

М.Д. Чемич, О.С. Саєнко

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОЇ БЕШИХИ

Сумський державний університет

Незважаючи на те, що бешиха є давно відомою хворобою, захворюваність залишається стабільно високою. Хвороба, як і раніше, характеризується схильністю до частих рецидивів, що призводить до тривалої непрацездатності пацієнтів.

Мета роботи – встановити особливості сучасної бешихи та якості життя залежно від частоти хвороби на підставі вивчення епідеміології, клініки, ступеня ендогенної інтоксикації, рівня реактивності організму.

Пацієнти і методи. Обстежено і опрацьовано медичні карти 75 хворих на бешиху. Розраховано інтегративні показники ендогенної інтоксикації та імунореактивності. Для оцінки якості життя був використаний опитувальник SF-36. Групу порівняння склали 44 здорові людини.

Результати. Хворі були розділені на три групи: з первинною, з повторною, з рецидивною бешихою, по 25 осіб у кожній. Серед усіх хворих переважали жінки (78,7%). Вік становив (54,2±4,1) роки. Найбільша кількість пацієнтів госпіталізована у серпні. Ступінь тяжкості хвороби у 90,0% обстежуваних був середнім. Серед клінічних форм переважала еритематозна (54 хворих – 72,0%). Індекси неспецифічної реактивності та активності запалення нижчі при рецидивній бешисі ($p < 0,05-0,001$). Показник психологічного компонента здоров'я у пацієнтів з первинною (43,8±0,7 бала) та повторною (44,6±0,9 бала) формами бешихи на 12,0% був вищим від осіб з рецидивною формою бешихи – (38,9±1,2) балів, $p < 0,01$. Показники фізичного компонента у пацієнтів з первинною та повторною формами бешихи перебували на одному рівні (відповідно (46,1±0,5) бала та (47,4±1,0) бала, $p > 0,05$), найнижчим він був у пацієнтів з рецидивною формою бешихи: (42,1±1,3) бала ($p < 0,05$).

Висновки. Встановлено статистично достовірне підвищення індексів ендогенної інтоксикації та зниження індексів неспецифічної реактивності при рецидивній бешисі відносно первинної бешихи та контрольної груп. Найнижчі показники фізичного та психологічного ком-

понентів здоров'я спостерігалися у пацієнтів з рецидивною формою бешихи.

Ключові слова: бешиха; рецидиви; інтегративні індекси інтоксикації; імунореактивність.

Протягом багатьох років бешиха вважалася тяжкою хворобою, яка перебігала з досить серйозними ускладненнями і високою летальністю. Успіхи антибіотикотерапії привели до змін існуючих уявлень, бешиху почали відносити до спорадичних, малоконтагіозних інфекцій. Але лікування антибіотиками не привело до зниження захворюваності на бешиху, яка залишається стабільно високою протягом останніх тридцяти років, тому в останні десятиліття дослідники і практичні лікарі знову зосередили увагу на проблемі бешихи [1, 2].

За частотою реєстрації серед інфекційної патології бешиха займає четверте місце. За даними офіційної статистики, захворюваність становить 4,3 на 10 тис. населення. На цю інфекцію припадає 15-20% усіх запальних захворювань шкіри і підшкірної клітковини [3]. Хвороба, як і раніше, характеризується схильністю до розвитку частих рецидивів, що призводить до тривалої непрацездатності пацієнтів. Рецидивній бешисі відводять важливе значення в етіології такого тяжкого ускладнення, як слоновість, що найчастіше призводить до інвалідизації хворих. Спостерігаються зміни у клінічному перебігу бешихи, а саме: зростання кількості пацієнтів з еритематозно-бульозними формами, збільшення частоти випадків з тривалою гарячкою, повільна репарація у місці запалення. Повноцінна терапія в умовах стаціонару не зменшує рівень рецидивної бешихи і не запобігає формуванню лімфостазів і слоновості [4].

Актуальним стає диспансерне спостереження і лікування певних груп хворих, розробка методів вторинної профілактики. Ефективна терапія і диспансеризація хворих на бешиху, оцінка повноти видужання і прогнозування рецидивів хвороби неможливі без вивчення клінічних особливостей, впливу на перебіг супутньої патології, етіологічних, імунологічних та патогенетичних особливостей хвороби [5].

Мета роботи – встановити особливості сучасної бешихи та якості життя залежно від частоти хвороби на підставі вивчення епідеміології, клініки, ступеня ендогенної інтоксикації, рівня реактивності організму.

Пацієнти і методи

Обстежено 75 хворих на бешиху, які перебували на лікуванні у Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні ім. З.Й. Красовицького і опрацьовано їх медичні карти. Усі лікувально-діагностичні процедури здійснювали за інформованою згодою пацієнтів. Хворі були обстежені з використанням загальноприйнятих клінічних об'єктивних, лабораторних та апаратних методів дослідження (збір анамнестичних даних; клініко-лабораторні дослідження: клінічний аналіз крові (аналізатор Cobas Micros), біохімічний аналіз крові, показники гемокоагуляції).

Обчислювали інтегративні показники ендогенної інтоксикації та імунореактивності: лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ), гематологічний показник інтоксикації (ГПІ), індекс зсуву лейкоцитів крові (ІЗЛК), показник інтоксикації (ПІ), реактивна відповідь нейтрофілів (РВН), індекс імунореактивності (ІІР), індекс співвідношення нейтрофілів і лімфоцитів (ІСНЛ), індекс співвідношення лімфоцитів і моноцитів (ІСЛМ), лімфоцитарний індекс (Ілімф), індекс співвідношення еозинофілів і лімфоцитів (ІСЕЛ), індекс алергізації (ІА), ядерний індекс (ЯІ), індекс Кребса (ІК), лімфоцитарно-гранулоцитарний індекс (ІЛГ), індекс співвідношення лейкоцитів і ШОЕ (ІЛ ШОЕ). З цією метою використаний додаток «Індекси ендогенної інтоксикації» для мобільної операційної системи Android.

Для оцінки якості життя був використаний опитувальник SF-36, який складається з восьми шкал: фізичне функціонування; рольове функціонування, обумовлене фізичним станом; інтенсивність болю; загальний стан здоров'я; психічне здоров'я; рольове функціонування, обумовлене емоційним станом; соціальне функціонування; життєва активність, які в подальшому були згруповані по чотири для визначення фізичного та психологічного компонентів здоров'я. Оцінювання здійснювали у балах. Групу порівняння склали 44 здорові людини.

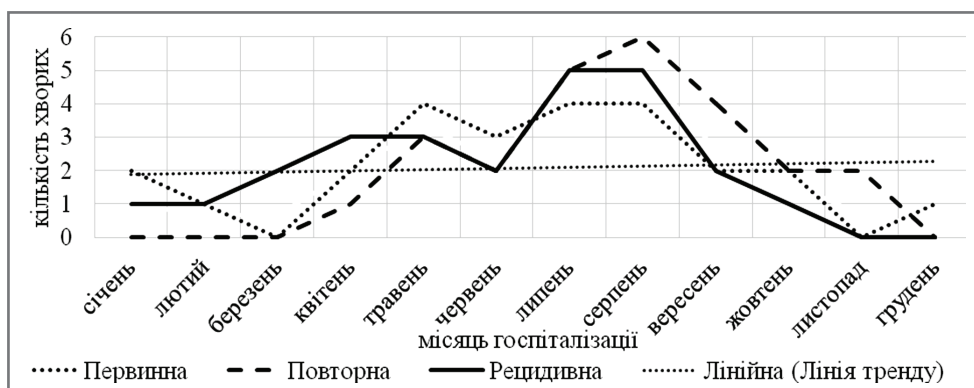
Результати клінічного спостереження та проведених досліджень були опрацьовані методом варіаційної статистики з використанням критерію Стьюдента за допомогою програм Microsoft Excel 2016, комп'ютерних програм Microsoft Office Excel 2016, Statistica 10. Вірогідною вважалась різниця $p < 0,05$.

Результати досліджень та їх обговорення

Обстежено 75 хворих на бешиху, серед яких переважали жінки (78,7 %). Вік становив $(54,2 \pm 4,1)$ року. Хворі були поділені, залежно від частоти бешихи, на три групи по 25 осіб у кожній. Перша – пацієнти з первинною бешихою, друга – з повторною, третя – з рецидивною.

Госпіталізація хворих усіх груп відбувалася у $(2,7 \pm 0,1)$ дня від початку захворювання.

Найбільша кількість пацієнтів, незалежно від частоти захворювання, госпіталізована у серпні. Хворі найчастіше ушпиталювалися у травні-вересні (травень – 13,3 %, червень – 9,3 %, липень – 18,7 %, серпень – 20,0 %, вересень – 10,7 %), з максимумом у липні і серпні ($p < 0,05$, мал. 1).



Мал. 1. Частота госпіталізації хворих на бешиху протягом року.

Переважала локалізація ураження на нижніх кінцівках, незалежно від кратності епізодів недуги, відповідно у першій та другій групах – по 60,0 %, у третій – 96,0 %. При первинній бешисі процес локалізувався на обличчі у 24,0 %, при рецидивній – у 3,6 %. Верхні кінцівки та

тулуб уражалися лише при первинній (по 8,1 %) та повторній бешисі (по 20,1 %) відповідно.

Ступінь тяжкості хвороби у 90,0 % обстежуваних був середнім. Тяжкий ступінь реєстрували переважно у пацієнтів з повторною бешихою (6,7 %). Серед клінічних

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

форм переважала еритематозна (54 хворих, 72,0 %), відповідно: у першій групі – 64,0 % пацієнтів, у другій – 80,0 %, у третій – 72,0 %.

Інші клінічні форми – еритематозно-бульозна, еритематозно-геморагічна, бульозно-геморагічна, реєструвались відповідно у 16 (21,4 %), 1 (1,3 %) та 4 (5,3 %) хворих. Еритематозно-геморагічна та бульозно-геморагічна бешиха розвивалася переважно при ураженні

нижніх кінцівок, а частота еритематозно-бульозної форми не залежала від локалізації ураження.

Хвороба починалася гостро з ознобу (94,7 %) і підвищення температури тіла до $(38,3 \pm 0,18)^\circ\text{C}$ (90,9 %). У 79,2 % хворих була загальна слабкість. Місцева гіперемія при первинній бешисі у першу добу спостерігалась у 88,0 % хворих, при рецидивній – у 72,0 % (табл. 1).

Таблиця 1

Наявність симптомів залежно від кратності бешихи

Симптом	Група хворих (n=75)		
	первинна бешиха	повторна бешиха	рецидивна бешиха
Початок гострий	32,0	30,7	32,0
поступовий (%)	1,3	2,7	1,3
Слабкість (%)	25,3	25,3	28,0
Температура ($^\circ\text{C}$) / тривалість (M \pm m, днів)	$(38,9 \pm 0,5)$ / $(4,0 \pm 0,8)$	$(39,2 \pm 0,6)$ / $(3,8 \pm 0,8)$	$(38,2 \pm 0,4)$ / $(4,5 \pm 0,9)$
Біль у місці ураження (%) / Тривалість (M \pm m, днів)	26,7 / $(5,3 \pm 0,8)$	22,0 / $(6,2 \pm 0,8)$	30,7 / $(7,4 \pm 0,6)$
Гіперемія (%)	29,3	28,0	24,0
Були (%)	6,7	5,3	6,7
Геморагії (%)	5,3	6,7	1,3
Лімфангіт (%)	18,7	8,0	14,7
Регіонарний лімфаденіт (%)	28,0	20,0	12,0

При еритематозній формі бешихи вогнищеві ураження тривали: у пацієнтів першої групи – $(6,4 \pm 2,2)$ доби, другої – $(8,7 \pm 3,0)$ доби, третьої – $(6,4 \pm 2,2)$ доби, при бульозній і геморагічній – $(10,0 \pm 3,0)$, $(9,5 \pm 2,2)$ та $(12,0 \pm 3,0)$ доби відповідно. Тривалість гарячки при неускладненому перебігу не перевищувала 5-6 діб.

При вивченні факторів, що спричинили розвиток первинної та повторної бешихи, у 33,3 % хворих встановлено ушкодження шкіри (подряпини, мікротравми, розчухи тощо) та переохолодження. А при рецидивній – міжпальцева попрілість (8,0 %) мікротравми шкіри (6,7 %).

При рецидивній бешисі вагоме значення має супровідна патологія. Так, ожиріння та варикозну хворобу встановили більше, ніж у половини хворих.

Проведено аналіз гематологічних та інтегративних показників ендогенної інтоксикації, а також імунореактивності у гострому періоді хвороби. Отримані результати зіставлені між досліджуваними групами та встановленими нормами для здорових осіб. У всіх обстежених були підвищені інтегративні індекси інтоксикації: ЛІІ, ГПІ,

ІЗЛК, ПІ, РВН ($p < 0,05$). Індекси неспецифічної реактивності (Ілімф, ІСЕЛ) достовірно знижені ($p < 0,05$) (табл. 2).

Найвищі показники ендогенної інтоксикації були у пацієнтів з рецидивною бешихою (ГПІ, ПІ), у 1,2-2,3 разу нижчі у хворих з первинною і повторною бешихою. Найнижчий показник РВН також був у пацієнтів з рецидивною бешихою, у 1,2-1,5 разу він був вищий у пацієнтів з первинною та повторною бешихою, що свідчить про крайні межі компенсованої ендогенної інтоксикації (табл. 2).

Індекси неспецифічної реактивності (ПР, ІСЛМ, ІСЕЛ) знижуються при рецидивній бешисі порівняно з показниками у хворих на первинну, повторну бешиху та здоровими особами ($p < 0,05-0,001$).

При рецидивній бешисі найвищий ІК, найнижчий показник ІЛ ШОЕ порівняно з первинною та повторною бешихою.

У результаті тестування з метою оцінки якості життя та аналізу результатів, встановили, що фізичний компонент переважав у всіх групах порівняно з психологічним (мал. 2).

Таблиця 2

Інтегративні показники ендогенної інтоксикації та імунореактивності у хворих на бешиху залежно від частоти (M±m)

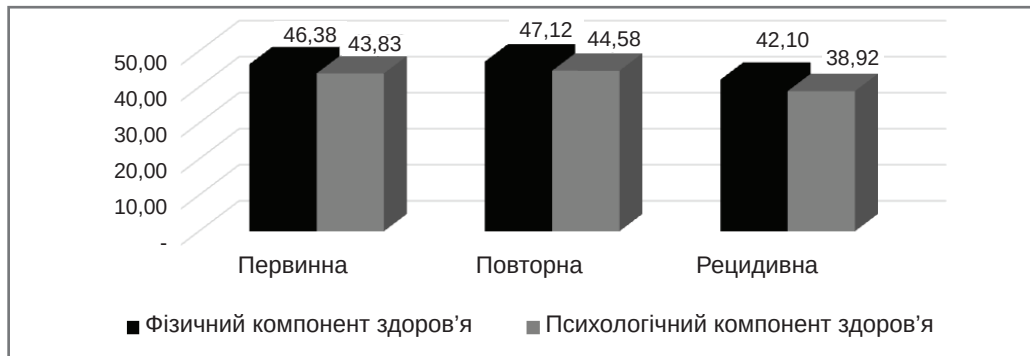
Показник, (Од)	Група			
	здорові особи	первинна бешиха	повторна бешиха	рецидивна бешиха
Індекси інтоксикації				
ЛІІ	0,70±0,07	5,19±0,44 а	4,76±0,28 а	6,07±0,37 а, в
ІЗЛК	1,62±0,10	2,19±0,37 а	2,43±0,34 а	2,63±0,21 а
ГПІ	0,64±0,06	9,06±0,44 а	14,66±1,17 а, б	20,53±2,08 а, б, в
ПІ	0,16±0,02	13,27±0,56 а	15,33±0,68 а, б	17,74±0,46 а, б, в
РВН	12,75±1,82	23,70±1,82 а	18,21±1,36 а, б	15,78±1,17 а, б
Індекси неспецифічної реактивності				
ІІР	4,65±0,36	5,12±0,34	4,90±0,22	3,00±0,32 а, б, в
ІСНЛ	8,88±0,91	13,90±0,94 а	14,83±0,90 а	17,94±1,85 а
ІСЛМ	4,77±0,45	4,06±0,32	4,80±0,24	2,86±0,22 а, б, в
І лімф	0,59±0,04	0,37±0,07 а	0,34±0,09 а	0,29±0,08 а
ІСЕЛ	0,080±0,009	0,041±0,008 а	0,034±0,002 а	0,01±0,002 а, б, в
ІА	1,05±0,07	1,15±0,12	2,01±0,18 а, б	2,24±0,14 а, б
ЯІ	0,06±0,01	0,26 ±0,02 а	0,25±0,02 а	0,21 ±0,02 а
Індекси активності запалення				
ІК	2,02±0,94	4,07±0,81	4,08±0,78	8,45±0,70 а, б, в
ІЛГ	4,85±0,29	4,02±0,17 а	3,94±0,34 а	3,21±0,21 а, б
ІЛ ШОЕ	1,33±0,20	7,73±0,71 а	8,60±0,89 а	5,07±0,74 а, б, в

Примітки: достовірна різниця показників (p<0,05-0,001): а – порівняно зі здоровими; б – з хворими на первинну бешиху; в – з хворими на повторну бешиху.

Найбільше змінювався показник шкали, що відповідає психологічному компоненту здоров'я. Однаковим він був у пацієнтів з первинною та повторною формами бешихи – (43,8±0,7) балів та (44,6±0,9) балів відповідно,

на 12,0 % нижчим в осіб з рецидивною формою бешихи – (38,9±1,2) бала, p<0,01.

Такі зміни зумовлені різким зниженням показників рольового функціонування, обумовленого емоційним



Мал. 2. Зміни якості життя хворих на різні форми бешихи.

станом: у першій групі – 62 бали, другій – 68 балів, третій – 39 балів, що свідчить про високий вплив емоційного стану на виконання повсякденної роботи (великі затрати часу, зменшення об'єму роботи, зниження її якості і т. д.) у хворих на рецидивну бешиху.

Показники фізичного компоненту у пацієнтів з первинною та повторною формами бешихи перебували на одному рівні – відповідно (46,1±0,5) та (47,4±1,0) бала ($p>0,05$), найнижчим він був у пацієнтів з рецидивною формою бешихи – (42,1±1,3) бала ($p<0,05$). Такі результати зумовлені сукупністю восьми шкал згрупованих по чотири: фізичний компонент здоров'я та психологічний компонент здоров'я.

При оцінці якості життя хворих виявлено, що значення, які характеризували фізичний та психологічний компоненти здоров'я були нижчі у хворих на рецидивну бешиху порівняно з хворими на первинну та повторну. Це свідчить про тяжкий і виснажливий перебіг, розвиток ускладнень, емоційне навантаження від усвідомлення частоти рецидивної бешихи.

Захворюваність на бешиху частіше спостерігається у жінок з локалізацією ураження на нижніх кінцівках через частіше травмування (подряпини, поприлості, тріщини) при фізичній роботі на городі, у полі з відкритою нижньою третинною гомілки та частішим розвитком факторів ризику (варикозне розширення вен нижніх кінцівок, лімфостаз, ожиріння, цукровий діабет) [6].

На відміну від інших стрептококових інфекцій бешиха характеризується літньо-осінньою сезонністю, що теж пов'язано з активуванням факторів ризику, температурним оптимумом тощо. Еритематозна форма є як самостійною, так і початковою стадією розвитку інших форм бешихи. Переважання саме цієї форми пов'язано з негайним зверненням хворих при наростанні клінічної симптоматики інфекційного захворювання та швидким наданням медичної допомоги, усвідомленістю пацієнтів щодо своєї недуги при рецидивах бешихи [7].

Розмноження β -гемолітичного стрептокока у лімфатичних капілярах дерми, розвиток бактеріємії та токсемії є послідовними етапами, які призводять до виникнення симптомів інтоксикації (гострий початок хвороби з підвищенням температури тіла, гарячкою, слабкістю, болем голови). Локальне запалення виникає найчастіше у місці вхідних воріт з участю новоутворених імунних комплексів, чим пояснюється швидкий розвиток місцевої гіперемії [8].

Запальний процес, активація тканинного розпаду, імунна відповідь значніші при рецидивній бешисі, що пов'язано з формуванням вогнищ хронічної стрептокової інфекції у шкірі та регіонарних лімфатичних вузлах із наявністю L-форм стрептокока [9].

Навпаки, індекси неспецифічної реактивності мають тенденцію до зниження при рецидивній бешисі відносно первинної та контрольної груп, що пов'язано із сенсibiliзацією організму до персистуючої інфекції [10].

Зниження якості життя у пацієнтів з рецидивною бешихою, що встановлено шляхом розрахунку показників фізичного та психологічного компонентів здоров'я, обумовлено наявністю несприятливих фонових і супутніх захворювань (цукровий діабет, ожиріння, мікоз стоп, варикозна хвороба вен), які знижують працездатність і загальний фізичний стан. Частий розвиток рецидивів та тяжке ускладнення – слоновість знижують не лише фізичний, але й психологічний стан пацієнта.

Висновки

1. На бешиху хворіють частіше жінки (78,7 %) з локалізацією ураження на нижніх кінцівках (72,0 %) з переважанням еритематозної форми (72,0 %). Факторами ризику рецидивів хвороби є наявність супровідної патології (ожиріння, варикозна хвороба, лімфадема нижніх кінцівок). Хворі найчастіше ушпитальювалися у травні-вересні (травень – 13,3 %, червень – 9,3 %, липень – 18,7 %, серпень – 20,0 %, вересень – 10,7 %), з максимумом у липні (18,7 %) і серпні (20,0 %).

2. Про активний запальний процес, активацію тканого розпаду, імунну відповідь при рецидивній бешисі (ЛІІ, ГПІ, ПІ) свідчить підвищення індексів ендогенної інтоксикації ($p < 0,05-0,001$). Навпаки індекси неспецифічної реактивності (ПР, ІСЛМ, ІСЕЛ) мають тенденцію до зниження при рецидивній бешисі порівняно з первинною формою недуги та контрольною групою ($p < 0,05-0,001$).

3. Встановлено найнижчі показники психологічного компонента здоров'я у пацієнтів з рецидивною формою бешихи (на 12 % нижче від осіб з первинною та повторною формами бешихи). Показники фізичного компонента у групах з первинною та повторною формами бешихи перебували на одному рівні, на 9 % були нижчими у пацієнтів з рецидивною формою бешихи ($p < 0,05$).

Література

1. Loretta Davis. Erysipelas / *Medscape. Dermatology*. – Vol. 12 (5). – 2017. – P. 8–12.
2. Галузева звітність Державної санітарно-епідеміологічної служби України: «Звіт про окремі інфекційні та паразитарні захворювання», ф. № 1. Режим доступу <http://www.dsesu.gov.ua/ua/>
3. Фокина Е.Г. Лабораторная оценка рожистого воспаления / Е.Г. Фокина, И.М. Рослый, С.А. Потеева // *Эпидемиол. инфекц. болезни. Актуал. вопр.* – 2014. – № 1. – С. 28-32.
4. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the Infectious Diseases Society of America / D. L. Stevens, A. L. Bisno, H. F. Chambers [et al.] // *Clin. Infect. Dis.* – 2014. – Vol. 59 (2). – P. 10–52. Available from PubMed
5. Хасанов А.Г. Пути повышения эффективности антибактериальной терапии при рожистом воспалении / А.Г. Хасанов, Д.Г. Шайбаков // *Международный журнал прикладных и фундаментальных*

исследований. – 2013. – V. 5. – P. 43-48.

6. Фокина Е.Г. Некоторые особенности первичной рожи лица в современных условиях / Е.Г. Фокина. – 2014. – V. 11. – P. 70-77.
7. Клинико-эпидемиологическая характеристика рожи в г. Москве в последние годы / А.А. Еровиченков, Н.И. Брико, Н.А. Малышев, С.А. Потеева // *Инфекционные болезни.* – 2015. – № 1. – С. 46-52.
8. Inghammar M. Recurrent erysipelas-risk factors and clinical presentation / M. Inghammar, M. Rasmussen, A. Linder // *BMC Infect. Dis.* – 2014. – Vol. 14. – P. 270–277.
9. Müller D. P. Microorganisms of the toe web and their importance for erysipelas of the leg / D. P. Müller, R. Hoffmann, J. Welzel // *J. Dtsch. Dermatol. Ges.* – 2014. – Vol. 12 (8). – P. 691–695.
10. Chlebicki M. P. Recurrent cellulitis: risk factors, etiology, pathogenesis and treatment / M. P. Chlebicki, C. C. Oh // *Curr. Infect. Dis. Rep.* – 2014. – Vol. 16 (9). – P. 422–423.

References

1. Loretta Davis (2017). Erysipelas. *Medscape. Dermatology*, 12 (5), 8-12.
2. Haluzeva zvitnist Derzhavnoi sanitarno-epidemiologichnoi sluzhby Ukrainy: "Zvit pro okremi infektsiini ta parazytarni zakhvoriuvannia", № 1 (2015) [Branch Reporting by the State Sanitary and Epidemiological Service of Ukraine: «Report on Certain Infectious and Parasitic Diseases», p. No. 1]. Available from: <http://www.dsesu.gov.ua/ua/> [in Ukrainian].
3. Fokina, E.G., Roslyy, I.M., Poteeva, S.A. (2014). Laboratornaya otsenka rozhistogo vospaleniya [Laboratory evaluation of erysipelas]. *Epidemiologiya. Infektsionnye bolezni. Aktualnye voprosy – Epidemiology. Infectious Diseases. Actual issues*, 1, 28-32 [in Russian].
4. Stevens, D.L., Bisno, A.L., Chambers, H.F., Dellinger, E.P., Goldstein, E.J., & Gorbach, S.L. (2014). Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin. Infect. Dis.*, 59(2), 10-52. Available from PubMed
5. Hasanov, A.G., & Shaybakov, D.G. (2013). Puti povysheniya effektivnosti antibakterialnoy terapii pri rozhistom vospalenii [Ways to increase the effectiveness of antibiotic therapy in erysipelas]. *Mezhdunarodnyy zhurnal prikladnykh i fundamentalnykh issledovaniy*, 5, 43-48 [in Russian].

6. Fokina, E.G., & Roslyy, I.M. (2014). Nekotorye osobennosti pervichnoy rozhi litsa v sovremennykh usloviyakh [Some features of the primary face in modern conditions]. *Epidemiologiya. Infektsionnye bolezni. Aktualnye voprosy – Epidemiology. Infectious Diseases. Actual Issues*, 11, 70-77 [in Russian].
7. Erovichenkov, A.A., Briko, N.I., Malyshev, N.A., & Poteeva, S.A. (2015). Kliniko-epidemiologicheskaya kharakteristika rozhi v gorode Moskve v poslednie gody [Clinico-epidemiological characteristics of erysipelas in the city of Moscow in recent years]. *Infektsionnye bolezni – Infectious Diseases*, 1, 46-52 [in Russian].
8. Inghammar, M., Rasmussen, M., & Linder, A. (2014). Recurrent erysipelas-risk factors and clinical presentation. *BMC Infect. Dis.*, 14, 270-277.
9. Müller, D.P., Hoffmann, R., & Welzel, J. (2014). Microorganisms of the toe web and their importance for erysipelas of the leg. *J. Dtsch. Dermatol. Ges.*, 12 (8), 691-695.
10. Chlebicki, M.P., Oh, C.C. (2014). Recurrent cellulitis: risk factors, etiology, pathogenesis and treatment. *Curr. Infect. Dis. Rep.*, 16 (9), 422-423.

CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL AND LABORATORY FEATURES OF THE CURRENT COURSE OF ERYSIPELAS

M.D. Chemych, O.S. Sayenko
Sumy State University

SUMMARY. Despite the fact that erysipelas is a well-known infection, the incidence remains stable. The infection has a tendency to frequent relapses, which leads to the long-term incapacity of patients.

The aim of the work – to establish the peculiarities of the current course of the erysipelas and the quality of life depending on the frequency of the infection based on the study of epidemiology, clinic, the severity of endogenous intoxication, the level of reactivity of the organism.

Patients and methods. Inspection and research of medical records for 75 patients with erysipelas. Calculation of integrative indexes of endogenous intoxication and immunoreactivity. The SF-36 questionnaire was used for the assessment of the quality of life. The comparison group included 44 clinically and anamnesticly healthy individuals.

Results. The patients were divided into three groups with 25 people in each: with primary, repeated, and relapsing erysipelas. Women predominated among patients (78.7 %). The age was (54.2±4.1) years. The largest number of hospitalized people was detected in July-August. The course of the infection was moderate in 90.0 % of the cases. Erythematous predominated among the clinical forms of disease (54 patients, 72.0 %). Indexes of non-specific reactivity and inflammation activity have a tendency to decrease in case of relapsing erysipelas ($p < 0.05 - 0.001$). The indicator of the psychological health component for patients with primary (43.8±0.7) points and repeated

(44.6±0.9) points forms of erysipelas was 12.0 % higher than those with a relapsing form of erysipelas – (38.9±1.2) points $p < 0.01$. The parameters of the physical component for patients with primary and repeated forms of erysipelas were on the same level (respectively, (46.1±0.5) points) and (47.4±1.0) points, $p > 0.05$). The lowest one was for patients with relapsing form of erysipelas (42.1±1.3) points $p < 0.05$.

Conclusions. A significant increase of the endogenous intoxication indexes and decrease of non-specific reactivity indexes were discovered in relapsing erysipelas compared to the primary erysipelas and control groups. The lowest indicators of the physical and psychological component of health were observed for patients with relapsing form of erysipelas.

Key words: erysipelas; relapses; integrative indexes of intoxication; immunoreactivity.

Відомості про авторів:

Чемич М.Д. – д. мед. н., професор, завідувач кафедри інфекційних хвороб з епідеміологією, Сумський державний університет; chemych@gmail.com

Саянко О.С. – студент, Сумський державний університет; saienko333@gmail.com

Information about authors:

Chemych M.D. – Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Infectious Diseases and Epidemiology Sumy State University; chemych@gmail.com

Sayenko O.S. – student, Sumy State University; saienko333@gmail.com

Конфлікт інтересів: немає.

Authors have no conflict of interest to declare.

Отримано 11.04.2018 р.