

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РОЖИСТОГО
ВОСПАЛЕНИЯ ПО МАТЕРИАЛАМ РКИБ**

Джумагулова А.Ш., Фесенко Н.В., Джангазиева А.А., Шолпанбай у М.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Проведен анализ 80 историй болезни с рожистым воспалением у взрослых для изучения выраженности и продолжительности клинических проявлений в зависимости от патоморфологической формы болезни и объема поражения тканей воспалительным процессом. Определен уровень эндогенной интоксикации при различных клинических формах рожистого воспаления и проведен сравнительный анализ эффективности антибактериальной терапии в зависимости от формы заболевания.

Ключевые слова: рожистое воспаление, клинические формы, лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), антибактериальная терапия.

**РЕСПУБЛИКАЛЫК ЖУГУШТУУ КЛИНИКАЛЫК ООРУКАНАСЫНЫН
МАТЕРИАЛДАРЫ БОЮНЧА ТИЛМЕ СЫЯКТУУ БОЮНЧА КЛИНИКАЛЫК
ЭПИДЕМИОЛОГИКАЛЫК МҮНӨЗДӨМӨСҮ**

Джумагулова А.Ш., Фесенко Н.В., Джангазиева А.А., Шолпанбай у М.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Чоң кишилердин ар кандай жаш курактагыларынын ичинен 80 оору баяны анализденди. Клиникасынын закон ченемдүү кызуу мезгили жана клиникалык белгилеринин узактыгы – оорунун патоморфологиялык түрү жана жабыркоонун көлөмү боюнча окулду. Тилме сыяктуу оорунун ар кандай клиникалык түрлөрүндө эндогендүү интоксикациянын деңгээли аныкталды. Оорунун түрүнө жараша антибактериалдык дарылоонун натыйжалуулугу боюнча салыштырмалуу анализ көрсөтүлдү.

Негизги сөздөр: тилме сыяктуу оору, клиникалык түрлөрү, интоксикациянын лейкоцитардык индекси, антибактериалдык дарылоо.

**CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ERYSIPELAS ON THE
MATERIALS REPUBLICAN CLINICAL INFECTIOUS DISEASES HOSPITAL**

Djumagulova A.Sh., Fesenko N.V., Djangazieva A.A., Sholpanbay u M.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. The analysis of 80 clinical records of adults in different age groups is carried out. The study of clinical manifestations depending on the pathomorphological form of disease and volume of inflammatory process. Level of endogenous intoxication in different clinical forms of erysipelas is determined. The comparative analysis of efficiency of antibacterial therapy depending of different clinical forms .

Keywords: erysipelas, clinical forms, leukocyte index of intoxication (LI), antibacterial therapy.

Заболеваемость рожистым воспалением остается стабильной на протяжении последних десятилетий и встречается с частотой 1,4 - 2,2 на 10 тыс. человек взрослого населения. Занимает четвертое место по распространенности среди инфекционной патологии, уступая ОРВИ, ОКИ и вирусному гепатиту. Заболевание не зависит от региональных и социальных особенностей, уровня жизни, но наиболее часто встречается у женщин и преимущественно в старших возрастных группах. Рожистое воспаление, по-прежнему, характеризуется склонностью к развитию частых и упорных рецидивов от 20 до 45%, с развитием тяжелых осложнений, приводящих к летальным исходам или инвалидизации. Летальность от осложнений, вызванных рожистым воспалением (сепсис, гангрена, пневмония) достигает 5%. [3,5,9]

Рожистое воспаление возникает при совокупности ряда предрасполагающих факторов. Существует целый ряд исследований, в которых выделяются такие факторы как: сахарный диабет, нарушение лимфо- и кровообращения, трофики, сидячая работа, нарушение целостности кожи или слизистых оболочек, микотическое поражение стоп и др. Однако, на сегодняшний день нет единого мнения о том, какие состояния расценивать как факторы риска развития рожистого воспаления, и какие из этих факторов являются ведущими [6,8].

В настоящее время клиническими и эпидемио-

логическими наблюдениями многих авторов отмечено изменение клинической симптоматики и течения рожистого воспаления. Наблюдается тенденция резкого увеличения числа пациентов с геморрагическими и деструктивными формами рожистого воспаления (около 19% случаев заболеваний осложняется гнойно-некротическими процессами) с замедленной репарацией [4,7]. Неуклонное увеличение числа рецидивирующих и осложненных форм рожи обусловлено учащением случаев антибиотикорезистентности флоры, повышением удельного количества больных старших возрастных групп, а также пациентов с явлениями сопутствующих венозного и лимфатического стаза, при снижении местных и общих иммунологических процессов. Главным направлением в лечении рожистого воспаления является антибактериальная терапия, что основывается на этиологической роли гемолитического стрептококка. Сегодня в арсенале практикующих врачей находится немалое количество современных антибактериальных препаратов в различных комбинациях и способах применения. Однако даже строгое следование стандартной схемы лечения рожистого воспаления не приводят к снижению частоты осложнений и неблагоприятных исходов, не предотвращают развития рецидивов заболевания [1,2,4]. Поэтому изучение этиопатогенетических аспектов данного заболевания, а также выбор наиболее эффективной тактики лечения и

профилактики рожистого воспаления остаются весьма актуальными.

Целью настоящего исследования явилось изучение эпидемиологических и клинических особенностей течения рожистого воспаления для повышения эффективности комплексного лечения и профилактики рецидивов.

Материалы и методы исследования.

По отчетным данным Республиканской клинической инфекционной больницы (РКИБ) за исследуемый период 2010-2014 г. на стационарном лечении находилось с диагнозом рожистое воспаление 260 больных. Провед анализ истории болезни 80 больных взрослой возрастной группы, проходивших лечение в РКИБ 2010-2014 гг. с данной нозологической формой. Для постановки диагноза были использованы эпидемиологические, общеклинические методы исследования, был оценен уровень эндогенной интоксикации, с расчетом лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) методом Кальф-Калиффа. Нормальные показатели ЛИИ колеблются до 1-3 усл.ед. А также проведена статистическая обработка данных в программе MS. Excel.

Результаты и их обсуждение.

Рожистое воспаление составляет в среднем 1,5% от госпитализированных взрослых больных с инфекционной патологией в РКИБ. За период 2010-2014 гг. пролечено 260 больных с рожистым воспалением, и имеет стабильный уровень, составляя от 48 до 60 случаев в год.

Выборочная совокупность представлена 80 пациентами, возраст которых колебался от 18 до 90 лет и в среднем составлял $52,7 \pm 0,31$ лет. Наибольший процент обследованных составил возрастную группу 40 до 60 лет - $36,3\% \pm 7,6$ и старше 60 лет - $35\% \pm 9,2$. Рожистое воспаление более часто встречается у женщин, чем у мужчин. Среди наблюдавшихся больных достоверно больше женщин 51 человек ($63,8\% \pm 6,7$), чем мужчин 29 ($36,2\% \pm 8,9$) ($p < 0,02$).

Заболеваемость регистрируется в течение всего года, но наибольший подъем отмечен в летне-осенний период (июль – октябрь) - 41,4%.

Рожистое воспаление возникает при совокупности ряда предрасполагающих факторов. Из сопутствующих заболеваний наиболее часто встречались лимфопения (12,5%) заболевания желудочно-кишечного тракта - (11,2%), сахарный диабет - у (7,5%), гипертоническая болезнь – у (7,5%), анемии - (6,2%), заболевания мочеполовой системы – (6,2%), экзема (2,5%),

микоз стоп (1,2%). Также способствовали развитию заболевания такие факторы, как инфицированные раны и ссадины - (16,2%), микротравмы - (17,5%), переохлаждение - (3,7%), поражение ротоглотки - (1,2%), трофические язвы - (1,2%). Наиболее часто у больных с рожистым воспалением процесс локализовался в области нижних конечностей – 45 случаев (56,2%); на лице – 24 случая (30%), верхних конечностях – 11 случаев (13,7%). В зависимости от сегментарной локализации на ногах воспалительный процесс локализовался в области голени у 38 (84,4%) больных, на бедре - у 1 (2,2%), на стопе - у 6 (13,3%).

По клиническим проявлениям преобладала эритематозная форма - 42 (52,5%) больных, эритематозно-буллезная составляла - 32 (40%), эритематозно-геморрагическая - 4 (5%) и буллезно-геморрагическая форма диагностирована в 2 (2,5%) случаях. Следует отметить, что в ходе проведения работы не было ни одного случая некротической формы рожистого воспаления.

По течению заболевания первичное рожистое воспаление встречалось в 67 (83,7%) случаях и рецидивирующее - в 11 (13,7%). Повторная форма выявлена в 2 (2,5%) случаях. Рецидивирующей формой рожистого воспаления считали возникновение воспаления в том же самом месте по истечении двух лет после перенесенной первичной формы. К повторной форме относили воспаление другой локализации или на пролеченном месте по прошествии свыше двух лет после перенесенной первичной формы. (Рис. 1).

На основании анализа больных по клиническим формам и течению, выявлено, что при первичной роже преобладают эритематозные (35%) и эритематозно-буллезные (37,5%), а при рецидивирующих, в основном эритематозные формы (8,7%). Степень тяжести заболевания определялась с учетом длительности и выраженности интоксикации, обширности поражения, наличия сопутствующих заболеваний. Преобладали среднетяжелые формы заболевания - у 58 (72,5%) больных, тогда как тяжелое течение отмечено у 22 больных (27,5%), обусловленные эритематозно-геморрагической и буллезно-геморрагической формами.

Клиническая картина рожистого воспаления складывается из симптомов интоксикации, выраженности местных проявлений и болевого синдрома. Оценивая результаты клинического обследования, была выявлена

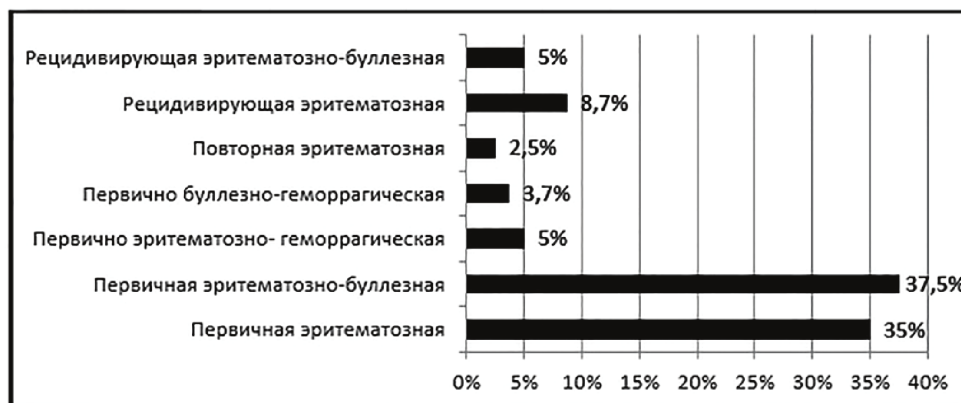


Рис 1. Распределение больных по клиническим формам и течению

Таблица 1.

Средняя продолжительность клинических симптомов и длительности койко-дней в зависимости от формы и течения болезни.

Формы	Средняя длительность интоксикации		Средняя длительность местных проявлений		Средняя длительность болевого синдрома		Среднее пребывание в стационаре	
	M±m	ДИ	M±m	ДИ	M±m	ДИ	M±m	ДИ
Первичная эритематозная форма (n=28)	7,93±0,26	7,4-8,4	11,71±0,23	11,3-12,2	8,00±0,14	7,7-8,3	8,07±0,09	7,9-8,2
Первичная эритематозно-буллезная форма (n=30)	7,53±0,09	7,4-7,7	13,16±0,17	12,8-13,5	8,0±0,11	7,3-7,7	10,59±0,19	10,2-11,0
Первичная эритематозно-геморрагическая форма (n=4)	10,0±2,35	5,4-14,6	16,0±0,41	15,2-16,8	8,0±1,68	4,7-1,3	12,75±1,25	10,3-15,2
Первичная буллезно-геморрагическая форма (n=3)	12,0±2,0	8,1-15,9	22,5±5,50	11,7-33,3	15±4,0	7,2-2,8	14±2,0	10,1-17,9
Повторная эритематозная (n=2)	6,5±2,5	1,6-11,4	11±0		5		7,5±0,50	6,5-8,5
Рецидивирующая эритематозная (n=7)	7,57±0,71	6,2-9,0	12,43±0,09	12,2-12,6	8,29±0,36	7,6-9,0	8,57±0,24	8,1-9,0
Рецидивирующая эритематозно-буллезная форма (n=4)	7,75±1,7	5,1-10,4	16,25±1,14	14,0-18,5	8,75±1,84	5,1-12,4	11,25±1,1	9,1-13,4

закономерность выраженности и продолжительности клинических проявлений в зависимости от патоморфологической формы болезни и объема поражения тканей воспалительным процессом.

Из таблицы 1 видно, что у пациентов максимальная продолжительность интоксикационного синдрома была выявлена при буллезно-геморрагической форме рожи и составила 12±2,0 суток. Местные признаки острого воспаления купировались сравнительно медленно при эритематозно-геморрагической и буллезно-геморрагической формах – 16±0,41, и 22±5,50 суток соответственно, а также наиболее длительно сохранялся отечный и болевой синдром при данных формах. Среднее пребывание в стационаре при данных формах колебалось от 12,75±1,25 до 14±2,0 дней.

По изменениям в лейкоцитарной формуле, была оценена динамика ЛИИ, который при бактериальных инфекциях указывает на уровень эндогенной интоксикации. По нему можно судить о выраженности воспалительного процесса и эффективности проводимой терапии.

В исследуемых группах отмечается значительное повышение ЛИИ, причем высокие показатели наблюдались при эритематозно-буллезных (12,2 усл. ед.) и эритематозных (9,9 усл. ед.) формах, не зависимо от давности возникновения воспалительного процесса. Несколько ниже ЛИИ при присоединении геморрагического компонента (буллезно - геморрагическая и эритематозно-геморрагическая формы) – 8,2 усл. ед, хотя полученные результаты указывают на тяжелую степень эндогенной интоксикации и активацию процессов распада.

При поступлении в стационар всем больным выполнялся стандартный объем лечебных мероприятий:

антибактериальные препараты; антигистаминные; противовоспалительные (нестероидные и стероидные); дезинтоксикационные средства. Местное лечение рожистого воспаления проводилось лишь при наличии обширных буллезных элементов, некрозов и гнойных осложнений.

Как при первичной роже (в 65,7%), так и при рецидивирующих формах (53,8%) в большинстве случаев использовалась монотерапия (пенициллин, цефтриаксон, цефотаксим), Но с учетом характера местных проявлений, тяжести течения заболевания и наличия осложнений использовались также комбинированные схемы антибактериальной терапии с фторхинолонами. Анализ эффективности различных схем антибактериальной терапии проводилась с учетом срока пребывания больных в стационаре.

Средняя длительность пребывания больных в стационаре при монотерапии пенициллином или цефалоспоридами, при эритематозных формах оказалась достоверно ниже 7,3±0,11 дней, чем при комбинированной (пенициллина со фторхинолоном или цефалоспоридами) - 9,0±1,0 дней. (p<0.05). При эритематозно-буллезной форме, среднее пребывание в стационаре на монотерапии составило 8,7±0,14 дней, на комбинированной - 12,5±1,49 дней (p<0,05), при эритематозно-геморрагических и буллезно-геморрагических формах 8,7±2,23 и 10 дней соответственно терапии (p>0.05).

Таким образом, при эритематозных и эритематозно-буллезных формах укорачивается пребывание больных в стационаре при монотерапии. При других клинических формах и сроках патологического процесса, выбор тактики антибактериальной терапии достоверной разницы не имел.

Выводы:

1. Рожистое воспаление характеризуется стабильно высоким уровнем заболеваемости, встречающееся среди лиц старшего возраста ($52,7 \pm 0,31$), преимущественно у женщин ($63,8\% \pm 6,7$), с развитием частых рецидивов ($16,3\%$), и проявляющейся в эритематозной (35%) и эритематозно-буллезной ($37,5\%$) формах.

2. Ведущими факторами риска развития рожистого воспаления, являются лимфовенозная недостаточность ($12,5\%$), инфицированные раны и ссадины ($16,2\%$), микротравмы ($17,5\%$). При этом воспалительный процесс чаще локализуется в нижних конечностях ($56,2\%$) в области голени ($84,4\%$).

3. Различные схемы антибактериальной терапии (пенициллин, цефалоспорины, фторхинолоны), обладают достаточной антистрептококковой активностью, однако монотерапия оказалась достаточно эффективной при эритематозной и эритематозно-буллезной формах ($7,3 \pm 0,11$ и $8,7 \pm 0,14$ дней), чем при комбинированной терапии ($p < 0,05$).

4. Бициллинопрофилактика и санация очагов хронической инфекции являются составной частью комплексных мероприятий для предупреждения рецидивов, которые должны проводиться в амбулаторных условиях.

Литература:

1. Глухов А.А., Бражник Е.А. Современный подход к комплексному лечению рожистого воспаления // Жур. «Фундаментальные исследования». - 2014. - №10. - С. 411-414.
2. Иоанниди Е.А., Осипов А.А., Аванесян А.А. Новые подходы к терапии рожи // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2007. - №4. - С. 52-53.
3. Ратникова, Л.И. Лаврентьева Н.Н. Современная клиничко-эпидемиологическая характеристика рожи Н.Н. Лаврентьева // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2007. - № 2. - С. 16-20.
4. Шабловская Т.А. Современные подходы к комплексному лечению гнойно-некротических заболеваний мягких тканей // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2013. - Т.6. - №4(21). - С. 498-517
5. Черкасов В.Л., Еровиченков А.А. Рожжа: клиника, диагностика, лечение // РМЖ. - 1999. - Т.7. - №8. - С. 5-8.
6. Dupuy A. Descriptive epidemiology and knowledge of erysipelas risk factors // Ann. Dermatol. Venereol. - 2001, - 128(3 Pt 2) - P. 312-316
7. Vaillant L., Gironet N. Infectious complications of lymphedema // Rev. Med. Interne - Jun 2002, - 23 Suppl 3. - P. 403- 407.
8. Wojas-Pelc, A. Erysipelas—course of disease, recurrence, complications; a 10 years retrospective study // Przegląd Epidemiol. 2007. - Vol. 61, N 3. - P. 457-464.
9. Celestin R, Brown J, Kihiczak G. Erysipelas: a common potentially dangerous infection // Acta Dermatovenerolog. Alpina, Panonica et Adriatica. 2007. - Vol. 16, N 3. - P. 123-127.