

**СУЧАСНА КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА БЕШИХИ**

Н.І. ІЛЬІНА, М.Д. ЧЕМИЧ, В.В. ЗАХЛЄБАЄВА

Медичний інститут Сумського державного університету, м. Суми

*ключові слова:***бешиха, клініко-епідеміологічні особливості, перебіг, провокуючі фактори, супровідна патологія, наслідки**

Проблема бешихи залишається актуальною у зв'язку з її значною поширеністю, тенденцією до розвитку рецидивів, зміною клінічного перебігу, розвитком залишкових явищ, які призводять до тривалої непрацездатності та інвалідизації. За частотою реєстрації серед інфекційної патології займає четверте місце. Захворюваність на бешиху складає 4,3 на 10 тис. населення. На цю інфекцію припадає 15-20 % усіх запальних захворювань шкіри і підшкірної клітковини [1, 2].

Іншими аспектами проблеми є збільшення частки тяжких форм з ускладненнями, зростання кількості хворих з первинними формами бешихи, повільна репарація у вогнищі запалення [3, 4, 5]. Переважна локалізація патологічного процесу на нижніх кінцівках, схильність до рецидивування (16-50 %) та формування хронічної лімфо-венозної недостатності призводять до інвалідизації хворих нерідко ще у працездатному віці [6].

Встановлено, що в патогенезі бешихи важливу роль відіграють зміни імунологічної реактивності організму [7, 8]. На думку багатьох авторів, розвиток рецидивної бешихи пов'язаний із розвитком вторинного імунodefіцитного стану, обумовленого зниженням ефективності клітинного і гуморального імунітету, а також факторів природної антиінфекційної резистентності [9, 10].

За останні 5 років спостерігається збільшення числа пацієнтів з первинною бешихою [11, 12]. Однак розвиток ускладнень та рецидивів залишається високим. У зв'язку з цим актуальним є вивчення клінічного перебігу бешихи на сучасному етапі та пошук можливостей прогнозування і попередження ускладнень і рецидивів.

**МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ**

Вивчити епідеміологічні особливості, клінічні та лабораторні показники при бешисі для визначення прогностичних критеріїв ризику розвитку ускладнень і рецидивів.

**МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ**

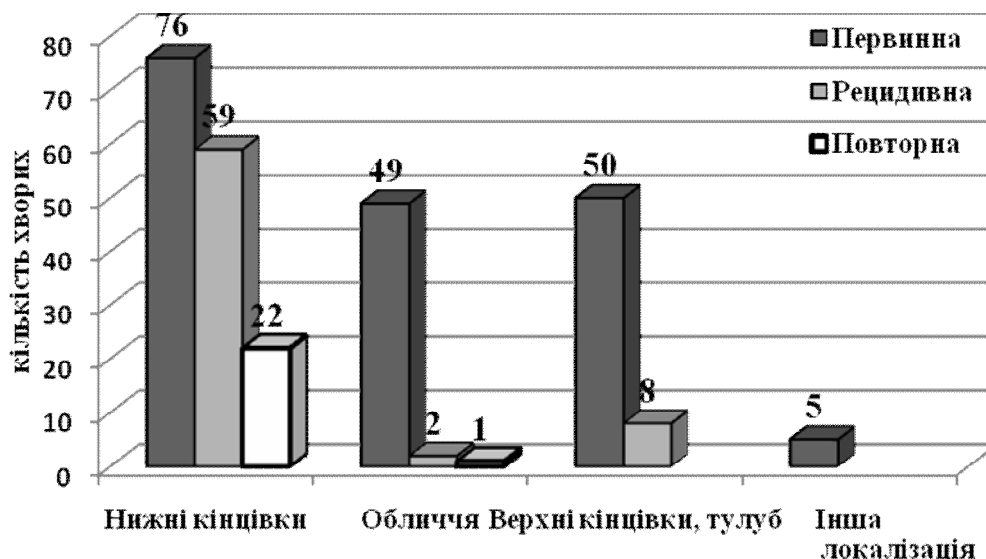
Вивчені епідеміологічні особливості, структура клінічних форм, перебіг, преморбідний фон у хворих на бешиху, що перебували на лікуванні в Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні ім. З.Й. Красовицького протягом 2004-2008 років. Обстежено 272 пацієнта. Всі дані дослідження заносили в „Електронну карту дослідження”. Результати клінічного спостереження і досліджень були піддані статистичній обробці. Для проведення обчислень використовували програму Microsoft Excel і наступні алгоритми: запис полів списку для обстежених, заповнення цих полів, власне обчислення, побудова таблиць і діаграм.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Переважний розвиток хвороби спостерігали у жінок (57,6 %) старше 40 років (64 %), що підтверджує літературні дані. В основній кількості хворих діагностовано первинну бешиху, а рецидивну і повторну – в 2,6 і 7,8 разів рідше (табл. 1). Слід відмітити зменшення в порівнянні з попередніми роками випадків рецидивної форми: 38,3 % у 2000-2003 р.р. та 25,4 % у 2004-2008 р.р.

Патологічний процес в основному локалізувався на нижніх кінцівках не залежно від кратності перебігу недуги (157 осіб, 57,8 %). При первинній бешисі ураження обличчя та верхніх кінцівок відбувалось з однаковою частотою (49 осіб, 18 % та 50 осіб, 18,4 % відповідно). Однак рецидиви хвороби частіше спостерігались на нижніх кінцівках (59

осіб, 21,7 %). Повторна бешиха майже завжди діагностувалась при ураженні нижніх кінцівок (22 осіб, 8,2 %) (рис. 1).



**Рисунок 1 - Локалізація запальних змін при бешисі**

Перебіг хвороби у  $\frac{2}{3}$  обстежених був середньої тяжкості та не залежав від повторюваності бешихи. Але і частка важкого перебігу була значною – у четвертій частини осіб, з них 92 % склали пацієнти з ураженням нижніх кінцівок. Слід зауважити, що значно рідше важкий ступінь спостерігали при повторній бешисі (табл. 1).

**Таблиця 1 - Залежність тяжкості перебігу бешихи від кратності**

Кратність перебігу бешихи	Кількість хворих (абс./%)	Ступінь тяжкості (абс./%)		
		Легкий	Середній	Тяжкий
<b>Первинна</b>	180/66,2	4/1,5	131/48,2	45/16,5
<b>Рецидивна</b>	69/25,4	6/2,2	45/16,5	18/6,6
<b>Повторна</b>	23/8,4	1/0,4	19/7	3/1,1
<b>Всього</b>	272/100	11/4,1	195/71,7	66/24,2

Серед клінічних форм переважала еритематозна – 149 (54,8 %). Слід відмітити, що у 80 % пацієнтів вона розвивалася при локалізації на обличчі та верхніх кінцівках. При ураженні нижніх кінцівок еритематозна форма реєструвалася лише у половини хворих. Інші клінічні форми – еритематозно-геморагічна, еритематозно-бульозна, бульозно-геморагічна, виразково-некротична розвинулись у 39 (14,4 %), 52 (19,1 %), 26 (9,5 %) та 6 (2,2 %) хворих відповідно (рис. 2). Еритематозно-геморагічна та бульозно-геморагічна бешиха розвивалася переважно при ураженні нижніх кінцівок, а частота еритематозно-бульозної форми не залежала від локалізації місцевого процесу.

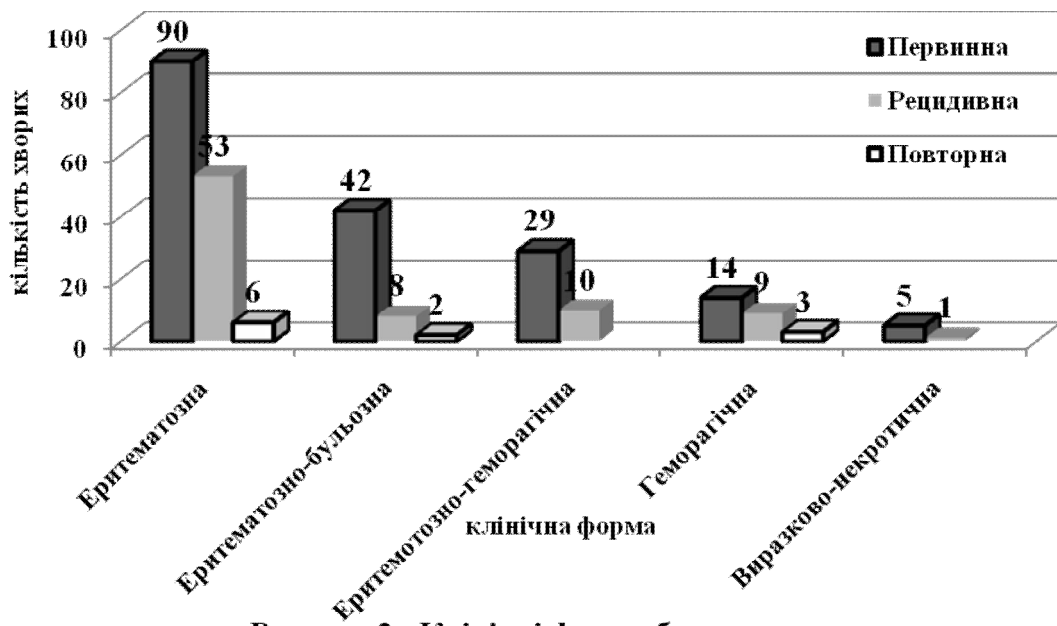


Рисунок 2 - Клінічні форми бешихи

В залежності від локалізації бешихи клінічний перебіг хвороби мав також свої особливості. Для бешихи нижніх кінцівок були більш характерні бульозна форма, утворення ерозій, розвиток лімфангітів, лімфаденітів, флегмон. Геморагічна форма теж локалізувалася переважно на нижніх кінцівках. Бешиха обличчя мала більш легкий перебіг, ніж при інших локалізаціях. Нерідко захворюванню передували гострі респіраторні інфекції, ангіни, карієс. Бешиха верхніх кінцівок переважно розвивалася на тлі післяопераційного лімфостазу в жінок з мастектомією і мала схильність до рецидивування.

Хвороба починалася гостро з ознобу (97,3 % випадків) і підвищення температури тіла до 38-40 °С (98,1 %). У 93,4 % хворих був головний біль, у 49,6 % - м'язовий, у 33,5 % - нудота і блювання. Симптоми інтоксикації виникали на 8-24 години раніше місцевих запальних проявів у 89,7 % осіб. Слід відмітити, що при первинній бешисі поява гіперемії у першу добу спостерігалась у 86,6 % хворих, при рецидивній – у 71,3 %. У 82,9 % випадків розвивався регіонарний лімфаденіт, у 52,1 % - лімфангіт. Останні зустрічались переважно в хворих з первинною бешихою. При еритематозній формі бешихи вогнищеві ураження тривали 5-9 діб, при бульозній і геморагічній – 12-18. Тривалість гарячки при неускладненому перебігу не перевищувала 5-6 діб. Після перенесеного захворювання у 49,3 % реконвалесцентів відмічені залишкові явища: пігментація шкіри, вогнищева застійна гіперемія, щільні кірочки на місці бул, набряки.

Таблиця 2 - Провокуючі фактори у хворих на бешиху

Провокуючий фактор	Бешиха	
	Первинна (%)	Рецидивна (%)
Мікротравми шкіри	48,1	19,7
Міжпальцева попрілість	3,2	28,4
Переохолодження	17,3	11,1
ГРЗ	3,9	4,7
Нервово-емоційні стреси	9,2	7,9
Алергічна реакція на лікарські препарати	4,7	6,2
Не виявлено	13,6	22,0

При вивченні факторів, що спричинили розвиток бешихи, у 67,8 % хворих були uszkodження шкіри (подряпини, мікротравми, розчухи тощо). Первинній бешисі найчастіше передували мікротравми, переохолодження, нервово-емоційні стреси, у кожного десятого хворого провокуючі фактори виявити не вдалось. При рецидивній бешисі серед місцевих факторів, що сприяли активації процесу, найчастіше була міжпальцева поприлість, мікротравми та переохолодження, не виявлено зовнішніх впливів майже в кожного четвертого пацієнта (табл. 2).

Аналогічно літературним даним, у більшості хворих на бешиху нами виявлена супровідна соматична патологія (табл. 3): ожиріння, хронічна венозна недостатність, мікози стоп, цукровий діабет, лімфедема нижніх кінцівок, трофічні виразки, хронічні захворювання шкіри різної етіології (екзема, стрептодермія, псоріаз). Слід відмітити, що фонові захворювання більш притаманні хворим на рецидивну бешиху.

Таблиця 3 – Наявність супровідної патології у хворих на бешиху

Супровідна патологія	Бешиха	
	Первинна (%)	Рецидивна (%)
<b>Ожиріння</b>	59,1	71,3
<b>Варикозна хвороба</b>	36,3	47,2
<b>Мікози стоп</b>	11,9	16,3
<b>Трофічні виразки</b>	7,4	8,1
<b>Цукровий діабет</b>	9,7	12,4
<b>Екзема</b>	3,0	5,1
<b>Мастектомія</b>	2,7	11,6
<b>Лімфедема нижніх кінцівок</b>	3,7	9,2

Ускладнення бешихи зареєстровані у 21 (7,7 %) хворого, переважно з первинною бешихою у жінок старше 60 років на нижніх кінцівках. Найбільш часто ускладнення розвивалися при бульозних формах хвороби. Всі вони мали місцевий характер: абсцеси – у 11 осіб, флегмона – у 4, некрози шкіри – у 3, тромбофлебіт – у 3. Переважно ці ускладнення розвивались на другому тижні захворювання.

Для визначення критеріїв ризику розвитку ускладнень проведена порівняльна оцінка клінічних і гематологічних показників у 21 хворого (I група) з ускладненим і 20 (II група) з неускладненим перебігом хвороби. Початок, виразність інтоксикаційного синдрому, гарячкової реакції були однаковими в обох групах. Однак місцеві прояви хвороби були вже в дебюті хвороби у 89 % пацієнтів першої групи, а в хворих другої групи вони запізнювались на декілька годин. Фебрильна гарячка в хворих з ускладненнями бешихи була більш тривалою і до моменту розвитку ускладнень нормалізувалась у третини пацієнтів, а у хворих з абсцесами і флегмоною залишалась на рівні 38 °С і вище.

Особливістю перебігу хвороби у хворих першої групи був виражений больовий синдром у місці ураження, який виникав із самого початку захворювання. Регіонарний лімфаденіт і лімфангоїт у цій групі відмічений лише у 17 % пацієнтів. Слід відмітити, що в хворих з ускладненим перебігом бешихи частіше, ніж у другій групі, виявлялася супровідна патологія з кількох захворювань: ожиріння, цукровий діабет, гіпертонічна хвороба, пієлонефрит, варикозна хвороба, мікози ступнів тощо.

Оцінюючи лабораторні показники, встановили, що в хворих на ускладнену бешиху зміни периферійної крові вже при поступленні в стаціонар характеризувалися значним лейкоцитозом ( $15,3 \pm 2,1 \cdot 10^9/\text{л}$ , збільшенням кількості паличкоядерних нейтрофілів до 21 %, лейкоцитарний індекс інтоксикації в середньому склав  $(12,7 \pm 0,9)$ , а у пацієнтів з неускладненим перебігом ці показники були нижчими -  $(8,1 \pm 1,03) \cdot 10^9/\text{л}$ , 9 % і  $(7,1 \pm 0,8)$  відповідно ( $P < 0,05$ ). Слід зазначити, що при рецидивній бешисі ці показники були в обох групах нижчими, ніж при первинній формі ( $P < 0,05$ ).

Таким чином, проведене дослідження дозволяє зробити висновки про клініко-епідеміологічні особливості перебігу сучасної бешихи та можливість прогнозування ускладнень.

#### ВИСНОВКИ

- 1 На бешиху частіше хворіють особи жіночої статі старше 40 років.
- 2 Переважно реєструється первинна бешиха, а рецидивна і повторна лише у третини випадків. Відбувається зменшення рецидивів недуги.
- 3 Для сучасної бешихи характерна локалізація процесу в основному на нижніх і верхніх кінцівках та тулубі.
- 4 Серед клінічних форм переважає еритематозна та еритематозно-бульозна.
- 5 Факторами ризику розвитку ускладнень бешихи є жіноча стать, старший вік, первинні форми хвороби, тяжкий перебіг, бульозний характер місцевого процесу, наявність супровідної соматичної патології (ожиріння, хронічна венозна недостатність, мікози стоп, цукровий діабет), виражений больовий синдром у вогнищі запалення, відсутність регіонарного лімфаденіту, високі показники лейкоцитозу і лейкоцитарного індексу інтоксикації.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Брико Н.И. Клинико-эпидемиологическая характеристика стрептококковой (группы А) инфекции на современном этапе // Терапевтический архив. – 2002. - № 11. – С. 26-31.
2. Еровиченко А, Брико Н.И., Горобченко А. Особенности современной клиники рожи // Врач. – 2004. - № 2. – С. 32-34.
3. Steveus D. Invasve streptococae infections / J. Infect. Chemother. - 2001. - № 7 (2) – P. 69-80.
4. Захараш М.П., Малиновський С.Ю. Бешиха // Лікарська справа. - 2006. - № 3. – С. 17-24.
5. Шляпников С.А. Рожистое воспаление: взгляд на нестареющую проблему // Вестник хирургии. – 2004. - № 4. – С. 71-74.
6. Біляєва О.О., Кравченко О.В., Погоріла В.В. та ін. Бешиха: особливості клінічного перебігу, структури і частоти захворювання // Хірургія України - 2005. - № 4 (16). – С. 95-99.
7. Дунда Н.И., Балмасова И.П., Филиппков П.Г. Значение иммунологических критериев в прогнозировании рецидивов и гнойных осложнений при первичной роже // Инфекционные болезни. - 2008. – Т. 6, № 2. – С. 46-49.
8. Жданов М.А. Прогнозирование рецидивов рожи // Инфекционные болезни. – 2007.- № 1. –С. 88 - 90.
9. Schmit J.L. A prospective study on erysipelas and infectious cellulites: how are they dealt within hospital / Ann Dermatol. Venerol. - 2001. - № 128. - P. 334-337.
10. Horelt A. The CD 14 + CD 16 + monocytes in erysipelas are expanded and show reduced cytokine production // Eur. J. Immunol. – 2002. – Vol. 22, № 5. – P. 1319 – 1327.
11. Лебедев В.В., Жаров М.А. Современная клинико-эпидемиологическая характеристика рожи (по данным исследований, проведенных в Майкопе) // Инфекционные болезни. - 2007. - Т. 5, № 2. - С. 80-87.
12. Ратникова Л.И., Жанбурченко А.Н., Лаврентьева Н.Н. Клинико-эпидемиологическая характеристика рожи на современном этапе // Инфекционные болезни. - 2006. – Т. 4, № 4. – С. 74-77.

УДК 616.5 – 002.36 - 085 – 036.2

Н.І. Ільїна, М.Д. Чемич, В.В. Захлебаєва

## СУЧАСНА КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА БЕШИХИ

Медичний інститут Сумського державного університету, м. Суми

На підставі обстеження 272 хворих на бешиху, що знаходились на лікуванні в Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні ім. З.Й. Красовицького протягом 2004-2008 років, виявлено клініко-епідеміологічні особливості перебігу недуги. А саме: на бешиху частіше хворіють особи жіночої статі старше 40 років; переважно реєструється первинна бешиха, а рецидивна і повторна лише у третині випадків; в останні роки відбувається зменшення рецидивів недуги; характерна локалізація процесу в основному на нижніх і верхніх кінцівках та тулубі; серед клінічних форм переважає еритематозна та еритематозно-бульозна; факторами ризику розвитку ускладнень бешихи є жіноча стать, старший вік, первинні форми хвороби, тяжкий перебіг, бульозний характер місцевого процесу, наявність супровідної соматичної патології (ожиріння, хронічна венозна недостатність, мікози стоп, цукровий діабет), виражений больовий синдром у вогнищі запалення, відсутність регіонарного лімфаденіту, високі показники лейкоцитозу і лейкоцитарного індексу інтоксикації.

**Ключові слова:** бешиха, клініко-епідеміологічні особливості, перебіг, провокуючі фактори, супровідна патологія, вислідки

УДК 616.5 – 002.36 - 085 – 036.2

Н.И. Ильина, Н.Д. Чемич, В.В. Захлебаева

**Современная клиничко-эпидемиологическая характеристика рожи**

Изучено течение рожи у 272 больных. Выявлено, что рожей чаще болеют женщины старше 40 лет. В последние годы увеличилась частота первичной формы рожи, преимущественная локализация – нижние конечности. Среди клинических форм преобладает эритематозная и эритематозно-буллезная. Факторами развития осложнений рожи являются женский пол, пожилой возраст, первичные формы болезни, тяжелое течение, буллезный характер местного процесса и наличие сопутствующей соматической патологии

**Ключевые слова:** рожа, клиничко-эпидемиологические особенности, факторы риска, сопутствующая патология, исходы

UDK 616.5 – 002.36 - 085 – 036.2

N.I. Il'yina, N.D. Chemych,

V.V. Zakhlebayeva

**The Modern Clinical and Epidemiological Characteristic of Erysipelas**

272 patients with erysipelas were examined. It was discovered, that women over 40 years often were ill with erysipelas. Last years the frequency of erysipelas primary forms was increased; predominantly localization was lower extremity. Among the clinical forms of the disease the erythematous, erythematous and bullous forms prevailed. The factors of complication's development are female sex, elderly age, primary form of disease, severe clinical course, bullous character of local process and accompanying somatic pathology.

**Key-words:** erysipelas, clinical and epidemiological characteristic, risk factors, accompanying somatic pathology, final of the disease