

Камакина И.Н., Махнев А.А.
**ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ
 ПРОЯВЛЕНИЙ РОЖИ**

Кировская государственная медицинская академия,
 кафедра инфекционных болезней

Зав. кафедрой: профессор А.Л. Бондаренко

Научный руководитель: доцент, С.В. Аббасова

Стрептококковые инфекции относятся к числу наиболее распространенных заболеваний бактериальной природы. Они наносят большой социально-экономический ущерб и являются причиной инвалидизации населения. Их клинические проявления многообразны и зависят от вида возбудителя, локализации патологического процесса и состояния организма. Одной из форм инфекции, вызываемой стрептококком группы А, является рожа. Особенностями этого заболевания являются склонность к рецидивирующему течению и возможность развития аутоиммунных осложнений. Целью исследования являлось изучение клинических проявлений рожи у 39 больных в возрасте от 24 до 76 лет (в среднем $53,6 \pm 4,2$ года), находившихся на лечении в Кировской инфекционной клинической больнице в 2008 году. Из них мужчин – 11 человек (28,2%), женщин – 28 (71,8%). Диагноз был поставлен на основании анамнеза жизни, эпидемиологических данных и характерной клинической картины инфекции. 89,4% случаев составили эритематозные формы рожи, 7,7% – эритематозно-буллезные, 2,6% – эритематозно-геморрагические. Первичная рожа регистрировалась у 69,2% больных, рецидивирующая – у 30,8%. В 94,8% случаев заболевание имело среднюю степень тяжести, в 2,6% – тяжелую, в 2,6% – легкую.

Большинство случаев рожи регистрировалось летом (38,5%) и осенью (35,9%). Провоцирующими

факторами являлись переохлаждение, повреждение кожных покровов, физическая нагрузка, эмоциональный стресс. В анамнезе жизни у 15,4% пациентов были операции, связанные с удалением лимфатических узлов, у 10,4% – варикозная болезнь нижних конечностей, у 5,1% – сахарный диабет, у 5,1% – лимфостаз. Интоксикационный синдром отмечался у всех пациентов с первого дня болезни. Повышение температуры тела в среднем до $38,7 \pm 0,3^{\circ}\text{C}$ сопровождалось слабостью и недомоганием у 97,4% больных, головной болью – у 74,4%, снижением аппетита – у 43,6%, тошнотой – у 17,9%. Лейкоцитоз в среднем $13,0 \pm 0,7 \times 10^9/\text{л}$ регистрировался в 46,2% случаев, повышение СОЭ до $32,0 \pm 2,4$ мм/ч – в 92,3%. Рожистое воспаление локализовалось на ногах у 66,7% обследованных, на лице – у 15,4%, в области головы и шеи – у 10,3%, на руках – у 7,7%. Эритема сопровождалась отеком у всех пациентов, болезненностью – в 87,2% случаев, повышением местной температуры – в 69,2%, зудом – в 43,6%. Пигментация отмечалась у 25,6% больных, шелушение – у 15,4%. Локализация очага воспаления на конечностях регистрировалась чаще при рецидивирующей роже, чем при первичной ($91,7 \pm 8,3\%$ – $66,7 \pm 9,2\%$, $p < 0,05$). При рецидивах инфекции более длительно, чем при первичном процессе, сохранялись лихорадка ($4,0 \pm 0,8$ дней – $3,1 \pm 0,35$ дней) и воспалительные изменения кожи ($13,3 \pm 3,7$ – $9,6 \pm 1,2$ дней), хотя при первичной роже чаще встречались болезненность в области гиперемии и отека тканей ($96,3 \pm 3,7\%$ – $66,7 \pm 14,2\%$, $p < 0,05$) и местная гипертермия ($81,5 \pm 7,6\%$ – $41,7 \pm 14,9\%$, $p < 0,05$). Регионарный лимфаденит отмечался только при первичной инфекции в 37,0% случаев.

Таким образом, клиническая картина рожи характеризуется интоксикацией и преимущественной локализацией воспаления на ногах. При первичной инфекции воспалительные изменения кожи более выражены и сопровождаются регионарным лимфаденитом. Рецидивирующая рожа отличается длительным сохранением эритемы, что требует назначения более продолжительной и комбинированной антибактериальной терапии.