

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА РОЖИ В КРАСНОЯРСКЕ

Сергеева И.В.¹, Липнягова С.В.², Бекерт А.И.², Левицкий С.В.², Борисов А.Г.¹

¹ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения России, Красноярск, Россия (660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1), e-mail: rector@krasgmu.ru;

²КГБОУ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича», Россия, Красноярск (660062, Красноярск, ул. Курчатова, 17), e-mail: kmkbsmp@g-service.ru

Обследовано 72 больных рожей в возрасте от 56 до 82 лет. Диагноз был выставлен на основании клинико-эпидемиологических данных. Среди обследованных больных преобладали женщины – 43 (59,7 %). Среди обследованных больных с рожей преобладало среднетяжелое течение заболевания – 44 (61,1 %) больных. У большинства больных местный очаг рожи локализовался на нижних конечностях – у 53 больных (73,6 %), что связано с отягощенным преморбидным фоном. Для лечения различных форм рожи целесообразно назначение антибиотиков цефалоспоринового ряда. Десенсибилизирующая терапия антигистаминными препаратами не всегда эффективна; для ускорения положительного терапевтического эффекта необходимо назначение гормональных препаратов. Лечение рожи должно быть комплексным и направлено не только на санацию очагов стрептококковой инфекции и гипосенсибилизацию организма, но и на улучшение кровоснабжения тканей и лимфооттока.

Ключевые слова: рожа, больные, клинические проявления, лечение.

CLINICAL PICTURE ERYSIPELAS IN KRASNOYARSK

Sergeeva I.V.¹, Lipnyagova S.V.², Bekert A.I.², Levitsky S.V.², Borisov A.G.¹

¹Krasnoyarsk State Medical University. V.F. Voyno-Yasenetsky, Krasnoyarsk, Russia (660022, Krasnoyarsk, street Partizan Zheleznyaka, 1), e-mail: rector@krasgmu.ru;

²Krasnoyarsk Interdistrict Hospital ambulance behalf of N.S. Karpovich, Russia, Krasnoyarsk (660062, Krasnoyarsk, Kurchatov Str., 17), e-mail: kmkbsmp@g-service.ru

The study involved 72 patients with erysipelas in age from 56 to 82 years. The diagnosis was put up on the basis of clinical and epidemiological data. Among the examinees were women – 43 (59,7 %). Among the examined patients with erysipelas prevailed moderately for the disease – 44 (61,1 %) patients. In most patients, the local seat of erysipelas localized on lower extremities – in 53 patients (73,6 %), which is associated with a history of premorbid background. For the treatment of various forms of erysipelas it is advisable to cephalosporin antibiotics. Desensitizing treatment with antihistamines are not always effective; to accelerate the positive therapeutic effect should be the appointment of hormonal drugs. Treatment of erysipelas should be comprehensive and aimed not only reorganize the centers of streptococcal infection and desensitization of the body, but also to improve the blood supply to the tissues and lymph flow.

Keywords: erysipelas, patients, clinical manifestations, treatment.

Стрептококковые инфекции продолжают оставаться в числе наиболее острых проблем здравоохранения во всех странах мира. Трудно найти раздел медицины, в котором не встречались бы заболевания, вызванные условно-патогенными и патогенными стрептококками. При этом первостепенное, доминирующее значение в патологии человека имеют β-гемолитические стрептококки серологической группы А (*Streptococcus pyogenes*) [1, 2].

Рожа – одно из самых распространенных инфекционных заболеваний человека. Проблема рожистого воспаления обусловлена постоянным уровнем заболеваемости среди населения, без тенденции к снижению и составляет 14–25 на 10 000 населения [1, 2, 3, 4, 5]. В мире ежегодно переболевает рожей около 100 миллионов человек. Частота встречаемости

заболевания в России в последние годы составляет 15–20 случаев на 10000 взрослого населения [1, 2, 4].

На протяжении многих лет рожа считалась тяжелой эпидемической болезнью, протекавшей с разнообразными и опасными осложнениями. Успехи антибиотикотерапии привели к изменению наших представлений об этом заболевании. В настоящее время рожу принято относить к числу спорадических, малоконтагиозных инфекций с невысокой летальностью.

По данным многих авторов клинико-эпидемиологическими особенностями рожи на современном этапе являются: увеличение доли тяжелых форм и осложнений с преобладанием в клинической картине заболевания интоксикационного синдрома, вплоть до развития инфекционно-токсического шока [4], возрастание количества больных с геморрагическими формами, медленной репарацией в очаге воспаления. Преимущественная локализация патологического процесса на нижних конечностях, выраженная склонность к рецидивированию (до 60 %) и формированию хронической лимфовенозной недостаточности со слоновостью, приводят к инвалидизации и значительному ухудшению качества жизни пациентов, нередко еще в работоспособном возрасте [9].

Многие исследователи, занимающиеся проблемой рожи, отмечают, что гемолитический стрептококк вызывает заболевание рожей только при наличии определенных факторов риска [1, 4, 5].

Выделяют такие факторы риска заболевания рожей, как сахарный диабет, нарушение лимфо- и кровообращения, трофики кожи, сидячая работа, некоторые вредные привычки (алкоголизм, курение, наркомания), нарушение целостности кожи или слизистых оболочек, микотическое поражение стоп и другие

Кроме того, многие исследователи отмечают, что в развитии рожи важную роль играют различные провоцирующие факторы: микротравмы и гнойничковые заболевания кожи, острые и хронические ангины, переохлаждение, стрессовые ситуации, а также такие предрасполагающие факторы, как хронические заболевания артериовенозной системы нижних конечностей и лимфостаз [2, 4, 9].

Выраженный лимфостаз является основным предрасполагающим фактором рецидивирования рожи. В современном течении рожи значительно чаще стали регистрироваться вторичные гнойные осложнения местного характера, а также общие септические, заканчивающиеся развитием инфекционно-токсического шока [2, 4, 5, 6, 7, 8].

В связи с выше перечисленным была поставлена цель: оценить клинические особенности современного течения рожи на территории г. Красноярска.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 72 больных с различными формами рожи в возрасте от 56 до 82 лет (Таблица 1). Все больные лечились в 3-ем инфекционном отделении КМК БСМП им. Н.С. Карповича г. Красноярска в 2013 – 2015 гг. Диагноз был выставлен на основании клинико-эпидемиологических данных.

Результаты и обсуждение

В ходе проведенного анализа историй болезни было обнаружено, что заболеваемость рожой регистрировалась ежегодно в течение всего года. Среднее пребывание в стационаре составило $12 \pm 0,7$ дней койко-дней.

Среди обследованных больных преобладали женщины – 43 (59,7 %) больных, мужчин было – 29 (40,3 %) больных (таблица 1). По социальной принадлежности больные относились к группе пенсионеров – 72 (100 %) больных.

Таблица 1

Распределение больных рожой по полу и возрасту

Пол	Возраст			Всего больных	
	56-60	61-70	70-82	Абс.	%
Женщины	7	23	13	43	59,7
Мужчины	8	12	9	29	40,3
ВСЕГО	15	35	22	72	100

К провоцирующим факторам развития заболевания были отнесены: расчесы, царапины, ссадины, переохлаждение, стресс (42 (58,3 %) больных), 30 (41,7 %) больных ни с чем не связывали заболевание. У 48 (66,7 %) больных был неблагоприятный преморбидный фон (сахарный диабет, нарушение лимфо- и кровообращения, микотическое поражение стоп, трофические язвы, алкоголизм).

Первичное течение рожи наблюдалось у 33 больных, что составило 45,8 % от общего обследованных больных, у 12 (16,7 %) больных регистрировалась повторная рожа. Рецидивирующее течение рожи диагностировано у 27 (37,5 %) больных, у 9 (12,5 %) больных – ранние рецидивы (в первые 6 месяцев после перенесенной первичной рожи), у 18 (25 %) больных – поздние рецидивы (спустя 6 месяцев после первичной рожи и до 2 лет). У 1 больного (1,4 %) при позднем рецидивирующем течении заболевания регистрировался тромбоз подкожных вен, который характеризовался болями по ходу сосудов, выраженным отеком конечности. При пальпации определялись плотные и болезненные вены.

Среди обследованных больных с рожой преобладало среднетяжелое течение заболевания – 44 (61,1 %) больных, легкое течение – у 7 (9,7 %) больных, тяжелое течение – 21 (29,2 %) больных (Таблица 2).

Таблица 2

Распределение больных рожей по степени тяжести

Степень тяжести	Абс.	%
Легкая	7	9,7
Средней степени тяжести	44	61,1
Тяжелое течение	21	29,2
ВСЕГО	72	100

У 29 (40,3 %) больных диагностировалась эритематозная форма рожи, у 27 (37,5 %) – эритематозно-буллезная, у 10 (13,9 %) больных – эритематозно-геморрагическая, у 6 (8,3 %) больных – буллезно-геморрагическая (Таблица 3).

Таблица 3

Распределение больных по форме рожи

Форма рожи	Абс.	%
Эритематозная	29	40,3
Эритематозно-буллезная	27	37,5
Эритематозно-геморрагическая	10	13,9
Буллезно-геморрагическая	6	8,3
ВСЕГО	72	100

Эритема представляла собой четко ограниченный участок гиперемированной кожи с неровными границами на фоне неизменных кожных покровов («языки пламени»), горячей на ощупь и болезненной при пальпации. Наряду с гиперемией у пациентов развивался отек тканей, распространяющийся за пределы эритемы. Обнаруживались инфильтрированные и возвышенные края эритемы («периферический валик»).

У большинства больных местный очаг рожи локализовался на нижних конечностях – у 53 больных (73,6 %), на лице – у 13 (18 %) больных, у 6 (8,4 %) – рожа верхних конечностей, которая возникала на фоне послеоперационного лимфостаза руки у женщин, перенесших мастэктомию (Таблица 4).

Таблица 4

Распределение больных рожей по локализации патологического процесса

Локализация	Абс.	%
Нижняя конечность	53	73,6
Лицо	13	18

Верхняя конечность	6	8,4
ВСЕГО	72	100

У 3 больных (4,2 %) с эритематозно-буллезной формой рожи наблюдалась вторичная лимфедема. В анамнезе у этих пациентов отмечается рецидивирующая рожа нижних конечностей в течение 7–10 лет. Вторичная лимфедема, в основе патогенеза которой лежит нарушение лимфооттока (скорость образования интерстициальной жидкости превышает скорость ее удаления из тканей), в данном случае являлась последствием рожи и усугубляла течение заболевания.

У 4 (5,6 %) больных с эритематозно-буллезной формой рожи наблюдались трофические язвы как осложнение хронической венозной недостаточности. В данных случаях нарушение трофики кожи и развитие язв вследствие венозной гипертензии приводило к нарушению барьерной функции кожи, развитию некроза мягких тканей, массивному экссудативному процессу, абактериальная контаминация, в свою очередь, к развитию рожи.

У 3 больных (4,2 %) с эритематозно-буллезной формой течение основного заболевания осложнилось флегмоной (2–2,8 %) и некрозом кожи (1–1,4 %). Флегмона характеризовалась интенсивной пульсирующей болью в месте ее локализации, отеком и гиперемией ткани. При пальпации определялась плотная инфильтрация разлитого характера, что обусловлено диффузным пропитыванием мягких тканей гнойным экссудатом. Некроз кожи, наблюдаемый у 1 больного (1,4 %), характеризовался омертвлением ткани (струп). В данном случае развитие некроза было обусловлено упорно рецидивирующим, длительным течением основного заболевания, низкой иммунной реактивностью и высокой сенсibilизацией организма, неблагоприятным преморбидным фоном и поздним поступлением (на 8-ой день заболевания) в КМК БСМП им. Н.С. Карповича. Эти пациенты подвергались хирургическому лечению: вскрытию флегмоны (в 3-ем хирургическом отделении, зав. отделением – Тяпкин С.И.) с последующим дренированием для адекватного оттока экссудата из раны, иссечению некротизированных тканей.

Начало заболевания у всех обследованных больных (100 %) было острым с выраженными симптомами интоксикации, которые предшествовали появлению местных изменений на коже.

Субфебрильная температура тела наблюдалась у 14 (19,4 %) больных, от 38,1 °С до 39 °С - у 37 (51,4 %) больных, до 40 ° и выше – у 21 больного (29,2 %). Длительность лихорадки при легком течении рожи составила $1,8 \pm 0,3$ дня, при среднетяжелом течении – $3,5 \pm 0,2$ дня, при тяжелом течении – $6,2 \pm 0,3$ дня.

Симптомы интоксикации проявлялись: недомоганием, слабостью – у 63 (87,5 %) больных, ознобом – у 61 (84,7 %) больных, головной болью – у 54 (75 %) больных, нарушением сна – у 10 (13,8 %) больных. Регионарный лимфаденит диагностирован у всех обследованных нами больных – 100 % (Таблица 5).

Гематологические изменения у больных рожей характеризовались лейкоцитозом со сдвигом влево – у 52 больных (72,2 %), ускоренная СОЭ у 60 (83,3 %) больных. В общем анализе мочи, как следствие интоксикации, определялась лейкоцитурия – у 23 (32 %) больных, протеинурия – у 13 (18 %).

Всем пациентам проводилась антибактериальная, дезинтоксикационная и десенсибилизирующая терапия.

У больных с эритематозной формой рожи в качестве антибактериальной терапии назначались: бензилпенициллина натриевая соль в суточной дозе 6 млн., цефалоспорины (цефтриаксон в суточной дозе 2,0 г). Патогенетическое лечение включало нестероидные противовоспалительные препараты, аскорутин для укрепления сосудистой стенки, комплекс витаминов. Десенсибилизирующая терапия больных эритематозной формой рожи заключалась в назначении антигистаминных препаратов.

У больных с эритематозно-буллезной, эритематозно-геморрагической, буллезно-геморрагической формой рожи антибактериальная терапия заключалась в назначении препаратов цефалоспоринового ряда II и III поколения. Однако этим больным, с тяжелым осложненным течением заболевания, для взаимного усиления антибактериального эффекта, под прикрытием достаточной дезинтоксикационной терапии кристаллоидными растворами назначались амикацин или линкомицин в среднетерапевтической дозе. Десенсибилизирующая терапия проводилась дексаметазоном в дозе 4–8 мг/сутки. Местное лечение (примочки с раствором фурациллином (1:5000), УФО назначали больным с буллезной формой рожи. Для коррекции гемореологических нарушений назначались инфузии антиагрегантов (реополиглюкин в сочетании с пентоксифиллином).

Таблица 5

Основные клинические и лабораторные проявления при роже

Клинические симптомы	Абс.	%
Острое начало болезни	72	100
Озноб	61	84,7
Головная боль	54	75
Слабость, недомогание	63	87,5
Нарушение сна	10	13,8
Субфебрильная температура	14	19,4

Температура тела – отт38,1°С до 39°С	37	51,4
Температура тела – от 40°С и выше	21	29,2
Боли, жжение, зуд в области очага воспаления	72	100
Регионарный лимфаденит	72	100
Болезненная пальпация региональных л/у	7	9,7
Лейкоцитоз	52	72,2
Ускоренная СОЭ	60	83,3
Лейкоцитурия	23	32
Протеинурия	13	18

Выводы

1. Несмотря на малую контагиозность рожи, наблюдается рост ее заболеваемости.
2. Наиболее часто встречается рожа нижних конечностей, что связано с неблагоприятным преморбидным фоном у пациентов.
3. При рецидивирующем и повторном течении заболевания встречается эритематозно-буллезная форма.
4. Фоновые заболевания (ХВН, тромбофлебит, трофические язвы, варикозная болезнь и пр.) и рожа, как правило, усугубляют течение друг друга; при длительном течении (7–10 лет) инфекционного процесса в результате нарушения лимфооттока может развиваться вторичная лимфедема.
5. Для лечения различных форм рожи целесообразно назначение антибиотиков цефалоспоринового ряда.
6. Десенсибилизирующая терапия антигистаминными препаратами не всегда эффективна; для ускорения положительного терапевтического эффекта необходимо назначение гормональных препаратов.
7. Лечение рожи должно быть комплексным и направлено не только на санацию очагов стрептококковой инфекции и гипосенсибилизацию организма, но и на улучшение кровоснабжения тканей и лимфооттока.

Список литературы

1. Брико Н.И. Тенденции развития эпидемического процесса и профилактика болезней, вызываемых стрептококками серогруппы А // Эпидемиология и инфекционные болезни: науч.-практ. журн. – М. : Медицина, 2001. – № 2. – С.42-45.
2. Еровиченков А.А. Актуальные аспекты стрептококковых заболеваний кожи /А.А. Еровиченков, Н.И. Брико, Г.И. Анохина // VII Российский съезд инфекционистов. Нижний Новгород, 25–27 октября, 2006. – С. 105-106.
3. Жаров М.А. Прогнозирование рецидивов рожи // Инфекционные болезни. – 2007. – № 1. – С. 88-90.
4. Черкасов В.Л. Рожа. – Л.: Медицина, 1986. – 199 с.
5. Dupuy A., Benchikhi H., Roujeau J.C., et al. Risk factors for erysipelas of the leg (cellulitis) : case-control study // BMJ. 1999.-№ 318(7198).-P. 1591-1594.
6. Koster J.B., Kullberg B.J., J.W.W. van der Meer Recurrent erysipelas despite antibiotics prophylaxis. Thejournal of Medicine/. – MARCH 2007. Vol. 65. No. 3.
7. Marsch W.C. The lymphatic system and the skin. Classification, clinical aspects und histology // Hautarzt. 2005. – Vol. 56. No. 3. – P. 277-293.
8. Torok L. Uncommon manifestations of erysipelas. ClinDermatol. Sep-Oct 2005; 23(5): 515-8.
9. Zaraa I., Zeglaoui F., Zouari B. et al. Erysipelas. Retrospective study of 647 patients // Tunis Med. – 2004. – Vol.82. – № 11. – P.9.

Рецензенты:

Камзалакова Н.И., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой клинической иммунологии Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск;

Савченко А.А., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой физиологии им. проф. А.Т. Пшоники Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г.Красноярск.