

УДК 616.98/5: 579.852.13

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-БАКТЕРИАЛЬНОЙ
ИНФЕКЦИИ КОЖИ****¹Утепбергенова Г.А., ²Мусаев А.Т., ²Калдыбаев Ж.Т., ²Утеген С.М., ²Амандыков Д.К.,
²Дюсембаев Е.Е., ²Алдабергенов Е.Н., ²Сарыбай У.А., ²Бекниязова А.А., ²Сарыбай А.А.**¹*Шымкентский медицинский институт Международного казахско-турецкого университета
им. Х.А. Ясави, Шымкент;*²*Казахский Национальный Медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы,
e-mail: musaev.dr@mail.ru*

Больные обращались в стационар на первой неделе заболевания 68,8%. Наибольшее количество больных было в возрасте от 40 до 49 лет – 28,6%. По социально-профессиональному составу чаще болели неработающие – 42,8%. Больные с гнойно-бактериальной инфекцией поступали в стационар в удовлетворительном состоянии – 82,9%. 57,2% больных были госпитализированы на 4-7-й дни болезни. У 97,8% было острое начало болезни. Заболевание сопровождалось интоксикацией – у 42,8%, повышением температуры – у 77,2% больных. Дома температура была у 62,8%, отсутствовала у 37,2%. До 38° температура повышалась у 34,3%, до 39° – у 20% и до 40° – у 8,5%. Первичный кожный аффект чаще располагался у 28,6% на верхних конечностях в виде одиночных элементов – у 91,5%. Размеры ПКА у 25,7% больных достигали 3-4 см в диаметре, которые появлялись на 2-3-й день болезни – у 54,3% больных.

Ключевые слова: кожа, инфекция, клиника, температура, осложнения**PECULIARITY COURSE OF SKIN PURULENT-BACTERIAL INFECTIONS****¹Utepbergenova G.A., ²Musaev A.T., ²Kaldybayev Zh.T., ²Otegen S.M., ²Amandykov D.K.,
²Dusebayev Y.Y., ²Aldabergenov A.N., ²Sarybai U.A., ²Bekniyazova A.A., ²Sarybai A.A.**¹*K.A. Yassawi Internatinal Kazakh-Turkish university, Shymkent;*²*Kazakh National Medical university after S.D. Asfendiarov, Almaty. e-mail: musaev.dr@mail.ru*

Patients went to the hospital in the first week of the disease 68.8%. The greatest number of patients was at the age of 40 to 49 years – 28.6%. According to the social and professional composition, the unemployed were more likely to suffer – 42.8%. Patients with purulent-bacterial infection entered the hospital in a satisfactory condition – 82.9%. 57.2% of patients were hospitalized on the 4-7th days of the disease. 97.8% had an acute onset of the disease. The disease was accompanied by intoxication – in 42.8%, with a rise in temperature – in 77.2% of patients. At home, the temperature was 62.8%, absent in 37.2%. Up to 38° the temperature rose in 34.3%, to 39° – in 20% and up to 40° – in 8.5%. Primary cutaneous affect was most often located in 28.6% of the upper limbs in the form of single elements – in 91.5%. The size of PKA in 25.7% of patients reached 3-4 cm in diameter, which appeared on the 2-3rd day of the disease – in 54.3% of patients.

Keywords: skin, infection, clinic, temperature, complications

Актуальность проблемы. Любая инфекция развивается вследствие взаимодействия между макро- и микроорганизмом в определенных средовых условиях. Таким образом, патогенез пиодермий следует рассматривать с позиций взаимодействия 3-х «М» (Micro, Macro, Medium). Основными возбудителями гнойничковых инфекций кожи являются грамположительные кокки: в 80–90% случаев стафилококки (*Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*); в 10–15% стрептококки (*Streptococcus pyogenes*). В последнее время в посевах с очагов гнойного поражения кожи обнаруживаются оба возбудителя одновременно. В небольшом проценте случаев в развитии гнойного воспаления в коже принимают участие грамотрицательные микроорганизмы: синегнойная и кишечная палочки, вульгарный протей и другие

микробы. Кокковая флора постоянно находится в некоторых зонах кожи (волосные фолликулы, сальные и потовые железы, складки кожи, вокруг естественных отверстий). В большинстве случаев пиодермии развиваются вследствие трансформации сапрофитирующих кокков в патогенные, в связи с чем большинство случаев пиодермий неконтагиозны. Патогенные стафилококки выделяют ряд патогенных токсинов и ферментов, расслаивающих слои эпидермиса и вызывающих коагуляцию, гемолиз и некротизацию всех слоев кожи [1, 2]. Кожа обладает естественной резистентностью к гноеродным коккам, которая обусловлена целостностью рогового слоя, кислой средой на поверхности кожи, постоянным слущиванием верхних слоев эпидермиса, что надежно защищает ее от проникновения патогенных микробов. При неблаго-

прятных воздействиях окружающей среды в виде высокой или низкой температуры, повышенной влажности, приводящей к мацерации кожи, повышенном загрязнении, микротравматизациях (уколы, порезы, потертости), сухости и истончении рогового слоя происходит ослабление естественной резистентности кожи и развитие пиодермического процесса [2]. Состояние макроорганизма и наличие сопутствующей патологии играет большую роль в возникновении пиодермий. Заболевания центральной и вегетативной нервной системы; умственное или физическое перенапряжения; «истощающие заболевания» – алкоголизм, неполноценное питание, авитаминозы; эндокринопатии (ожирение, сахарный диабет) способствуют снижению механизмов антиинфекционной защиты организма. Немаловажное значение в развитии гнойничковых заболеваний имеют хронические инфекционные заболевания различных органов и тканей: пародонтит, кариес, гингивит, тонзиллит, фарингит, инфекции урогенитального тракта, снижающие общую и местную антибактериальную резистентность организма [3]. Гнойные заболевания кожи, возбудителем чаще которых являются патогенные стафилококки, широко распространены как за рубежом, так и в нашей стране. Проявление заболеваний стафилококковой этиологии разнообразны: фурункулы, послеродовые гнойные маститы, гнойные осложнения после оперативного вмешательства, сепсис и др. Гнойные хирургические заболевания

пальцев и кисти составляют 15-31% всех нагноительных заболеваний мягких тканей и костей [4, 5]. Гнойные заболевания кожи, возбудителем чаще которых являются патогенные стафилококки, широко распространены как за рубежом, так и в нашей стране. Проявление заболеваний стафилококковой этиологии разнообразны: фурункулы, послеродовые гнойные маститы, гнойные осложнения после оперативного вмешательства, сепсис и др. Гнойные хирургические заболевания пальцев и кисти составляют 15-31% всех нагноительных заболеваний мягких тканей и костей [6].

Цель исследования

Изучить особенность течения гнойно-бактериальной инфекции кожи

Материалы и методы исследования

Среди заболевших преобладали мужчины 57,2%, в основном городские жители. Больные обращались в стационар на первой неделе заболевания 68,8%. Наибольшее количество больных было в возрасте от 40 до 49 лет – 28,6%. По социально-профессиональному составу чаще болели неработающие – 42,8%. Заболевание регистрировалось чаще летом – 48,6% с пиком заболевших в августе – 28,5%. Причины возникновения заболевания при гнойно-бактериальной инфекции не установлены у 48,6% больных, по 11,4% – травматизация, порезы кожных покровов. Больные с гнойно-бактериальной инфекцией кожи поступали в стационар в удовлетворительном состоянии – 82,9%. Диагнозы выставлялись на основании клинических проявлений, эпидемиологических данных и лабораторно-этиологических исследований в контексте стандартного определения случая.

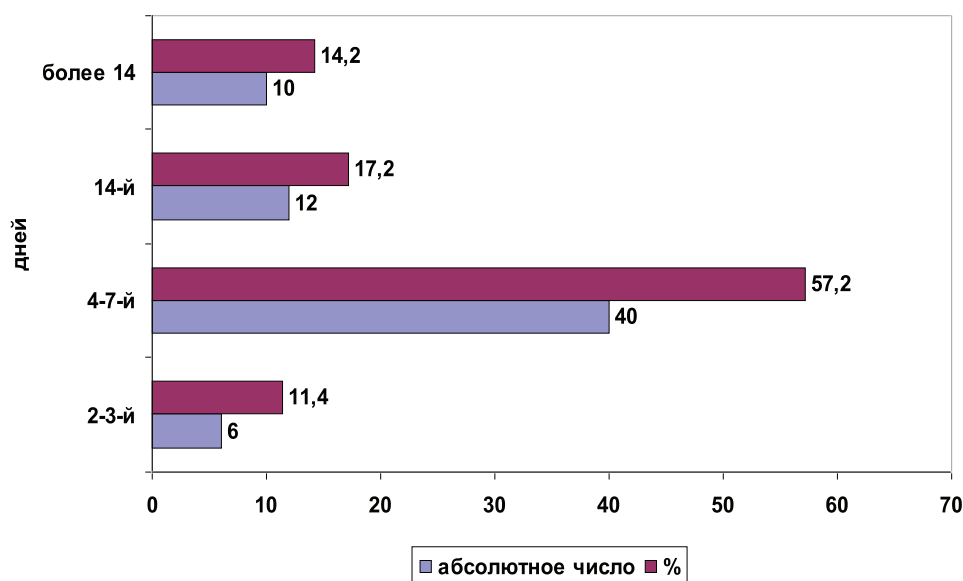


Рис. 1. Сроки госпитализации больных с гнойно-бактериальной инфекцией кожи (в днях болезни)

Результаты исследования и их обсуждение

Сроки госпитализации больных с гнойно-бактериальной инфекцией кожи варьировали от 2-3-х дней до 14 дней и больше. В среднем больные госпитализировались на $10,0 \pm 1,2$ день болезни. На 2-3-й день болезни были госпитализированы 11,4%; на 4-7-й день болезни – 57,2%; на 14-й день болезни – 17,2% и более недели госпитализированы 14,2% (рис. 1).

Учитывая степень выраженности различных симптомов заболевания, наблюдаемые больные по степени тяжести были

распределены следующим образом. Наибольшее количество больных поступали с легкой степенью заболевания – 82,9%, со средней степенью тяжести – 14% и с тяжелой степенью – 2,8% больных (рис. 2).

У 10 больных (14,3%) были сопутствующие заболевания: фурункулез тела, гидроцеле левого яичка, варикоэз нижних конечностей, хронический пиелонефрит и артериальная гипертония 2 степени. У всех больных развивались поражения кожи в виде первично аффекта, проходящего этапы развития пустулы – инфильтрат – флюктуация-некротический стержень – слегка вытянутый рубец.

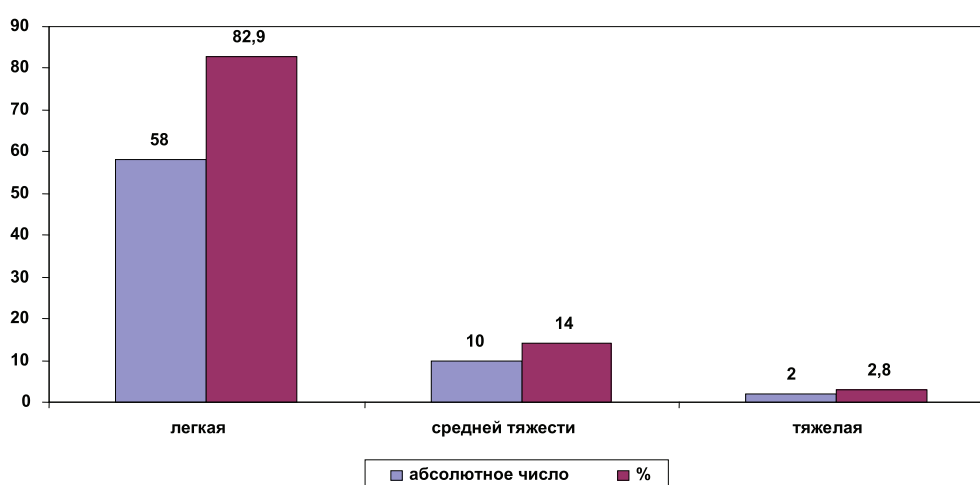


Рис. 2. Распределение больных с гнойно – бактериальной инфекцией кожи по тяжести течения

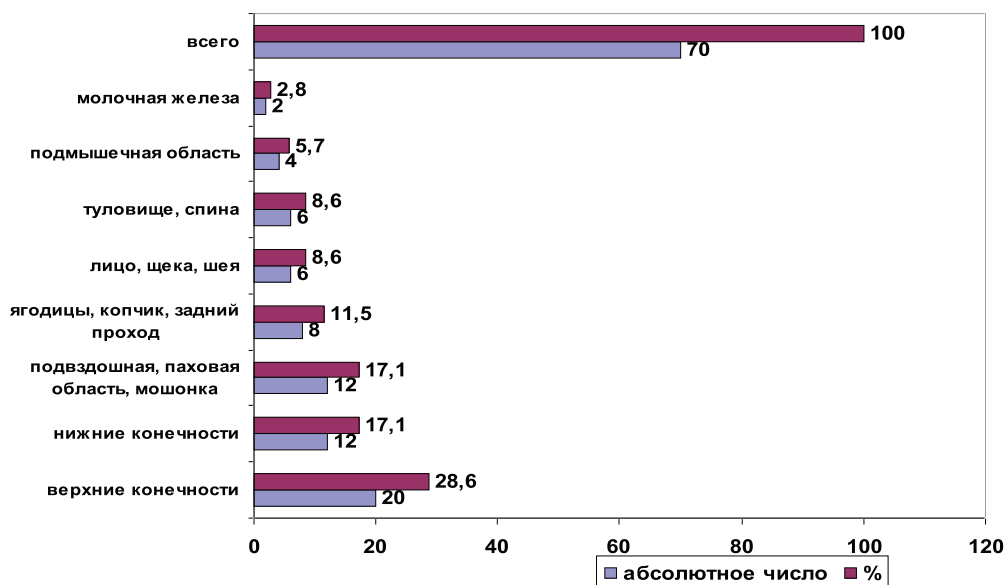


Рис. 3. Локализация первичных кожных аффектов у больных с гнойно – бактериальной инфекцией кожи

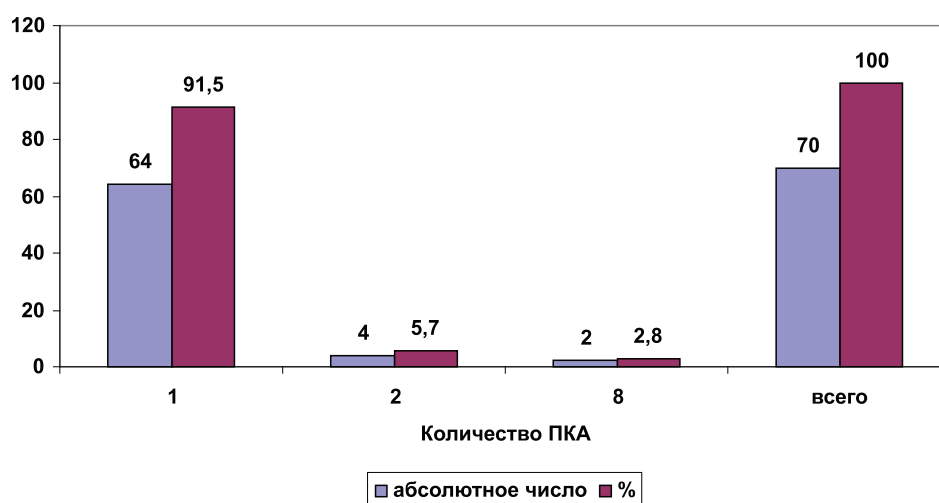


Рис. 4. Количество ПКА у больных с гнойно-бактериальной инфекцией кожи

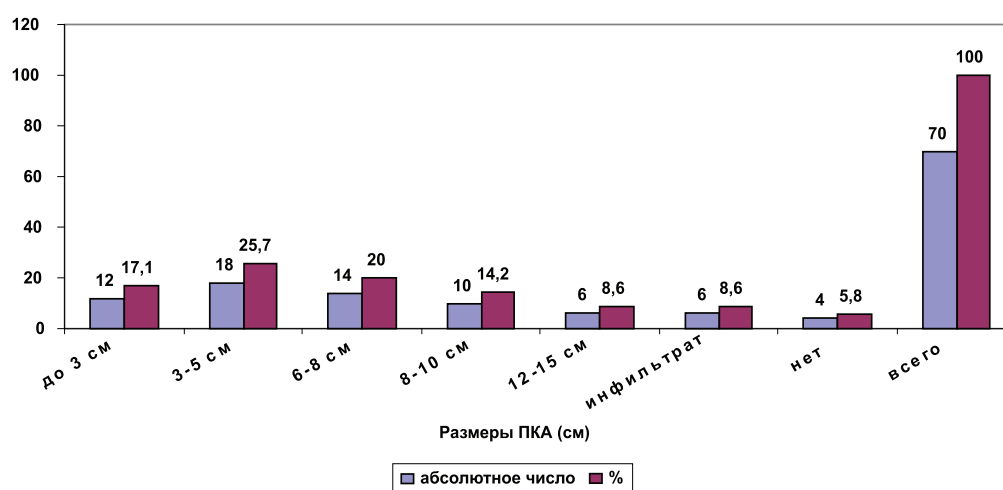


Рис. 5. Размеры ПКА у больных с гнойно-бактериальной инфекцией кожи

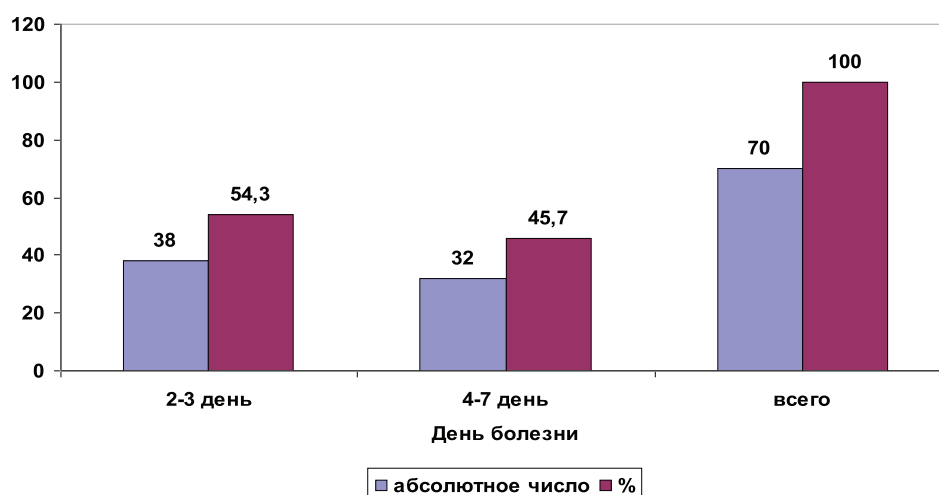


Рис. 6. Сроки появления первичных кожных аффектов у больных гнойно-бактериальной инфекцией кожи

Первичные кожные аффекты в виде гнойных фурункулов, абсцессов, карбункулов, флегмон, гидраденитов располагались на различных участках туловища. Чаще всего первичные кожные гнойные аффекты располагались на верхних конечностях – 28,6%, с одинаковой частотой – 17,1% на нижних конечностях и подвздошной, паховой областях; у 11,5% больных – на ягодичных мышцах, копчике; у 8,6% соответственно – на лице, шее и спине; у 5,7% больных – в подмышечной области; у 2,8% – в молочных железах (рис. 3).

Одиночные ПКА у больных с гнойно-бактериальной инфекцией встречались у 64 больных (91,5%); по 2 ПКА имели 4 больных (5,7%) и до 8 ПКА имели 2 больных (2,8%) (рис. 4).

Размеры ПКА у больных варьировали от 3 до 15 см: 3-5 см – у 25,7% больных, 6-8 см – у 20%, до 3 см – у 17,1%, 8-10 см – у 14,2%, 12-15 см и инфильтраты – у 8,6% соответственно, не было ПКА у 2 больных – 5,8% (рис. 5).

ПКА у 38 (54,3%) больных с гнойно-бактериальной инфекцией появлялись на 2-3-й день болезни, у 32 (45,7%) – на 4-7-й дни болезни (рис. 6).

У 68 (97,8 ± 9,1%) больных отмечено острое начало инфекционного процесса. У 2 больных (2,8 ± 0,15%) постепенное начало заболевания. Клинические симптомы в начале заболевания сопровождались гиперемией кожи и болью – у 5,7 ± 0,4% больных; отеком и болью – у 25,7% припухлостью и болью – у 48,6% и температурой и болью – у 20%. Отек подкожной клетчатки и мягких тканей наблюдался у 68 (97,2 ± 9,1%) больных, только у одного отсутствовал (2,8 ± 0,15%). Увеличение лимфатических узлов наблюдалось у 32 (45,7%). Лимфангоит был у 4 (5,7 ± 0,4%). У остальных 66 (94,3 ± 8,8%) отсутствовал. Интоксикация была у 30 больных (42,8 ± 3,6%): умеренная у 26 (37,2 ± 2,7%), выраженная у 4 (5,7 ± 0,4%). Флюктуация наблюдалась у 56 больных (80 ± 7,4%), отсутствовала у 14 (20 ± 1,4%). Количество гнойного содержимого было от 1 мл до 150 мл в среднем 30 мл.

Температура дома была у 44 больных (62,8%), отсутствовала у 26 больных (37,2%). До 38° температура повышалась у 24 (34,3%), до 39° – у 14 (20%) и до 40° – у 6 больных (8,5%).

Больные с гнойно-бактериальной инфекцией провели в стационаре в среднем 5,2 ± 0,4 к/дня. Первичный кожный аффект появился в среднем на 3,7 ± 0,1 день болезни. Температура у больных появлялась в среднем на 1,9 ± 0,05 день болезни

и держалась в среднем 4,4 ± 0,2 дня. Частота пульса была от 70 уд/мин до 98 уд/мин, в среднем 82,8 ± 0,8 уд/мин

Артериальное давление от 110/70 до 170/110, в среднем 114,8/73,8 мм рт.ст. В общем анализе крови количество лейкоцитов крови было в среднем 5,2 ± 0,1, СОЭ в среднем 12,6 ± 1,7, уровень гемоглобина 122,2 ± 1,9.

Выводы

1. Больные с гнойно-бактериальной инфекцией поступали в стационар в удовлетворительном состоянии – 82,9%. 57,2% больных были госпитализированы на 4-7-й дни болезни. У 97,8% было острое начало болезни. Заболевание сопровождалось интоксикацией – у 42,8%, повышением температуры – у 77,2% больных. Дома температура была у 62,8%, отсутствовала у 37,2%. До 38° температура повышалась у 34,3%, до 39° – у 20% и до 40° – у 8,5%. Температура в стационаре сохранялась у 70%, в среднем держалась 1,7 дней. До 38° температура повышалась у 40%, до 39° – у 11,4% и до 40° – у 2,8%.

2. ПКА чаще располагался у 28,6% на верхних конечностях в виде одиночных элементов – у 91,5%. Размеры ПКА у 25,7% больных достигали 3-4 см в диаметре, которые появлялись на 2-3-й день болезни – у 54,3% больных. Отек вокруг ПКА отмечался у 97,2% и сопровождался болезненностью у 85,7% больных, флюктуацией – у 80%. Лимфаденит был у 45,7%, лимфангоит наблюдался – у 5,7% больных. Средние показатели пульса были 82,8 уд/мин. Больные провели на стационарном лечении в среднем 5,2 ± 0,4 к/дня.

Список литературы

1. Богомолов Б.П. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. – М., 2012. – 232 с.
2. Билибин А.Ф. Семиотика и диагностика инфекционных болезней. – М.: Медгиз, 2007. – 275 с.
3. Винакмен Ю.А., Финюгеев Ю.П., Семина А.В. Инфекционные болезни с поражением кожи // «Клинические перспективы в инфектологии» Всерос. научная конф., посвященная 125-летию со дня рождения проф. Розенберга Н.К. и 105-летию кафедры инфекционных болезней Военно – медицинской академии. – СПб., 2014. – С. 45-46.
4. Казанцев А.П., Зубик Т.М., Иванов К.С. и др. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. – М., 2011. – 482 с.
5. Itzhak Brook. The prophylaxis and treatment of anthrax // International Journal of Antimicrobial Agents. – 2012. – Vol. 20, № 5. – P. 320-325.
6. Centers for Disease Control and Prevention. Update: Investigation of Bioterrorism-Related Anthrax and Interim Guidelines for Exposure Management and Antimicrobial Therapy // MMWR Morb Mortal Wkly Rep October 24. – 2007. – № 50. – P.909 – 919.
7. Borrell Brendan. Primate study halted by US university // Nature. – 2013. – Vol. 462, №72. – P.706 – 707.