

УДК 616.98:579.862.1]–085

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РОЖИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ АМИНОФТАЛГИДРОЗИДОВ И ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ

© 2006 г. *М.А. Жаров*

As a result of treating erysipelas by the combination of aminofthalhydrosides and laser therapy the clinic and laboratory tests improve; the number of recurrence decreases.

Рожа является распространенным инфекционным заболеванием, регистрируется с частотой 1,4–2,2 на 1000 взрослого населения, занимает четвертое место среди инфекционной патологии, приносит большой социально-экономический ущерб [1–4], который обусловлен увеличением числа больных с тяжелым и осложненным течением, преобладанием в клинической картине заболевания интоксикационного синдрома, вплоть до развития инфекционно-токсического шока [1, 3, 5–8]; ростом геморрагических форм с медленной репарацией тканей и формированием осложнений деструктивного характера в очаге воспаления [1, 9, 10]. Болезнь характеризуется преимущественной локализацией патологического процесса на нижних конечностях, выраженной склонностью к рецидивированию (16–50 %), формированием хронической лимфовенозной недостаточности с длительной нетрудоспособностью, нередко инвалидизацией больных [3, 5, 6, 9].

В настоящее время применяемые методы лечения рожи в большинстве случаев не оправдали надежд, возлагаемых на них врачами и больными. Это связано с недостаточной эффективностью существующих в настоящее время методов лечения этого заболевания, что заставляет пересмотреть терапию персистирующей инфекции, диктует необходимость поиска новых лекарственных препаратов, способных воздействовать на синтез факторов регуляции клеточных взаимодействий в процессе развития болезни. Научные исследования, имеющие своей целью повышение эффективности лечения больных, представляют научный и практический интерес.

Целью настоящей работы явилось выявление клинических особенностей и эффективности применения различных схем лечения рожи.

Пациенты и методы

Под нашим наблюдением находилось 1 140 больных рожей, пролеченных в стационарах г. Майкопа с 1995 по 2005 г. В инфекционной больнице находилось на лечение 830, в хирургическом отделении городской больницы – 310 пациентов. Клинический диагноз рожи устанавливался согласно общепринятой классификации В.Л. Черкасова и Р.Р. Рыскинд [11], представленной в методических рекомендациях Министерства здравоохранения СССР по клинике, диагностике, лечению и профилактике рожи (1975).

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ госпитальной заболеваемости показал, что за время наблюдения количество госпитализированных больных рожей увеличивалось, так до 1999 г. количество госпитализированных больных составляло 92, а в 2005 г. – 142 чел. Средний возраст пациентов был равен $58,6 \pm 0,6$ года с преобладанием лиц старше 40 лет (87,9 %). В 533 (48 %) случаях болезнь зарегистрирована у пенсионеров, из них в 29,4 % в возрасте 61–70 лет. В 38,9 % случаев страдали лица активного трудового возраста. Соотношение мужчин и женщин составило 1:2,1. Городских жителей было 906 (79,5 %) чел. Средний срок госпитализации составил $3,9 \pm 0,17$ дня.

Клиническая характеристика наблюдавшихся больных рожей представлена в таблице. Первичная рожа зарегистрирована у 992 (87 %) заболевших, из них негеморрагическая форма – у 832 (83,9), геморрагическая – у 160 (16,1 %). Рецидивирующая рожа имела место у 148 (13 %) больных, из них негеморрагическая – у 140 (94,6), геморрагическая – у 8 (5,4 %). Заболевание протекало в легкой форме у 199 (17,5 %), среднетяжелой – у 768 (67,4), тяжелой – у 173 (15,1 %) пациентов.

Эритематозная форма рожи была диагностирована у 772 (67,7 %), эритематозно-буллезная – у 200 (17,5 %), эритематозно-геморрагическая – у 99 (8,7), буллезно-геморрагическая – у 69 (6,0 %) больных. Местные осложнения зарегистрированы у 60 (5,3) больных, общие – острая сердечно-сосудистая недостаточность – у 2 (0,18 %).

Местный воспалительный процесс локализовался на нижних конечностях в 923 (80,9) случаях, на лице – в 121 (10,6), на верхних конечностях – в 92 (8,1 %); имел другую локализацию в 4 (0,4 %) случаях. При различной локализации рожи клиническое течение болезни и ее прогноз имел свои особенности. Для рожи нижних конечностей были характерны геморрагические формы с развитием геморрагии, пузырей и последующим образованием эрозий, осложнений в виде лимфангитов, паховых лимфаденитов, флегмон. Этому способствовали фоновые состояния – хроническая венозная недостаточность, нарушения лимфообращения, микозы и др.

Рожа лица чаще наблюдалась при первичной и повторной формах болезни, протекала легче, чем при других ее локализациях. По данным литературы заболеванию предшествовали ангины, острые респираторные заболевания, обострения хронических синуситов, отитов, кариес [9–11]. Рожа верхних конечностей чаще возникала на фоне послеоперационного лимфостаза у женщин, оперированных по поводу опухоли молочной железы, имела склонность к рецидивирующему течению.

У всех больных был выражен синдром интоксикации. При первичной роже на фоне лихорадки наблюдались ознобы в 66, слабость – в 95,2 %, снижение аппетита – в 76,7 % случаев. У 81,4 % пациентов заболевание протекало в среднетяжелой и тяжелой форме. Появление гиперемии в очаге воспаления в первые сутки отмечено у 86,6 % чел. При рецидивирующем течении интоксикация проявлялась в виде лихорадки у 95,5, слабо-

сти – у 85,1, снижении аппетита – у 66,0, болей в мышцах – у 59 % больных. Среднетяжелая и тяжелая форма заболевания зарегистрированы в 90,6 % случаев. В течение первых суток гиперемия появлялась в очаге воспаления у 70,4 % больных.

Клиническая характеристика больных рожей

Характеристика		Кратность течения рожи					
		Первичная		Рецидивирующая		Итого	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
n		992	87	148	13	1140	100
Степень тяжести	Легкая	185	18,6	14	9,5	199	17,5
	Среднетяжелая	652	65,8	116	78,4	768	67,4
	Тяжелая	155	15,6	18	12,1	173	15,1
Локализация	Нижняя конечность	803	80,9	120	81,1	923	80,9
	Лицо, голова	111	11,1	10	6,8	121	10,6
	Верхняя конечность, туловище	77	7,8	15	10,1	92	8,1
	Другие	2	0,2	2	1,4	4	0,4
Характер местных проявлений	Негеморрагическая форма	832	83,9	140	94,6	972	85,3
	Геморрагическая форма	160	16,1	8	5,4	168	14,7

Из предрасполагающих факторов развития рожи в 44,1 % случаев выявлено повреждение кожных покровов (при первичной в 49,8 %, при рецидивирующей в 6,1 %). У 70,6 % пациентов отмечен микоз стоп и ногтевых пластинок. Хронические очаги инфекции имелись у 46,0 % больных.

За время наблюдения с 1995 по 2005 гг. установлен рост первичных форм рожи с 75,6 до 87,0 %, уменьшение рецидивирующих – с 24,4 до 13,0; увеличение удельного веса больных с тяжелыми формами болезни с 4,7 до 15,1 %, среднетяжелыми – с 67,5 до 78,7.

Анализ результатов лечения рожи проведен у 386 больных за период с 2002 по 2005 г. Выделено 2 группы больных. В 1-й группе – 272 (70,5 %) пациента – наряду с общепринятой базисной терапией применялись аминофталгидрозиды (галавит, тамерит, галавтилин) с лазеротерапией.

Аминофталгидрозиды (АФГ) воздействуют на фагоцитарное звено иммунитета, ингибируют гиперактивность тканевых макрофагов, нормализуя при этом их функциональное состояние и восстанавливая функцию Т-лимфоцитов [6–8]. Выявлено положительное иммунокорригирующее влияние лазерной терапии с усилением микроциркуляции крови и улучшением трофики поврежденных тканей [1, 12].

Во 2-й группе – 114 (29,5 %) больных – назначалась общепринятая этиопатогенетическая терапия с УФО очага воспаления.

Включение в комплексную патогенетическую терапию больных рожей АФГ и лазерной терапии в остром периоде способствовало более быстрому исчезновению симптомов интоксикации и купированию местного воспалительного процесса, обусловило более доброкачественное течение болезни. Лихорадочный период в 1-й группе больных в среднем составил $2,1 \pm 0,2$, во 2-й – $4,7 \pm 0,2$ дня. Продолжительность симптомов интоксикации составила соответственно $1,4 \pm 0,9$ и $4,4 \pm 0,3$ дня ($p < 0,01$). В 1-й группе больных гиперемия очага воспаления сохранялась до $5,8 \pm 0,42$ дня, во 2-й – до $11,6 \pm 0,89$. В группе больных, леченных с применением АФГ, буллезные элементы исчезали на $7,3 \pm 0,5$ день лечения, без применения АФГ – на $14,3 \pm 1,6$ день ($p < 0,001$). Побочных явлений, связанных с назначением АФГ, у наблюдавшихся больных не зарегистрировано. У больных 2-й группы средний койко-день составил $11,9 \pm 0,62$ дней, рецидивы заболевания зарегистрированы в 33,8 % случаев. У пациентов 1-й группы средний койко-день составил 8,0 дней, а рецидивы отмечены в 2,9 % случаев.

В остром периоде болезни в обеих группах больных регистрировалось повышенное содержание цитокинов, иммуноглобулинов Е, ЦИК, СРБ независимо от варианта течения, тяжести и формы болезни. Изучение динамики лабораторных показателей в зависимости от метода лечения показало, что у больных, леченных АФГ, зарегистрирована более ранняя нормализация изучаемых показателей по сравнению с группой сравнения ($p < 0,001$) [6, 8, 11].

Таким образом, проведенные исследования показали, что за период с 1995 по 2005 г. госпитальная заболеваемость возросла с 89 до 142 чел., при этом средний возраст пациентов равен – $58,6 \pm 0,6$ года, в 87,9 % случаев регистрировались лица старше 40 лет.

У пенсионеров рожа выявлена в 48 %, у лиц активного трудового возраста – в 38,9 % случаев, соотношение мужчин и женщин составило 1:2,1.

Установлен рост первичных форм болезни с 75,6 до 87,0 %, уменьшение рецидивирующих – с 24,4 до 13,0 %; увеличение удельного веса больных с тяжелыми формами с 4,7 до 15,1 %, среднетяжелыми – с 67,5 до 78,7 %. У больных первичной рожей синдром интоксикации регистрировался более выражено, чем у лиц с рецидивирующим течением болезни.

Включение аминофталгидрозидов и лазерной терапии в комплексное лечение больных рожей является патогенетически обоснованным и клинически более эффективным в сравнении с базисной терапией.

Лихорадочный период в среднем составил $2,1 \pm 0,2$ дня, продолжительность симптомов интоксикации – $1,4 \pm 0,9$ дня, гиперемия очага воспаления сохранялась до $5,8 \pm 0,42$ дня, средний койко-день составил 8,0 дней, рецидивы зарегистрированы в 2,9 % случаев у больных, получавших АФГ. Соответственно, у пациентов, принимавших стандартную терапию, – $4,7 \pm 0,2$ – $4,4 \pm 0,3$ и $11,6 \pm 0,89$ и $11,9 \pm 0,62$ дней, рецидивы заболевания отмечены в 33,8 % случаев.

Литература

1. *Еровиченков А.А.* Клинико-патогенетическое значение нарушений гемостаза и их коррекция у больных геморрагической рожой: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2003.
2. *Пиеничная Н.Ю.* Рожь: программа оптимизация диагностики и лечения, фармакоэкономический анализ: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Ростов н/Д, 2005.
3. *Черкасов В.Л.* Патогенез и лечение различных клинических форм рожи и бициллинопрофилактика ее рецидивов: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1977.
4. *Trebing D., Goring H.D.* // J. of Dermatology (France). 2004. № 14(1). P. 56, 57.
5. *Дунаевский О.А., Поставит В.А.* // Руководство. Л., 1982.
6. *Жаров М.А.* Клинико-лабораторная характеристика и эффективность лечения рожи с применением галавтилина: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Краснодар, 2003.
7. *Лебедев В.В., Жаров М.А.* Клиника и лечение рожи. Краснодар, 2003.
8. *Нагоев Б.С., Князев Р.П.* // Бюл. эксперим. биол. и медицины. 1999. Прилож. № 2. С. 31–32.
9. *Амбалов Ю.М.* Патогенетические и прогностические аспекты рожи: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1996.
10. *Фазылов В.Х.* Нарушение гемостаза и иммунитета при формировании рецидивов рожи, их терапевтическая коррекция: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 1996.
11. *Храмцов М.М.* Патогенетическая и прогностическая роль факторов межклеточных взаимоотношений при рожистом воспалении: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2000.
12. *Ратникова Л.И., Малютина М.К.* // Нижегородский мед. журн. 1991. № 3. С. 29–31.

*Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар,
Майкопская городская клиническая инфекционная больница*

13 октября 2006 г.

УДК 616

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АТРОФИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ

© 2006 г. *С.М. Котелевец*

A total of 360 dyspeptic patients underwent diagnostic upper gastrointestinal endoscopy with biopsy. The histological degree of gastric mucosal atrophy was compared with the serum levels of pepsinogen-1 and of gastrin-7 detected by enzyme immunoassay. Statistically significant decrease was observed in serum gastrin-17 levels along with worsening of the antral atrophy and in the serum levels of pepsinogen-1 during progression of the corpus atrophy.

Атрофический гастрит представляет собой заболевание, часто протекающее бессимптомно или проявляющееся неспецифической симптоматикой. Он развивается медленно, в течение многих лет, и часто остается недиагностированным. Общеизвестен факт, что основной причиной появления атрофии слизистой желудка является инфекция *H. pylori*. От 1 до