому прооперований з приводу меланому лівої підключичної ділянки та пахових лімфатичних вузлів зліва, отримав два курси хіміотерапії. На комп'ютерній томограмі органів шиї, грудної порожнини, черевної порожнини від 1.03.2017 р. візуалізувалося вторинне ураження лімфатичних вузлів вентральніше та дорзальніше лівого малого грудного м'язу. Субплевральний вузлик на межі S4-S5 правої легені. Гепатомегалія, дифузний стеатоз печінки. Проста кіста правої нирки. Гіперплазія передміхурової залози. Дивертикульоз сигмоподібної кишки. Гемангіома S1.*

*На МРТ голови (6.03.2017 р.) – МР-картина супратенторіального, позамозкового та парасагітального об'ємного утворення в проекції лівої лобної частки (susp. менінгіома). Субтотальні кісти верхньощелепних пазух.*

*Об'єктивно: загальний стан хворого порушений через інтоксикацію. Вгодованість підвищена. Легені та серце – без особливостей. АТ 130/90 мм рт. ст.*

*Нижній край печінки виступає з-під реберної дуги на 4 см.*

*Locus morbi: ліва верхня кінцівка значно набрякла. Шкіра лівого плеча і передпліччя, більше на розгинальній частині, містить великі (10-20 см) вогнища гіперемії у вигляді язиків полум'я, з'єднані слабо вираженими «містками». На фоні еритеми в ділянці лівого ліктьового суглоба проглядаються геморагії та пухирі, наповнені геморагічним ексудатом (мал. 1). На місці самовільного розриву пухирів оголюється ерозивна поверхня.*

*Загальний аналіз крові (26.04): ер. 3,97 Т/л, Нв 138 г/л, лейкоц. 8,7 Г/л, еоз. 2 %, п. 13 %, с. 56 %, лімф. 25 %, мон. 4 %. ШОЕ 6 мм/год.*

*Біохімічний аналіз крові (26.04): глюкоза 8,7 ммоль/л, білірубін 15,1 мкмоль/л, сечовина 6,5 ммоль/л, креатинін 0,07 ммоль/л, тимолова проба 2,4 од., АлАТ 0,66 ммоль/л (л\*год), АсАТ 0,58 ммоль/л (л\*год), білок загальний 73,8 г/л,  $\alpha$ -амілаза 21,8 од./л.*

*Коагулограма (26.04): протромбінова активність 103 %, тромботест IV, фібриноген 2,22 г/л.*

*Консультація онколога (27.04) – післяопераційний рубець лівої підключичної та аксиллярної ділянок та одичний метастаз 10 мм. Надключичні та шийні лімфа-*

## КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ



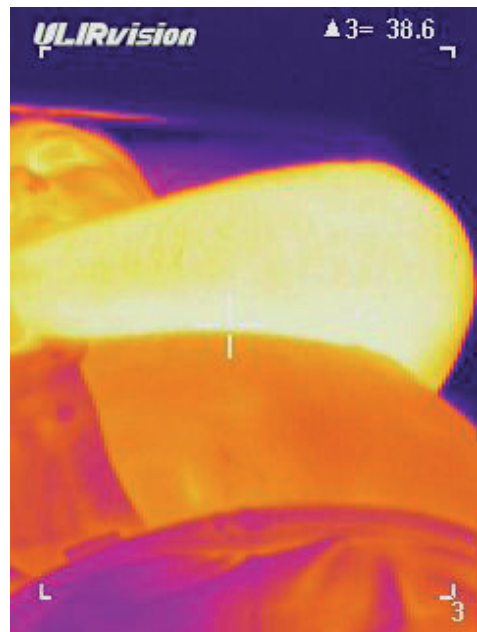
Мал. 1. Хворий Д.В.Г., 55 р. Первинна паранеопластична поширена бешиха лівого передпліччя і плеча, геморагічно-бульозна форма.

тичні вузли не збільшені. В потиличній ділянці зліва метастаз 12 мм, у товщі шкіри позаушної ділянки утвір 20 мм, з вираженим підшкірним лімфостазом.

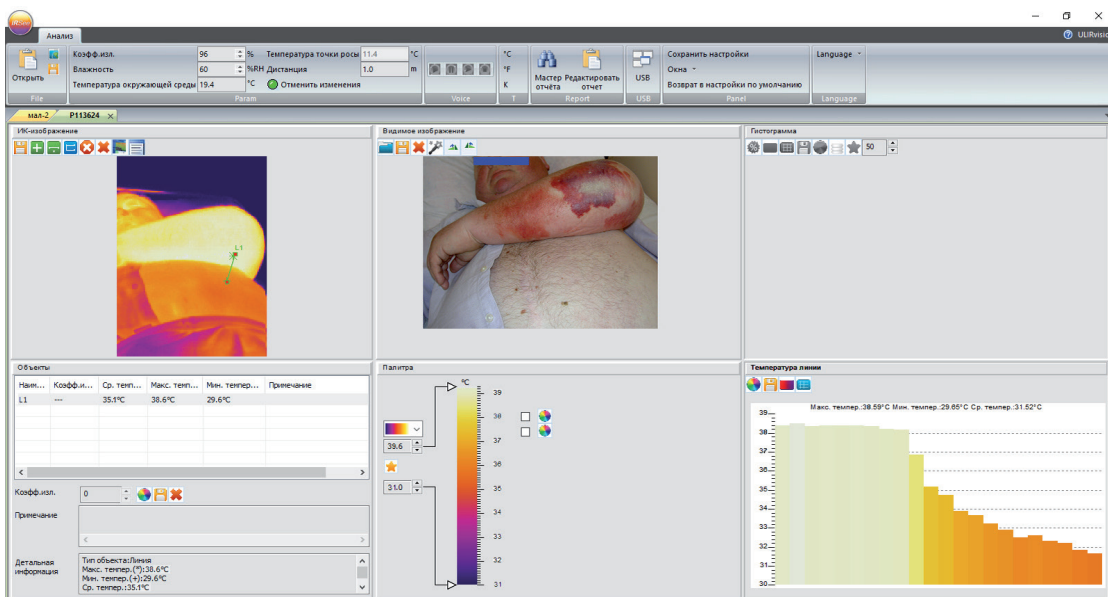
Консультація ендокринолога (27.04) – цукровий діабет вперше виявлений, тип II, середньої тяжкості. Аліментарно-конституційне ожиріння. Метаболічний синдром.

УЗД (2.05). Печінка збільшена +4 см, права частка 162 мм, ліва – 68 мм. Контури заокруглені, щільна. Ехоструктура паренхіми дрібнодисперсна, ехогенність підвищена. Печінкові вени не розширені. Ворітна вена діаметром 13 мм. Вогнищевих утворів немає. Жовчний міхур видалений. Діаметр холедоха 4,9 мм. Підшлункова залоза, селезінка, нирки – без особливостей.

Термографічне обстеження ураженої кінцівки засвідчило вогнищевий розігрів лівого передпліччя, переважно його дорзальної поверхні, причому різниця температур зі шкірою живота ( $\Delta T$ ) досягала 9,0 °C (мал. 2, 3). У місцях пухирів температура дещо нижча, ніж в сусідніх ділянках еритеми ( $\Delta T=0,7$  °C), що можна пояснити термоекрануючими властивостями ексудату.



Мал. 2. Термограма цього ж хворого. Вогнищевий розігрів переважно дорзальної поверхні лівого передпліччя ( $T_{\max}=38,6$  °C).



Мал. 3. Аналіз попередньої термограми та температури лінії (різниця температури зі сусідньою точкою на шкірі живота  $\Delta T=9,0$  °C).

На підставі анамнестичних, клінічних, лабораторних та інструментальних даних встановлено такий діагноз:

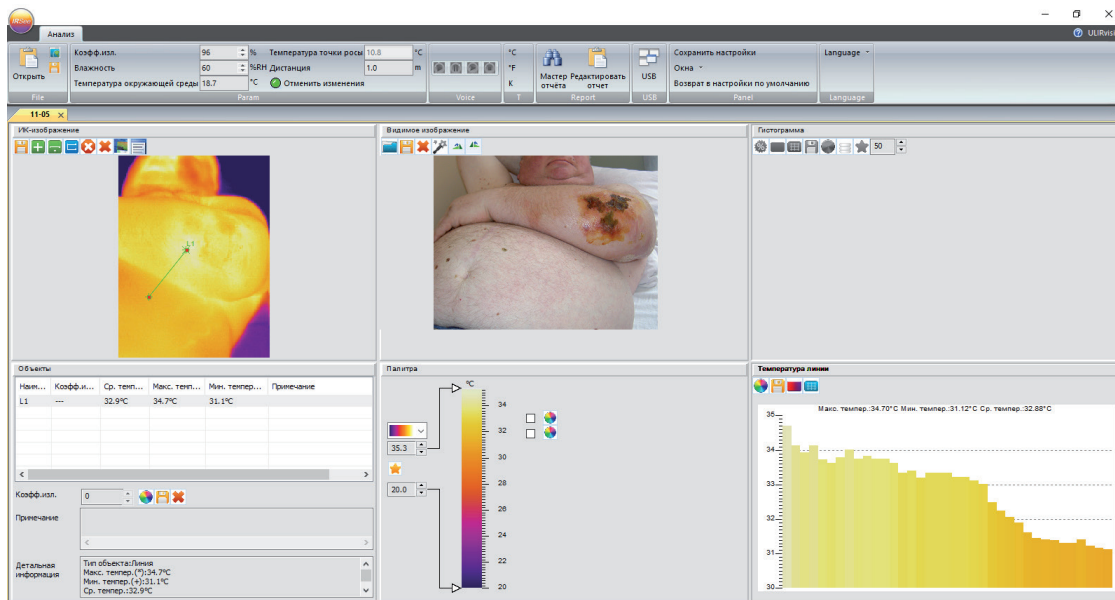
Первинна паранеопластична поширена бешиха лівого передпліччя і плеча, геморагічно-бульозна форма, тяжкий ступінь.

Одиничні віддалені метастази прооперованої меланоми лівої підключичної ділянки (2016 р.).

Цукровий діабет вперше виявлений, тип II, середньої тяжкості. Аліментарно-конституційне ожиріння. Метаболічний синдром. Гепатомегалія. Менінгіома в проекції лівої лобної частки. Субтотальні кісти верхньощелепних пазух.

Лікування: лораксон 1,0 г в/м двічі на добу протягом перших 10 діб, далі – лінкоміцин 30 % 2 мл в/м двічі на добу, патогенетична та симптоматична терапія (діаліпон турбо 600 мг в/в, гептрал 400 мг на 200 мл фізрозчину натрію хлориду в/в, лазікс 2,0 в/в; диклоберл 75 мг в/м; лактовіт форте 1 капс. тричі на добу, лоратадин 1 табл. (10 мг)/добу, діакор 500 мг/добу одноразово).

Під впливом лікування прояви бешихи регресували: до 16.05 вогнища гіперемії зникли, місця ерозій вкрились кірками, протягом наступного тижня зник і набряк ураженого передпліччя й кисті. Важливо, що зміни на термограмі зберігалися значно довше, ніж відповідні клінічні прояви (мал. 4).



Мал. 4. Аналіз термограми на час клінічного одужання (різниця температури зі сусідньою точкою на шкірі живота  $\Delta T=3,6$  °C).

Таким чином, онкопатологія здатна суттєво модифікувати клініку бешихи, зокрема призводити до зростання ступеня інтоксикації, площі ураження і навіть стати причиною «нетипової» локалізації запалення. Це підтверджує доцільність виділення особливої клінічної форми бешихи

– паранеопластичної. Цінну інформацію для діагностики цієї хвороби надає термографічне дослідження [3, 4]. Зміни на термограмі зберігаються значно довше, ніж відповідні клінічні прояви, що дає можливість виявити формування хронічної форми і прогнозувати рецидиви.

### Література

1. Інфекційні хвороби в загальній практиці та сімейній медицині / За ред. М.А. Андрейчина. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2007. – 500 с.
2. The current evidence for the burden of group a streptococcal diseases / J. R. Carapetis, A. C. Steer, E. K. Mulholland, M. Weber // World Health Organization. – 2015. – 132 p.
3. Андрейчин М.А. Теплобачення в медицині / М.А. Андрейчин. – К.: Медицина, 1990. – 48 с.
4. Pinter L. Über die Bewertung des thermographischen Bildes / L. Pinter // Klin. Monatsbl. Augenheilkd. – 2010. – Vol. 196, N 5. – P. 402-404.

## References

1. Andreichyn, M.A. (Ed.). (2007). *Infektsiini khvoroby v zahalnoi praktytsi ta simeinii medytsyni [Infectious diseases in general practice and family medicine]*. Ternopil: Ukrmedknyha [in Ukrainian].
2. Carapetis, J.R., Steer, A.C., Mulholland, E.K., & Weber, M. (2015). *The current evidence for the burden of group a streptococcal diseases*. World Health Organization.
3. Andreichyn, M.A. (1990). *Теплобачення в медицині [Thermovision in medicine]*. Kyiv: Medytsyna [in Ukrainian].
4. Pinter, L. (2010). Über die Bewertung des thermographischen Bildes. *Klin. Monatsbl. Augenheilkd*, 196 (5), 402-404. [in German].

## CASE OF PARANEOPLASTY ERISIPELAS

Yu.V. Kopcha

I. Horbachevsky Ternopil State Medical University

**SUMMARY.** *The aim of the work – to attract attention of doctors to possibility of erisipelas special form that accompanies oncologic pathology development, – paraneoplasty.*

**Conclusions.** *Oncologic pathology is able substantially to modify the clinic of erisipelas, in particular to result in the increase of degree of intoxication, area of defeat and, even, become reason of «offtype» localization of inflammation. It confirms the expediency of selection of the special clinical form of erisipelas – paraneoplasty. Valuable information for diagnostics of this illness is given by thermographic research. Changes on thermographic picture are kept considerably longer than corresponding clinical displays, that gives an opportunity to educe forming of chronic form and forecast relapses.*

**Key words:** *erisipelas paraneoplasty; thermography.*

## Відомості про автора

Копча Юлія Василівна – лікар-інтерн інфекційного відділення Тернопільської міської комунальної лікарні швидкої допомоги; kopcha\_julia@ukr.net.

## Information about author

Kopcha Yu.V. – internship doctor of Infectious Diseases Department of the Ternopil Town Municipal Emergency Hospital; kopcha\_julia@ukr.net

Конфлікт інтересів: немає.

Author have no conflict of interest to declare.

Отримано 28.05.2017 р.