

**Клінічні та епідеміологічні особливості сучасної бешихи [Текст] / Н.І. Ільїна, М.Д. Чемич, В.В. Ільїна, Н.О. Капустян // Інфекційні хвороби. - ТДМУ, 2014. - № 4. - С. 39-42.
УДК: 616.5 – 002.36 – 085 – 036.2**

Н. І. Ільїна, М.Д. Чемич, В.В. Ільїна, Н.О. Капустян

КЛІНІЧНІ І ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОЇ БЕШИХИ

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією Сумського державного університету

Проаналізовано клінічні особливості перебігу бешихи. Встановлено, що на бешиху частіше хворіють жінки старше 40 років. Спостерігається зростання частоти первинної бешихи і зниження відсотка рецидивної. У структурі захворювання переважає еритематозна форма недуги. Основною локалізацією місцевого запального процесу є нижні кінцівки. Реєструється зниження розвитку ускладнень бешихи.

Ключові слова: бешиха, клініка, особливості.

Проблема мінливості інфекційних хвороб – одна із важливих в інфектології. Це не випадковий, а закономірний процес, що виникає при взаємодії організму хворого і зовнішнього середовища. Він пов'язаний з неконтрольним застосуванням антибактеріальних препаратів, зміною біологічних властивостей збудника, зсувами в імунній системі організму людини під впливом природних і соціальних факторів.

Крім тенденції до зниження летальності, частоти ускладнень, збільшення випадків середньотяжкого і легкого перебігу інфекційних хвороб, характерним стала поява хронічного і затяжного перебігу захворювань [1]. Ці зміни не обійшли і бешиху. Протягом багатьох років її вважали тяжкою епідемічною хворобою з небезпечними ускладненнями і значною летальністю. У наш час існуючі уявлення про хворобу суттєво змінилися. Бешиха стала спорадичною малоконтагіозною ендемічною хворобою [2].

Еволюція відбулась і в клінічному перебігу. У середині 70-80 років минулого століття домінували геморагічні форми бешихи, збільшилась частота захворювань з тривалою гарячкою, повільною репарацією у вогнищі запалення. Причиною цих процесів, крім імунологічних змін в організмі хворого, було формування нових клонів стрептококу, що підтверджувалось зростанням захворюваності на тяжкі інвазивні форми стрептококових інфекцій, появою нових форм – синдрому токсичного шоку, некротичного міозиту тощо. Відмічалось зростання захворюваності на скарлатину, ревматизм, стрептококовий фарингіт [3, 4, 5]. З початку другого тисячоліття спостерігається тенденція до зменшення геморагічних форм бешихи та збільшення числа первинних. За поширеністю і захворюваністю недуга посідає четверте місце серед інфекційної патології [6]. Розвиток рецидивів, ускладнень, що призводять до тривалої непрацездатності, в окремих випадках до інвалідизації, зростання

захворюваності серед осіб працездатного віку свідчать про те, що ця хвороба не втрачає своєї актуальності і сьогодні.

Мета роботи - вивчити особливості епідеміології і клінічного перебігу сучасної бешихи.

Матеріали і методи

Проведений аналіз епідеміологічних особливостей, структури клінічних форм, преморбідного фону, перебігубешихи у хворих, що перебували на лікуванні у Сумській інфекційній клінічній лікарні імені З. Й.Красовицького у 2004-2013 рр. Обстежено 483 осіб загальноприйнятими клінічними та лабораторними методами дослідження, які занесли в «Електронну карту досліджень». Результати клінічних спостережень і досліджень були піддані статистичній обробці з використанням програми Microsoft Excel. Вірогідною вважали різницю $p < 0,05$.

Результати досліджень та їх обговорення

Серед обстежених пацієнтів, госпіталізованих з бешихою, переважають жінки (59,2 %) старше 40 років (67,3 %), що збігається з дослідженнями інших авторів [7,8]. Ймовірно, що переважання у віковій структурі осіб старшого віку зумовлено повторною сенсibiliзацією гемолітичним стрептококом протягом життя та наявністю інших патологічних станів [9, 10].

Аналізуючи перебіг бешихи за кратністю, встановлено, що найбільше було первинних форм недуги (табл.1), які з 2004 року зросли вдвічі – з 33,1% до 66,1 %.

Таблиця 1

Залежність тяжкості перебігу бешихи від кратності

Кратність перебігу бешихи	Кількість хворих (абс./%)	Ступінь тяжкості (абс./ %)		
		Легкий	Середній	Тяжкий
Первинна	319/66,1	14/2,9	227/47,0	78/16,2
Рецидивна	133/27,5	6/1,2	61/12,6	66/13,7
Повторна	31/6,4	2/0,4	25/5,2	4/0,8
Всього	483/100	22/4,5	313/64,8	148/30,7

Тяжкість перебігу у 2/3 осіб був середнього ступеня, у 30,7% - тяжкого. Останній з однаковою частотою реєструвався як при первинній (16,2 %), так і рецидивній бешихі (13,7 %).

З клінічних форм у половини пацієнтів (241 особа, 49,9 %) діагностовано еритематозну, бульозна (у 1,7 разу) і геморагічна (у 2,3 разу) форми реєструвались рідше (28,6 % і 19,9 % відповідно).

Місцевий процес переважно локалізувався на нижніх кінцівках – 299 (61,9 %), з меншою частотою на обличчі – 114 (23,6 %), на верхніх кінцівках і тулубі – 66 (13,7 %), інша локалізація була у 4 (0,8 %) хворих. Рецидиви хвороби та повторна бешиха найчастіше спостерігались також на нижніх кінцівках (табл. 2).

Таблиця 2

Локалізація запальних змін при бешисі

Клінічна форма бешихи за кратністю	Локалізація процесу (абс./ %)			
	Нижні кінцівки	Верхні кінцівки і тулуб	Обличчя	Інша
Первинна	154/31,9	55/11,4	106/22	4/0,8
Рецидивна	118/24,4	11/2,3	4/0,8	-
Повторна	27/5,6	-	4/0,8	-
Всього	299/61,9	66/13,7	114/23,6	4/0,8

Таким чином, важливою особливістю сучасної бешихи є збільшення питомої ваги еритематозної форми. Відбувається еволюція клінічного перебігу бешихи від геморагічної, що домінувала у 80-90 роках минулого століття і характеризувалася тяжким перебігом з повільною репарацією у вогнищі запалення, до еритематозних форм переважно середнього ступеня тяжкості. Причиною цього явища ймовірно є зміна М-штама гемолітичного стрептокока групи А, який превалював у той час і спричиняв розвиток геморагічних форм бешихи [11]. Слід зауважити, що останні не втрачають свого домінування в інших регіонах світу, зокрема в Росії [4].

Залежно від локалізації патологічного процесу, клінічний перебіг бешихи також мав свої особливості. Бульозні форми недуги розвивались тільки на нижніх кінцівках, жодного випадку цієї форми іншої локалізації ми не зустрічали. Для них характерне утворення ерозій, розвиток лімфангітів, лімфаденітів, некрозу шкіри. Геморагічні форми також локалізувались на нижніх кінцівках. Бешиха обличчя мала більш легкий перебіг без рецидивів, з клінічних форм домінувала еритематозна (97,67 %). Недуга локалізацією на верхніх кінцівках і тулубі розвивалася на тлі післяопераційного лімфостазу у жінок з мастектомією, мала схильність до розвитку рецидивів.

У більшості пацієнтів (98,1%) початок бешихи був гострим і характеризувався швидким розвитком симптомів інтоксикації, які передували місцевим проявам хвороби від кількох годин до 1-2 діб. Температура тіла сягала 38-40⁰ С (97,9%). Пацієнти скаржилися на: головний (98,2 %) і м'язовий (71,4 %) біль, артралгії (17,8 %), нудоту і блювання (14,2 %). У частини хворих у ділянці майбутніх локальних уражень з'являлися парестезії, відчуття розпирання, печіння, помірний біль. Слід відмітити, що при первинній бешисі у 82,4 %

осібпоява гіперемії спостерігалась у першу добу, при рецидивній - переважно на другу. Регіонарний лімфаденіт розвивався у 57,1 % осіб, лімфангіт – у 44,2 %.

При еритематозній формі бешихи вогнищеві ураження тривали 5-7 діб, при бульозній і геморагічній –12-18. Тривалість гарячки при неускладненому перебігу не перевищувала 5-6 діб. Після перенесеної хвороби майже у половини (47,1 %) хворих відмічалися залишкові явища: пігментація шкіри, вогнищева застійна гіперемія, лімфостаз нижніх кінцівок.

Для визначення типу інфекції (екзогенна або ендогенна) велике значення має виявлення провокуючих факторів, що передували і сприяли розвитку бешихи. Вони були наявні у 81,2 % - 80,4% хворих (табл. 3).

Таблиця 3

Провокуючі фактори у хворих на бешиху (%)

Провокуючий фактор	Бешиха	
	Первинна	Рецидивна
Мікротравми шкіри	38,8	13,1
Міжпальцевапоприлість	14,3	52,2
Переохолодження	22,4	8,6
Перенесені ангіни, ГРЗ	6,1	5,4
Нервово-емоційні стреси	4,1	1,1
Не виявлені	14,3	19,6

Як видно з таблиці 3, у половини обстежених хворих розвитку хвороби сприяли ушкодження шкіри (подряпини, розчухи, мікротравми). Первинній бешисі частіше передували мікротравми, переохолодження і міжпальцевапоприлість. При рецидивній формі серед місцевих факторів, що сприяли активізації процесу, були міжпальцевапоприлість і мікротравми шкіри. Не виявлено провокуючих факторів у кожного п'ятого хворого.

Таблиця 4

Частота супровідної патології у хворих на бешиху (%)

Супровідна патологія	Бешиха	
	Первинна	Рецидивна
Ожиріння	49,3	68,4
Варикозна хвороба нижніх кінцівок	26,1	48,2
Цукровий діабет	9,8	14,9
Мікози стоп	8,6	19,1
Трофічні виразки	7,6	9,8
Лімфедема нижніх кінцівок	4,2	12,5

Мастектомія	3,1	11,2
Екзема	3,4	4,9

Факторами ризику розвитку бешихи є супутні хвороби [12]. За нашими даними, ця патологія визначалась у 72,2 % обстежених хворих на бешиху, переважно у осіб з рецидивною формою (табл. 4).

Супровідна патологія більш притаманна хворим на рецидивну бешиху, яка розвивалась на тлі ожиріння, варикозної хвороби вен нижніх кінцівок, цукрового діабету, а при локалізації процесу на верхніх кінцівках і тулубі на тлі післяопераційного лімфостазу в зв'язку з мастектомією у жінок.

Ускладнення бешихи спостерігались у 38 (7,9%) пацієнтів з бульозною формою із локалізацією на нижніх кінцівках і мали місцевий характер: абсцес – у 14 осіб, флегмони – у 7, некрози шкіри – у 6; флебіт – у 4, тромбофлебіт – у 7. Ускладнення розвивались частіше на другому тижні захворювання, переважно у жінок старше 60 років з супутньою патологією (ожиріння, цукровий діабет, варикозна хвороба).

У клінічному аналізі крові відмічався помірний лейкоцитоз $(9,5 \pm 0,6) \times 10^9/\text{л}$ у хворих без супутньої патології, у осіб з фоновими захворюваннями - значний $(17,05 \pm 0,44) \times 10^9/\text{л}$ ($p < 0,05$), мав нейтрофільний характер; ШОЕ $(7,0 \pm 0,7)$ мм/год та $(16,1 \pm 0,9)$ мм/год відповідно. Показники червоної крові були у межах норми.

Таким чином, проведені дослідження дають підставу зробити висновки про клініко-епідеміологічні особливості сучасної бешихи.

Висновки

- 1 На бешиху частіше хворіють жінки старше 40 років.
- 2 Спостерігається зростання первинної бешихи (66,1%) і зниження відсотка рецидивної (27,5%).
- 3 У структурі захворювання переважає еритематозна форма недуги (49,9%), геморагічна форма - у кожного п'ятого. Основною локалізацією місцевого запального процесу є нижні кінцівки (62,9%).
- 4 Реєструється зниження розвитку ускладнень бешихи (7,9 %).

Література

1. Брико Н.И. Эпидемиология и профилактика стрептококковой (группа А) инфекции / Н. И. Брико, М. В. Журавлев, Н. А. Малышев. – М.: «Северо-Принт», 2003. – 99 с.
2. Еровиченков А. Особенности современной клиникерожи / А. Еровиченков, Н. Брико, А. Горобченко // Врач. – 2004. - №2. – С. 32-34.

3. Efstramlou A. Group A streptococclithe 1990 s /A.Efstramlou// AntimicrobChemother. – 2000. – Vol. 45. - № 6. – P. 56-61.
4. Жаров М.А. Прогнозированиерецидивоврожи/М.А. Жаров //Инфекционныеболезни. – 2007. - № 1. – С. 32 – 34.
5. Захараш М.П. Бешиха / М.П. Захараш, С.Ю. Малиновський //Лікарська справа. – 2006. - №3. – С. 17-24.
6. Шляпников С.А. Рожистоевоспаление: взгляд на нестареющую проблему /С.А. Шляпников // Вестникхирургии. – 2004. - №4. – С. 71-74.
7. Гусак И.В. Лечениерожистоговоспаления в условияххирургическогогостационара/И.В. Гусак // КАARKIV SupricalSchool. – 2010.- № 4. – С.129-132.
8. Ратникова Л.И. Клинико-эпидемиологическая характеристика рожи на современномэтапе /Л.И.Ратникова, А.Н. Жамбурчинова, Н.Н. Лаврентьева // Инфекционныеболезни. – 2008. - № 4. – С. 74-77.
9. Horelt A.The CD14+CD16+monocytesinerysipelasareexpandedandshowreducedcytokineproduction/ A. Horelt//Eur .J. Immunol. - 2004. – Vol 22, №5. – P.1319-1327.
10. Дунда Н.И.Значениеиммунологическихкритериев в прогнозированиирецидивов и гнойныхосложнений при первичной роже / Н.И. Дунда, И.П. Балмасова, П.Г. Филиппков //Инфекционныеболезни. – 2008. – Т. 6, № 2. – С. 46-49.
11. Бурданова Т.М. Оптимизацияпрофилактикирецидивовпервичнойрожи с применениемциклоферона / Т.М. Бурданова, К.А. Аитов // Клиническая медицина. – 2010. - №6. – С. 55-58.
12. Жаров М.А. Рожа: клинико-эпидемиологическая характеристика, совершенствованиеметодовлечения и прогнозированиятеченияболезни/М.А.Жаров // Автореф. дис...докт.мед. наук. – Москва, 2007. –12с.

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

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОЙ РОЖИ

Проанализированы клинические особенности течения рожи. Установлено, что рожей чаще болеют женщины старше 40 лет. Наблюдается рост частоты первичной рожи и снижение рецидивной. В структуре заболевания преобладает эритематозная форма болезни. Основной локализацией местного воспалительного процесса

являются нижние конечности. Регистрируется снижение развития осложнений рожки.

Ключевые слова: рожа, клиника, особенности.

N.I.I'yina, M.D. Chemych, V.V. Zakhlebayeva, N.A. Kapustyan

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PECULIARITIES OF THE MODERN ERYSIPELAS

Analyzed the clinical peculiarities of erysipelas. Stated that erysipelas more common in women over 40. An increase in the frequency of primary erysipelas and reduce the rate of relaps. In the structure of the disease prevails serythematous form of disease. The main localization of local inflammation is the lower limbs. Recorded reduction of complications of erysipelas.

Keywords: erysipelas, clinic, features.