



ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОГО ТЕЧЕНИЯ РОЖИ ДО ПЕРИОДА ПАНДЕМИИ «COVID-19» В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ

*Орзикулов Аъзам Орзикулович, Рустамова Шахло Абдухакимовна Жураев Шавкат
Абдувахидович, Уралов Шухрат Мухтарович*

Самаркандский Государственный медицинский институт

✓ Резюме

Рожка является широко распространенным инфекционным заболеванием, лечение которого в условиях поликлиники осуществляется врачами различных специальностей (инфекционистами, терапевтами, хирургами, дерматологами, физиотерапевтами). Нами проведен анализ заболеваемости рожки в период с 2014-2019 гг. по данным ретроспективного анализа историй болезней больных, с диагнозом «Рожка» находившихся на стационарном лечении в областной клинической инфекционной больнице города Самарканда. Проведенный нами анализ историй болезней больных с рожкой позволили нам сделать следующие выводы: несмотря на малую контагиозность рожки, еще заболеваемость достаточно часто встречается. Заболеваемость рожкой в последние годы часто наблюдается у мужчин (66,6 %), работоспособного возраста (72,5%). Этот факт связан с их профессией. В последние годы по нашим данным на долю буллезной и геморрагической рожки приходится 77,2 % от общего числа больных рожкой. Участились случаи болезни с рецидивирующим течением (43,3%). Контакты с больными хроническим тонзиллитом одинаково часто характерны для больных как первичной, так и рецидивирующей рожкой. Разобщение больных играет ключевую роль при рецидивах рожки. Правильная организация диспансеризации больных после стационарного лечения препятствует рецидива заболевания.

САМАРҚАНД ВИЛОЯТИДА “СОВИД-19” ПАНДЕМИКАСИ ДАВРИДАН ОЛДИРГИ САРАМАСНИНГ КЛИНИК-ЛАБОРАТОРИЙ ХУСУСИЯТЛАРИ

*Орзикулов Азам Орзикулович, Рустамова Шахло Абдухакимовна Жураев Шавкат
Абдувоҳидович, Уралов Шухрат Мухтарович*

Самарқанд давлат тиббиёт институти

✓ Резюме

Сарамас кенг тарқалган юқумли касаллик бўлиб, уни поликлиникада даволаш турли ихтисосликдаги шифокорлар (инфекционистлар, терапевтлар, жарроҳлар, дерматологлар, физиотерапевтлар) томонидан амалга оширилади. Биз 2014-2019 йилларда Самарқанд вилоят юқумли касалликлар клиник шифохонасига «Сарамас» таъхиси билан ётқизилган беморларнинг касаллик тарихини ретроспектив таҳлил қилиш асосида сарамас билан касалланиш ҳолатини таҳлил қилдик. Беморларнинг касаллик тарихини таҳлил қилиш мобайнида қуйидаги хулосага келдик: сарамас касаллиги юқумлилиги паст бўлишига қарамай, касаллик ҳали ҳам кенг тарқалган. Сўнги йилларда сарамас касаллиги кўпинча эркаларда (66,6%) ва меҳнатга лаёқатли ёшда (72,5%) кузатилади. Бу ҳолат уларнинг касби билан боғлиқ. Сўнги йилларда бизнинг маълумотларимизга кўра, касалликнинг буллез ва геморрагик шакли билан касалланган беморлар умумий касалланиш сонининг 77,2% ни ташкил қилади. Касалликнинг қайталаниш ҳолатлари тез-тез учраган (43,3%). Сурункали тонзиллити бор беморлар билан мулоқотда бўлиш бирламчи ва рецидивланувчи сарамас билан хасталанган беморлар учун тенг нисбатда кузатилади. Беморларни изоляция қилиш сарамас касаллиги қайталанишида асосий роль ўйнайди. Беморларни стационар даволашдан кейин тиббий кўриқдан ўтказишни тўғри ташкил этиш касалликнинг қайталанишининг олдини олади.

FEATURES OF THE CLINICAL AND LABORATORY COURSE OF ERYSIPELAS BEFORE THE PERIOD OF THE "COVID-19" PANDEMIC IN THE SAMARKAND REGION

Orzikulov Azam Orzikulovich, Rustamova Shahlo Abdukhakimovna
Zhuraev Shavkat Abduvakhidovich, Uralov Shukhrat Mukhtarovich

Samarkand State Medical Institute

✓ *Resume*

Erysipelas is a widespread infectious disease, the treatment of which in a polyclinic is carried out by doctors of various specialties (infectionists, therapists, surgeons, dermatologists, physiotherapists). We have analyzed the incidence of erysipelas in the period from 2014-2019, according to a retrospective analysis of the case histories of patients with a diagnosis of "Erysipelas" who were hospitalized in the regional clinical infectious diseases hospital of the city of Samarkand. Our analysis of the case histories of patients with erysipelas allowed us to draw the following conclusions: despite the low contagiousness of erysipelas, the incidence is still quite common. The incidence of erysipelas in recent years is often observed in men (66.6%) of working age (72.5%). This fact is related to their profession. In recent years, according to our data, bullous and hemorrhagic erysipelas account for 77.2% of the total number of patients with erysipelas. Cases of the disease with a relapsing course became more frequent (43.3%). Contacts with patients with chronic tonsillitis are equally common for patients with both primary and recurrent erysipelas. Separation of patients plays a key role in recurrence of erysipelas. Proper organization of medical examination of patients after inpatient treatment prevents the recurrence of the disease.

Актуальность

Стрептококковые инфекции продолжают оставаться в числе наиболее острых проблем здравоохранения во всех странах мира. Проблема рожистого воспаления обусловлена постоянным повышенным уровнем заболеваний среди населения, без тенденции к снижению и составляет 14 – 25 на 10 000 населения (3,4). В мире ежегодно переболевают рожей около 100 млн. человек. Рожа является широко распространенным инфекционным заболеванием, лечение которого в условиях поликлиники осуществляется врачами различных специальностей (инфекционистами, терапевтами, хирургами, дерматологами, физиотерапевтами). Заболеваемость рожей в Узбекистане на протяжении последних лет не имеет тенденции к уменьшению, уступая лишь гриппу, вирусному гепатиту и острым кишечным инфекциям. 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 инфекционного токсического шока (5,6), преимущественная локализация патологического процесса на нижних конечностях, выраженная склонность к рецидивированию (до 60 %) и формированию хронической лимфовенозной недостаточности со слоновостью, приводит к инвалидизации и значительному ухудшению качества жизни пациентов, часто еще в работоспособном возрасте (1,2). Также, если в 70-е годы геморрагические формы рожи составляли не более 20% всех случаев, то в конце 90-х годов - 85-95%, и в 2000-х этот показатель сохраняется на этих же цифрах. Кроме этого, участились случаи болезни с рецидивирующим течением. В связи с вышеизложенным, целью нашей работы является оценка течения рожи в Самаркандской области за последние 5 лет, до развития пандемии COVID-19.

Цель исследования: Описать клинические и лабораторные особенности течения рожистого воспаления по Самаркандской области.

Материалы и методы исследования: Анализ заболеваемости рожи проводился в период с 2014-2019 гг. по данным ретроспективного анализа историй болезней больных, с диагнозом «Рожа» по МКБ-А46.0 находившихся на стационарном лечении в областной клинической инфекционной больнице города Самарканда. Диагноз был установлен на основании клинических проявлений, эпидемиологических данных и лабораторно-этиологических исследований в контексте стандартного определения случая.

Результаты исследования: В соответствии с поставленной целью было проанализировано 62 больных с различными формами рожи. Среди исследователей рожистой инфекции

существует единое мнение о том, что половой признак следует рассматривать как один из основных предрасполагающих факторов в развитии болезни. Однако нами установлена, другая тенденция, так из общего числа обследованных больных 66,4% составляли мужчины, 33,6% - женщины, в возрасте от 18 до 78 лет (таблица № 1).

Таблица №1

Пол	Возраст				Всего %
	18 - 25	26 - 50	51 - 60	61 - 78	
Мужчины	4,2%	5,6%	34,3%	22,5%	66,6
Женщины	7,9%	8,5%	8,5%	8,5%	33,4
Всего	12,1%	14,1%	42,8%	31%	100

Как видно из наших наблюдений, у мужчин заболевание в 1,5-2 раза регистрируется чаще, чем у женщин (рисунок 1).

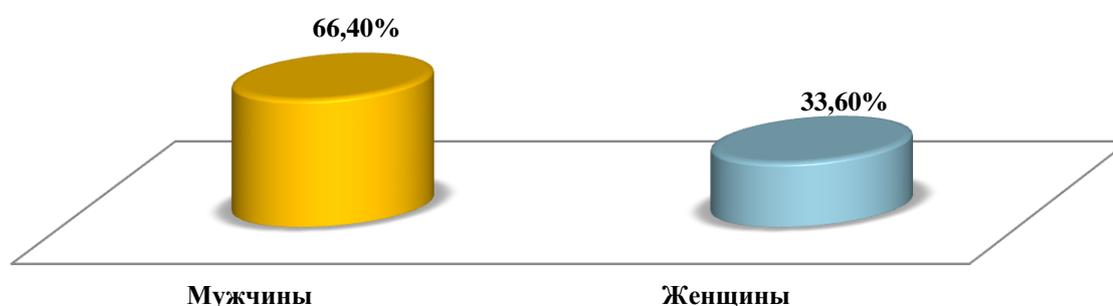


Рис 1. Распределение больных по полу

Согласно литературным данным, среди больных рожей преобладают лица, занимающиеся физическим трудом, что было также и нами установлено. Так, в наших исследованиях заболевание часто наблюдалась у тех людей, которые занимаются сельскохозяйственными делами и ведут активный образ жизни под открытым небом (76,8%), в меньшей степени (23,2%) рожа распространена среди работников умственного труда.

В отличие от других исследователей, в наших исследованиях заболеваемость рожей не имела определенной сезонности.

Всем нам известно, что источником инфекции при роже может стать больной с другими стрептококковыми заболеваниями - ангиной, скарлатиной, отитом. В наших исследованиях, при анализе анамнеза заболевания установлено что в 23,4% случаях был контакт с больными стрептококковыми инфекциями, то есть с ангиной, в 19,8% с больными со скарлатиной, в 26,7% случаях с больными с острым отитом и в 1/3 случаях не удалось установить причину заболевания. При первичной роже провоцирующими факторами оказались микротравмы (35,6%), ангины (35,7%) и гнойные процессы на коже (28,7%). Что позволяет предположить экзогенный характер инфекции при этих формах заболевания. Контакты с больными хроническим тонзиллитом одинаково часто характерны для больных как первичной, так и рецидивирующей рожей. В связи с этим, разобщение больных играет ключевую роль при рецидивах рожи.

По приказу МЗ РУЗ и по классификации В.Л.Черкасова, 1986 г. мы больных делили по характеру местных проявлений: у 22,8% больных диагностировалась эритематозная форма рожи, у 47,6% эритематозно-буллезная, у 29,6% эритематозно-геморрагическая форма. По нашим данным на долю буллезной и геморрагической рожи приходится 77,2% от общего числа больных рожей. Эритематозно-буллезная и эритематозно-геморрагические формы в большинстве случаев были установлены у пожилых людей с фоновыми патологиями, как

сахарный диабет, микотические заболевания, ожирение, варикозные заболевания вен.



Рис 2. Распределение больных по степени тяжести

Больные с редко рецидивирующей розей, в течение года после заболевания принимали иммунокорректирующую терапию, бициллинотерапию, физиотерапию. По нашему мнению, это способствовало снижению рецидивов.

При анализе истории болезней нас интересовал факт, встречаемость часто рецидивирующей рожи. Многими исследователями доказано, что при розе, особенно при хронической форме с часто рецидивирующим её течением, имеет место инфицированность L-формами стрептококка. L-трансформация стрептококка усиливается под воздействием антибиотикотерапии при подавлении его клеточных форм. Этим объясняется, тот факт, что больные вовремя не обращаются к специалистам и занимаются самолечением.

По степени тяжести среди обследованных больных в основном преобладали среднетяжёлые и тяжелые формы (90,4%). Тяжёлые формы в основном отмечались у больных с сопутствующими патологиями.

По кратности течения среди обследованных больных первичное течение рожи наблюдалось у 56,7% больных, рецидивирующее у 43,3% больных. При наличии не менее трех рецидивов рожи за год целесообразно определение «часто рецидивирующая рожа». При рецидивирующей розе из анамнеза больных лечащими врачами было установлено, что у 45,6% часто рецидивирующая форма, а у 54,4% больных редко наблюдалось рецидивирующая форма. Соотношение рецидивирующей рожи к общему количеству больных почти 1:1. У больных с часто рецидивирующей розей появлению очередного рецидива предшествовало, обострение хронических заболеваний кожи, обострение хронических тонзиллитов, гайморитов, переохлаждение и стресс.

По распространенности местных проявлений, у 87,3 % больных выявлена локализованная форма, у 13,7 % больных мигрирующая рожа. По литературным данным, чаще всего воспалительный процесс локализуется на нижних конечностях (60-70%), реже на лице (20-30%) и верхних конечностях (4-7%), очень редко лишь на туловище, в области молочной железы, промежности, наружных половых органов. В наших исследованиях у большинства больных местный очаг рожи локализовался на лице - у 47,6 %, на нижних конечностях - 47,6 %, у 2 4,8 % - рожа верхних конечностей. Как видно, наши данные совпадают с литературными данными.

Начало заболевания у всех обследованных больных (100 %) было острое, с выраженными симптомами интоксикации, с повышением температуры, нарушением сна, регионарным лимфаденитом. А так же, у всех больных выявили появление местных изменений на коже (таблица № 2).

Симптомы интоксикации проявлялись недомоганием, слабостью - у 95,2 %, с ознобом - у 92,8%, головной болью – у 88,1 %, нарушением сна - у 26,2 % больных. Регионарный лимфаденит диагностирован у 95,2 % больных. На пораженных участках кожи у большинства больных лечащими врачами были описаны жалобы больных на парестезии, чувство распирания или жжения, неинтенсивные боли.

Повышение температуры наблюдались у всех больных. Повышение температуры до 38°C у 11,4 % больных, до 39°C у 38,4% больных, от 39,1 ° C до 40°C у 39,4% больных, 40°C и выше у 10,8 % больных. Средняя длительность лихорадки 4,3 дня.

Основные клиничко-лабораторные проявления при роже

№	Клинические симптомы	%
1.	Озноб	92,8
2.	Слабость, недомогание	95,2
3.	Нарушение сна	26,2
4.	Субфебрильная температура 37 – 38 °С	11,4
5.	Температура тела от 38,1 – 39 °С	38,4
6.	Температура тела от 39,1 °С и выше	50,2
7.	Головная боль	83,3
8.	Боли, жжение, зуд в области очага воспаления	100
9.	Региональный лимфаденит	95,2

По мнениям многих авторов, фоновые сопутствующие заболевания определяются у 70-75% больных рожей. У больных с рецидивирующей рожей частота их выявления составляет свыше 90%, у больных с повторной рожей – около 50% и лишь у 30-32% больных при первичной форме заболевания. В наших исследованиях среди обследованных больных у 80,9 % мы выявили такие сопутствующие заболевания: анемия I - II - степени 12,5% больных, гипертоническая болезнь - 13,4% больных, хронический тонзиллит - 8,4%; хронический колит - 3,9 %; полиартрит - 11,3%; ожирение - 9,7%; варикозные заболевания-8,3%; ишемический болезнь – 18,4%; сахарный диабет- 8,7%; микоз стопы - 3,4%; цирроз печени – 7,8%; миома матки -4,2%.

При лабораторном исследовании, в анализах крови у больных выявляли лейкоцитоз со сдвигом влево - у 42,8 %, ускорение СОЭ – у 42,8%, снижение гемоглобина - у 100% больных.

Бактериологический посев крови лишь у 25,6% больных дал положительный результат. Выделить стрептококк из очага воспаления кожи у больных рожей в настоящее время практически не представляется возможным ввиду широкого внедрения в клиническую практику антибиотикотерапии. Вместе с тем, редкую высеваемость стрептококка можно объяснить, кроме высокой чувствительности к химиопрепаратам, несовершенством общепринятых методов забора материала и питательных сред.

Всем больным проводилось антибактериальная, дезинтоксикационная, десенсибилизирующая и симптоматическая терапия. Все больные после проведенного лечение выписаны с клиническим выздоровлением. У 11,3% больных остались такие остаточные явления как пастозность и пигментация кожи (35,8%), застойная гиперемия на месте угасшей эритемы 29,8%), плотные сухие корки на месте булл (19,7%), отечный синдром (14,7%). Эти остаточные явления в основном выявили у больных с часто рецидивирующей рожей (75,6%).

Таким образом, проведенный нами анализ историй болезней больных с рожей позволили нам сделать следующие выводы:

1. Несмотря на малую контагиозность рожи, еще заболеваемость достаточно часто встречается.
2. Заболеваемость рожей в последние годы часто наблюдается у мужчин (66,6 %), работоспособного возраста (72,5%). Этот факт связан с их профессией.
3. В последние годы по нашим данным на долю буллезной и геморрагической рожи приходится 77,2 % от общего числа больных рожей.
4. Участились случаи болезни с рецидивирующим течением (43,3%).
5. Контакты с больными хроническим тонзиллитом одинаково часто характерны для больных как первичной, так и рецидивирующей рожей. Разобщение больных играет ключевую роль при рецидивах рожи.
6. Правильная организация диспансеризации больных после стационарного лечения препятствует рецидива заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Еровиченков А.А. Актуальные аспекты современной клиники, лечения и реабилитации больных с рожей / А.А.Еровиченков, С.А. Потеева, Г.И. Анохина // Фарматека. – 2012. – №20. – С. 62-67.

2. Пшеничная Н.Ю. Рожа: программа оптимизации диагностики и лечения, фармакоэкономический анализ: автореф. дис. докт. мед. наук / Н.Ю. Пшеничная, Ростов-на-Дону, – 36 с.
3. 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.
4. Dupuy A., Benchikhi H., Roujeau J.C., et al. Risk factors for erysipelas of the leg (cellulitis) : case-control study // BMJ. 2009.-№ 318(7198).-P. 1591-1594.
5. Zaraa I., Zegloufi F., Zouari B. et al. Erysipelas. Retrospective study of 647 patients // Tunis Med. – 2014. – Vol.82. – № 11. – P.9.
6. Блажняя Л.П., Авдеева М.Г., Ковалевская О.И., Козырева Е.В. Особенности течения рожи в разных возрастных группах. Материалы IX Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням с международным участием. Москва. 2017; 43.
7. Vlagney L.P., Avdeeva M.G., Kovalevskaya O.I., Kozyrev E.V. Peculiarities of erysipelas in different age groups. Proceedings of the IX Annual Russian Congress on infectious diseases with international participation. Moscow. 2017; 43 [in Russian].
8. Дунда Н.И. Клинико-иммунологическая характеристика и оценка эффективности лечения рожи. Автореф. дис. канд. мед. наук. Москва. 2008; 25с.
9. Еровиченков А.А. Клинико-патогенетическое значение нарушений гемостаза и их коррекция у больных геморрагической рожей. Автореф. дис. докт. мед. наук. Москва. 2003; 35с.
10. Еровиченков А.А., Потеева С.А., Анохина Г.И. Лечение рожи: современные аспекты. Фарматека. 2010; 4: 48–51.
11. Жаров М.А. Рожа: клиничко — эпидемиологическая характеристика, совершенствование методов лечения и прогнозирования течения болезни. Автореф. дис. докт. мед. наук. Москва. 2007; 38с.
12. Лиско О.Б., Сатарова С.А., Перминова Т.А., Гаврилова И.Б. Рожа, как социально-медицинская проблема на современном этапе. Мат. IX Ежег. Всерос. Конгресса по инфекционным болезням с международным участием. Москва. 2017; 155.
13. Плавунов Н.Ф., Кадышев В.А., Чернобровкина Т.Я., Проскурина Л.Н., Кардонова Е.В. Диагностическое значение экзантем при инфекционных заболеваниях на догоспитальном этапе. Архивъ внутренней медицины. 2016; 6(3): 36–41.
14. Потеева С.А., Еровиченков А.А., Анохина Г.И., Колаева Н.В. Особенности клинического течения рожи на фоне метаболического синдрома. Инфекционные болезни. 2010; 8(1): 252–253.
15. Ратникова Л.И., Дубовикова Т.А. Оценка состояния сосудисто-тромбоцитарного гемостаза у больных геморрагическими формами рожи. Журнал инфектологии. 2012; 4(1): 53–57.
16. Ратникова Л.И., Дубовикова Т.А., Шип С.А., Жамбурчинова А.Н. Гендерные особенности рожи. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2011; 4: 36–40.
17. Орзикулов А.О., Рустамова Ш.А., Жураев Ш.А. Клинико-лабораторные особенности течения рожи на современном этапе. Журнал "Достижения науки и образования" 2020, №9 (63). С.61-66

Поступила 20.02.2022