

УДК 617.58-002.364-08

І.В. Біцька, А.Г. Шевчук, О.В. Прудніков

**ДО ПИТАННЯ ПАТОГЕНЕЗУ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ
НА БЕШИХУ НИЖНІХ КІНЦІВОК**

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ

Резюме. На основі карт стаціонарного хворого вивчено паспортні дані, встановлено суб'єктивні й об'єктивні дані ураження нижніх кінцівок у хворих на бешиху, супутню патологію, фонові захворювання, сезонність за період з 2006 по 2015 рр. Всього обстежено і проліковано 170 пацієнтів із різними формами бешихового запалення нижніх кінцівок. Серед обстежуваних пацієнтів найбільш частими формами запалення були еритематозна (37 %) і бульозно-некротична форми

(39 %). За співвідношенням за статтю, жінки на бешиху хворіють на 60 % частіше, ніж чоловіки. За віковою категорією найбільша захворюваність на бешиху припадала на пацієнтів віком від 40 до 80 років (65,2 %). За сезонністю найвища захворюваність виявлялася в період літо-осінь (69,4 %).

Ключові слова: бешиха, β-гемолітичний стрептокок, карти стаціонарного хворого.

Вступ. Бешихове запалення – це одна з найбільш часто рецидивних стрептококових інфекцій, захворюваність на яку становить у середньому 15-20 тис. випадків на 100 тис. населення. Незважаючи на велику кількість способів лікування різних форм бешихи, проблема не втрачає своєї актуальності. Це пов'язано в першу чергу з розвитком резистентності мікроорганізмів до хіміотерапії, зниженням імунологічної та запальної реактивності організму хворих на бешиху. Клітинна стінка β – гемолітичного стрептокока, капсула якої утворена гіалуроновою кислотою, протидіє фагоцитозу і зв'язуванню антистрептококових антитіл, і є одним із факторів високої вірулентності мікроорганізму. Алергологічний компонент бешихового запалення пов'язаний із внутрішньоклітинними розчинними антигенами цитоплазми стрептокока, що містить білковий компонент. Він посилює прояви гіперчутливості сповільненого типу при одночасному зниженні функції В-лімфоцитів. Фермент стрептокіназа, яка продукується стрептококами групи А, володіє пірогенним компонентом, а також бере участь у розвитку синдрому дисемінованого внутрішньосудинного згортання, яке утворює фібринний бар'єр, що порушує лімфовенозний відтік. Ускладнені форми бешихи вимагають тривалого стаціонарного лікування, а слоновість, яка розвивається внаслідок частих рецидивів, призводить до інвалідизації, що має важливе медичне та соціально-економічне значення [2-6].

Мета дослідження. Вивчити і встановити залежність перебігу клінічних форм бешихового запалення нижніх кінцівок від вікових, сезонних факторів та спектра фонових захворювань.

Матеріал і методи. На основі карт стаціонарного хворого вивчено паспортні дані, встановлено суб'єктивні і об'єктивні дані ураження нижніх кінцівок, супутню патологію, сезонність, фонові захворювання за період з 2006 по 2015 рр. Всього обстежено і проліковано 170 пацієнтів із різними формами бешихового запалення нижніх кінцівок. Вік пацієнтів коливався в межах від 18 до 90 років. У віці від 18 до 30 років бешиха спостерігалася в 14 осіб (8,2 %), від 31 до 40 – у 15 (8,8 %), 41-50 років – у 22, що становило (13 %), у віці 51-60 років – 37 пацієнтів (21,7 %), у віці 61-70 років – 34 особи (20 %), у віці 71-80 років – 40 пацієнтів (23,5 %), і у віці 80 і більше – 8, що становило (4,7 %). Серед вказаних пацієнтів чоловіків було 67 (39,4 %), жінок – 103 (60,5 %).

Згідно з класифікацією МКХ-10, еритематозна форма спостерігалась у 63 пацієнтів (37 %), еритематозно-бульозна – у 34 (20 %), бульозно-некротична – у 67 осіб (39,4 %), і в 6 (3,5 %) пацієнтів спостерігалася флегмона кінцівки на фоні бешихового запалення. У всіх пацієнтів бешиха локалізувалася на нижніх кінцівках. При вивченні сезонності захворювання на бешиху обстежуваних пацієнтів встановлено, що весною захворіло 26 осіб (15,2 %), літом – 72 (42,3 %), восени – 46 (27 %), і в зимовий період – 26 випадків (15,2 %). У 65 % осіб бешихове запалення було первинним, і в 4,7 % – рецидивним. Всі пацієнти обстежені клінічно, лабораторно та інструментально. Запальні зміни з боку загального аналізу крові чітко виражені в 61 пацієнта (37,6 %), тоді як у 109 (64,1 %) запальні зміни були невираженими або відзначалася анемія легкого ступеня, лімфопенія, що вказувало на знижену імунну реактивність організму в даній категорії хворих. Ці дані підтверджуються даними літератури [1, 7, 8]. На 170 обстежуваних пацієнтів зафіксовано 190 випадків супутніх захворювань. Питома вага захворювань серцево-судинної системи становить 70 випадків, захворювання з боку нирок і печінки спостерігалась у 41 випадку, у 13 пацієнтів – цукровий діабет, ожиріння – у чотирьох, ревматоїдний поліартрит – у чотирьох, у трьох – облітеруючий атеросклероз. В одного пацієнта – псоріаз, системні захворювання сполучної тканини – у чотирьох. У 30 хворих бешиха розвинулася на фоні хронічної венозної недостатності, у 19 – на фоні лімфостазу і лімфедми, у п'яти пацієнтів після перенесеної травми, найчастіше переломів кісток. В одного пацієнта супутнім діагнозом була опійна наркоманія. У 17 (10 %) пацієнтів – бешихове запалення ускладнилося лімфангоїтом

і паховим одно- чи двобічним лімфаденітом, а в 6 осіб (3,5 %) – тромбофлебітом великої підшкірної вени та її гілок.

Результати дослідження та їх обговорення.

Серед обстежуваних пацієнтів найбільш частими формами запалення були еритематозна (37 %) і бульозно-некротична форми (39 %). За співвідношенням за статтю, жінки на бешиху хворіють на 60 % частіше, ніж чоловіки. За віковою категорією найбільша захворюваність на бешиху припадала на пацієнтів віком від 40 до 80 років (65,2 %). За сезонністю найвища захворюваність виявлялася в період літо-осінь – 69,4 %.

Клінічна картина бешихового запалення характеризувалася місцевими і загальними симптомами. Як правило, у всіх пацієнтів спостерігалася виражена гіперемія шкіри дифузного характеру на фоні інтенсивного набряку ураженої кінцівки, шкіра на дотик гаряча, пальпація болюча. При огляді відзначався лімфангоїт і лімфаденіт у паховій ділянці на боці ураження. При бульозно-некротичній формі бешихового запалення переважно на внутрішній і задній поверхні кінцівки виникали міхури із серозно-геморагічним вмістом, а також ділянки некрозу. Загальні симптоми проявлялися високою температурою тіла, вираженою загальною слабкістю, підвищеною пітливістю, неможливістю самостійно пересуватися або обмежено, через інтенсивний біль і відчуття розпирання в ураженій кінцівці.

Медикаментозне лікування складалося із призначення антибіотиків пеніцилінового, цефазолінового і фторхінолонового ряду, а також всі пацієнти отримували нестероїдні протизапальні препарати, антигістамінні засоби, венотоніки, дезінтоксикаційну терапію, корекцію супутньої патології. Оперативне лікування включало проведення некректомії, розкриття флегмон, а також кросектомію у пацієнтів із тромбофлебітом великої підшкірної вени. Всі пацієнти отримували фізіотерапевтичне лікування у вигляді ультрафіолетового опромінення в суберитемних дозах, і курс системного поліхроматичного опромінення «Біоптрон». Середній ліжко-день стаціонарного лікування становив 12,1. Померло двоє пацієнтів із бульозно-некротичною формою запалення на фоні ендогенної інтоксикації, у яких відбулося проникнення збудника у кров'яне русло, що призвело до септичного стану.

К ВОПРОСУ ПАТОГЕНЕЗА И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РОЖИСТЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

И.В. Бицка, А.Г. Шевчук, О.В. Прудников

Резюме. На основании карт стационарного больного, изучено паспортные данные, установлено субъективные и объективные особенности о поражении нижних конечностей у больных рожей, сопутствующие и фоновые заболевания, сезонность, распределение заболеваемости по возрасту, за период с 2006 по 2015 гг. Обследовано и проведено лечение 170 больных разной формы рожистого воспаления нижних конечностей. Среди обследуемых больных наиболее часто встречающимися формами воспаления были эритематозная (37 %), и буллезно-некротическая формы (39 %). По соотношению с полом, женщины рожей болеют на 60% чаще, чем мужчины. По возрастной категории

Висновки

1. Бешиха є тяжким і поширеним запальним захворюванням, яке уражає людей обох статей, але в переважній більшості жінок працездатного віку.

2. Захворюваність відзначається у всі пори року, але пік припадає на літо-осінь.

3. Частіше хворіють люди із супутньою патологією, яка знижує загальний і місцевий імунітет, що є сприятливим фактором для розвитку захворюваності на бешиху. Захворювання в даній категорії осіб проходить без запальних змін з боку лабораторних методів обстеження.

4. Пацієнти з ознаками хронічної венозної недостатності і лімфостазом є групою ризику по захворюваності на бешиху.

Перспективи подальших досліджень. У подальшому планується вивчення ролі синдрому дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові в патогенезі бешихового запалення нижніх кінцівок.

Література

1. Біляєва О.О. Обґрунтування хірургічного методу лікування бешихи шляхом декомпресійних розрізів з використанням оксиду азоту / О.О. Біляєва, В.Г. Шендрік, О.І. Яловський // Клін. хірургія. – 2014. – № 11. – С. 15-17.
2. Застосування аплікаційних сорбентів нового покоління в комплексному лікуванні бешихи / О.О. Біляєва, В.В. Нешта, В.Г. Шендрік [та ін.] // Клін. хірургія. – 2012. – № 11. – С. 5.
3. Пересадін М.О. Аналіз клінічного перебігу бешихи в сучасних умовах / М.О. Пересадін, Л.П. Антонова, Я.Я. Юган // Укр. мед. альманах. – 2011. – Т. 14, № 1. – С. 149-152.
4. Чурпій К.Л. Новий підхід у лікуванні хворих на бешиху / К.Л. Чурпій, В.К. Чурпій, І.К. Чурпій // Шпит. хірургія. – 2011. – № 2. – С. 94-95.
5. How to treat a fulminant erysipelas and sepsis caused by *Myroides odoratimimus*: case report and literature review / P. Willems, J. Muller, V. Satgeman, S. Desmet // Acta Clin. Belg. – 2016. – Vol. 90. – P. 1-5.
6. Low sensitivity of needle aspiration cultures in patients with cellulitis/ erysipelas / R.J. Piso, R. Pop, M. Wieland [et al.] // Springer plus. – 2016. – Vol. 5 (1). – P. 65-69.
7. Pitche P.V. Risk factors associated with abscess formation among patient with leg erysipelas (cellulitis) in sub-Saharan Africa: a multicenter study / P.V. Pitche // BMC Dermatol. – 2015. – Vol. 6. – P. 324-328.
8. Ruiz-Casado L. Erysipeloid rash: A rare adverse event induced by gemcitabine / L. Ruiz-Casado // J. Cancer Res. Ther. – 2015. – Vol. 12 (3). – P. 678-701.

наибольшая заболеваемость рожей была у пациентов в возрасте от 40 до 80 лет (65,2 %). Наибольшая заболеваемость возникла в летне-осенний период – 69,4 %.

Ключевые слова: рожа, β-гемолитический стрептококк, карта стационарного больного.

TO THE QUESTION OF PATHOGENESIS AND TREATMENT IN PATIENTS WITH ERYSIPELAS OF LOWER EXTREMITIES

I.V. Bitska, A.H. Shevchuk, O.V. Prudnikov

Abstract. Based on the case history of hospital patients, we established the subjective and objective data of the defect of lower extremities in patients with erysipelas, and comorbidity, pre-existing illnesses, for the period 2006 to 2015. A total of 170 patients with different forms of erysipelas of the lower extremities were examined and treated. Among the examined patients, the most frequent forms of inflammation were erythematous (37 %), and bullous-necrotic forms (39 %). The ratio by gender, women are affected with erysipelas 60 % more often than men. By age group – the highest incidence of erysipelas was for patients aged 40 to 80 years (65,2 %). For seasonality the highest incidence was in the period of summer and autumn (69,4 %).

Key words: erysipelas, β-hemolytic streptococcus, case history of hospital.

HSEI “National Medical University” (Ivano-Frankivsk)

Рецензент – проф. В.П. Польовий

Buk. Med. Herald. – 2017. – Vol. 21, № 1 (81). – P. 23-25

Надійшла до редакції 07.12.2016 року