

УДК 616.5.22-002: 579.862.1

© Пересадін М.О., Антонова Л.П., Юган Я.Л., 2011

АНАЛІЗ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ БЕШИХИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ**Пересадін М.О., Антонова Л.П., Юган Я.Л.***ДЗ "Луганський державний медичний університет"; 4 міська багатопрофільна клінічна лікарня, м. Луганськ*

Вступ. Останнім часом проблема інфекційних хвороб набуває надзвичайно актуального значення у зв'язку з убиквітарністю цієї патології, наявністю резистентності до застосованих лікувальних заходів, що проводяться, великою кількістю хронічних і рецидивуючих форм, а також призводять нерідко до стійкої втрати працездатності і інвалідизації, що призводять до істотного зниження якості життя пацієнтів [1, 3, 19, 26]. Серед бактерійних антропонозів бешиха в останні десятиліття ХХ сторіччя, а також в перше десятиріччя ХХІ віку фахівцями-інфекціоністами стала відноситися до розряду малоконтагіозних спорадичних інфекційних захворювань [4, 9, 10, 17].

Ключовий вклад у фундаментальне вивчення проблеми стрептококових інфекцій у тому числі бешихи, внесли І.М. Лямперт, Е.А. Гальперин, Р. Р. Рискінд, В. Л. Черкасов, В. М. Фролов і інші дослідники [11, 21, 22, 25].

Нині бешиху прийнято трактувати як убиквітарно розповсюджене антропонозне інфекційне захворювання стрептококової етіології, що протікає в гострій і хронічній формах, при якому має місце серозне або серозно-геморагічне запалення шкіри або слизових оболонок, лихоманка і інші загальнотоксичні прояви (слабкість, погіршення стану здоров'я, озноб, головний біль, нудота або блювота, відсутність апетиту) [3, 5, 8, 25, 27].

У останні роки відзначається помітний підйом захворюваності бешихою в США, ряді європейських держав і в країнах, що входять до складу СНД. В Україні, у тому числі в Донбасі, по матеріалам сучасних інформаційних джерел, що включають статистичну документацію, річні звіти медичних установ, історії хвороб, амбулаторні карти, реєструють чітко виражену тенденцію до росту захворюваності стрептококовими інфекціями, у тому числі бешихою. Як і в колишні роки, ця хвороба характеризується наполегливим рецидивуючим перебігом і в умовах багаторічного рецидивування слугує однією з головних причин формування вторинної слоновості (елефантіазу) [23, 24, 25].

При важкому перебігу бешихи дуже важливим слід також вважати можливість розвитку ускладнень у вигляді сепсису, пневмоній, а також гострої судинної і ниркової недостатності у хворих на цю стрептококову патологію літнього і старечого віку, що мають серйозні супутні фонові захворювання [16, 26]. В той же самий час, бешиха помітно обтяжує перебіг хронічних захворювань серцево-судинної системи, патології периферичних судин, хвороб шкіри і слизових оболонок, генетично обумовлених і придбаних порушень лімфообігу [16, 20, 26].

Особливо на сьогодні необхідно клініцистам врахувати те, що з тонкощами діагностики, диференціального діагнозу, сучасною етіотропною і імунотропною терапією бешихи знайома ще недостатня кількість лікарів. Сучасні лікарі амбулаторно-поліклінічної ланки закладів охорони здоров'я і бригад швидкої допомоги часто направляють хворих на бешиху в шкірно-венерологічні диспансери, хірургічні і інші непрофільні відділен-

ня [14, 16].

Виходячи з вищевикладеного слід вважати дуже актуальним вивчення клінічних особливостей бешихи в сучасних умовах, що і послужило предметом вивчення в цьому повідомленні.

За даними В. Л. Черкасова, В. М. Фролова, В. В. Карташова, М.О. Пересадіна, Г. Ж. Туркпенбаєвої і інших дослідників, захворюваність на бешиху в європейській частині країн, що входили колись у вигляді окремих республік до складу СРСР, складає 15-20 на 10 тис. населення [25, 28]. Проте, у зв'язку з тим, що це захворювання не реєструється протиепідемічною службою, серйозно судити про рівень істинної поширеності цієї стрептококової хвороби дуже важко. Крім того багато пацієнтів ще лікуються у фахівців різного профілю в амбулаторних умовах [2, 16]. За даними багаторічних досліджень різних авторів при цьому захворюванні відзначається виражена літньо-осіння сезонність з максимальною кількістю захворювань з червня по жовтень [1, 14, 17, 25]. У ці п'ять місяців реєструються від 60% до 70% випадків бешихи від загального рівня річної захворюваності. Встановлено, що жінки на бешиху хворіють набагато частіше за чоловіків, відповідно 60-65% у жінок і 35-40% у чоловіків [1, 14, 17]. Виявлено, що у віці до 18 років реєструються тільки одиничні випадки цього захворювання; з 20-річного віку захворюваність на бешиху підвищується, причому в інтервалі від 20 до 30 років чоловіки хворіють частіше, ніж жінки, що обумовлено переважанням первинної бешихи і професійними чинниками [1, 14, 17]. В.Л. Черкасов, В.М. Фролов та інші дослідники відзначають, що серед хворих на бешиху переважають люди, що займаються в більшості переважно фізичною працею (слюсарі, вантажники, мулярі, теслярі, кухонні робітники, електромонтери і особи інших професій, пов'язаних з частою мікротравматизацією і забрудненнями шкіри, а також різким коливанням температурного чинника) [8, 14]. По даним сучасних авторів порівняно часто хворіють на бешиху пенсіонери, що пов'язано з переважанням серед хворих на бешиху представників старших вікових груп [18].

Метою дослідження було виявлення сучасних клінічних і епідеміологічних особливостей перебігу бешихи за матеріалами спеціалізованого інфекційного відділення № 2 Луганської міської клінічної багатопрофільної лікарні № 4 для госпіталізації хворих стрептококовими інфекціями (бешиха, ангіна).

Матеріали і методи дослідження. В ході дослідження під нашим наглядом були 139 пацієнтів, що проходили стаціонарне лікування упродовж 2010 року в інфекційному відділенні №2 Луганської міської клінічної багатопрофільної лікарні №4 з діагнозом "бешиха" (МКХ-10 - А46).

Серед хворих були 51 жінки (36,7%) і 88 осіб (63,3%) чоловічої статі, тобто осіб жіночої статі на стаціонарному лікуванні знаходиться майже на 15% більше. Вікова характеристика контингенту пацієнтів на бешиху, що нами спостерігалися, представлена в нижченаведеній таблиці.

Таблиця 1. Статеві та вікові характеристики хворих, що були під наглядом

Стать хворих	Вік хворих на бешиху			
	18-30	31-50	51-60	>60
чоловічій	3	20	12	16
жіночій	5	28	17	38
Всього	8(5,76%)	48 (34,53%)	29 (20,86%)	54(38,85%)

З таблиці видно, що захворювання на бешиху найчастіше зустрічалось у осіб предпенсійного (20,86%) і пенсійного (38,85%) віку, що складало сумарно 59,71%. У людей найбільш працездатного віку (31-50 років) бешиха реєструвалася в 34,53% випадків (всього 48 осіб) і з відносно молодих людей (18-30 років) в 5,76% випадків (8 осіб). Аналізуючи дані дослідників минулих років відмітимо, що особи у віці старше 50 років і раніше складали більше половини усіх госпіталізованих на бешиху хворих [14, 17, 25].

За результатами нашого дослідження найбільшу кількість хворих на бешиху склали пенсіонери - всього 56 осіб (40,3%). По професійному складу з 139 хворих на бешиху було 19 осіб, які тимчасово не працювали, інвалідів було - 7 осіб, що знаходяться в декретній відпустці по догляду за дитиною - 1 особа. Згідно з сучасними соціологічними уявленнями і професіограмами [14, 17] усі пацієнти, які працювали в тих або інших місцях, були нами розподілені виходячи з таких градацій:

- представники системи професій "людина-людина" (вихователі дитячих садів, вчителі шкіл, медичні працівники); таких осіб з цією нозоформою було 21 особа;

- представники професій "людина-техніка" склали також значну підгрупу - всього 17 осіб, це були водії автотранспорту, трактористи, слюсарі, прибиральниці та інші;

- представники професій "людина-наука" склали підгрупу у 12 осіб; це були бухгалтери, викладачі вищих навчальних закладів і держслужбовці;

Таблиця 2. Локалізація уражень шкіри у пацієнтів, що були під наглядом.

№ п.п.	Локалізація вогнища хвороби	Кількість хворих	%
1	обличчя	10	7,2
2	нижня кінцівка	114	82
3	верхня кінцівка	12	8,6
4	тулуб	3	2,2

При детальному вивченні анамнезу життя хворих на бешиху були виявлені чинники які сприяють розвитку бешихового запалення: мікози стоп і оніхомікози - у 35 пацієнтів (25,2% випадків), псоріаз - у 2 осіб (1,4%); варикозна хвороба вен нижніх кінцівок - у 32 хворих (23,0%) посттромбофлебійний синдром - у 12 обстежених (8,6%), хронічна екзема або хронічний алергічний дерматит - у 26 хворих (18,7%), трофічні виразки на нижніх кінцівках найчастіше на гомілкях - у 4 пацієнтів (2,8%), ожиріння II - III ст. - у 14 хворих (10,1%); захворювання серцево-судинної системи мали 35 обстежених (32,4%), (це були гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, дифузний кардіосклероз, інфаркт міокарду та ін.); у 31 пацієнта (22,3%) виявлено одне або поєднання декількох хронічних захворювань органів травлення (хронічний гастрит, хронічний некалькульозний холецистит, хронічний стеатогепатит, хронічний панкреатит, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, постхолецистектомічний синдром та ін.); патологічні проблеми з дихальною системою мали 25 осіб (17,9%) (найчастіше це було хронічне обструктивне захворювання легень); цукровий діабет II-го типу був зареєстрований у 6 осіб (4,3%); а у 2 жінок на бе-

- представники професій "людина-природа" склали підгрупу у 6 осіб, це були працівники сільськогосподарського виробничого комплексу, тваринники, фермери.

Найбільша кількість пацієнтів - 61 особа (43,9%) з 139, що спостерігалися, мали первинну форму захворювання, рецидивуюча бешиха відмічена у 44 пацієнтів (31,7%), на повторну бешиху страждали 34 особи (24,4%). Переважання первинної і рецидивуючої бешихи лікуються на жаль до теперешнього часу переважно в амбулаторно-поліклінічних умовах і в стаціонарах неінфекційного профілю.

По клінічним формам бешихи найбільше всього було хворих з еритематозною (126 пацієнтів; 90,6% випадків) або еритематозно-геморагічною (10 хворих; 7,3% випадків) формами захворювання, що сумарно становило 136 осіб (97,8%), еритематозно-бульозною (2 хворих; 1,4% випадків) і бульозно-геморагічною бешихою (1 пацієнт; 0,7% випадків).

Аналізуючи дані історій хвороб пацієнтів, що знаходилися під нашим наглядом, можна відмітити, що за період спостереження в 2010 році переважав середньоважкий перебіг бешихи, по поширеності запального фокусу у більшій частині хворих спостерігалася локалізована форма, блукаюча (мігруюча) і метастатична форми захворювання в жодному випадку не були зареєстровані.

Локалізація місцевого осередку ураження шкіри представлена в таблиці 2.

шиху (1,44%) мав місце постмастектомічний синдром з лімфостазом на верхній кінцівці з того ж боку з якого раніше проводилася мастектомія. Наявність осередків хронічної стрептококової інфекції (хронічний тонзиліт, отіт, каріозні зуби та інші) виявлено у 7 осіб (5%).

За результатами нашого дослідження хворі на бешиху були розподілені по місяцям захворювання, що наочно видно з таблиці 3.

Як відомо, первинна, повторна бешиха і пізні рецидиви цієї хвороби (які були через 6 міс. - 2 роки після раніше перенесеного захворювання) є гострим циклічним інфекційним процесом, який виникає в результаті екзогенного інфікування бетагемолітичним стрептококом групи А [6, 9]. Джерелом інфекції є хворі різними стрептококковими інфекціями (бешиха, ангіна, піодермії, хронічний тонзиліт) і здорові бактеріоносії стрептокока. Основний шлях інфікування - контактний, коли збудник проникає через різні мікротравми, попірлості і потертості шкіри [1, 7, 20]. Деяке значення надається також повітряно-краплинному механізму передачі стрептокока з первинним обміненням носоглотки пацієнтів (переважно при бешисі обличчя) [20].

Таблиця 3. Щомісячна захворюваність на бешиху

Місяць	Стать хворих на бешиху		Всього хворих
	чоловіча	жіноча	
січень	1	11	12 (8,6%)
лютий	2	7	9 (6,5%)
березень	2	4	6 (4,3%)
квітень	4	4	8 (5,7%)
травень	4	7	11 (7,9%)
червень	6	5	11 (7,9%)
липень	4	10	14 (10,1%)
серпень	8	14	22 (15,8%)
вересень	7	2	9 (6,5%)
жовтень	3	6	9 (6,5%)
листопад	3	11	14 (10,1%)
грудень	7	7	14 (10,1%)
Всього	51 (36,7%)	88 (63,3%)	139

Часті рецидиви бешихи патогенетично пов'язані з формуванням осередків хронічної ендогенної стрептококової інфекції в шкірі і регіонарних лімфатичних вузлах [7, 15]. При хронізації патологічного процесу велике значення мають L-форми гемолітичного стрептококу, які тривалий час персистують в макрофагах шкіри, кісткового мозку і селезінки, у тому числі і в міжрецидивному періоді [12]. Реверсія L - форм стрептококу у бактерійні форми під впливом чинників, які провокують, призводять до виникнення чергового рецидиву хвороби [2, 6, 7]. Бешиха перебігає, як правило, на тлі вираженої сенсibilізації до бета-гемолітичного стрептококу, що супроводжується утворенням циркулюючих імунних комплексів з їх подальшою фіксацією в дермі, переважно у вигляді периваскулярних муфт [12]. Для рецидивуючої бешихи характерна T-лімфопенія, дефіцит циркулюючих T-хелперів, дисбаланс субпопуляційного складу T- і B-лімфоцитів, тривале функціонування в організмі природного інгібуючого фактору [21, 22, 23].

Бешихове запалення, як підтверджено в клінічному плані в наших дослідженнях, має чітко виражений інфекційно-алергічний і імунотропний механізми патогенезу, що обумовлює його серозний або серозно-геморагічний характер [6, 7]. При приєднанні вторинної інфекції (частіше стафілокової етіології) патологічний процес при бешихі набуває гнійного характеру [1, 2]. У ослаблених осіб, з важкою супутньою патологією (цукровий діабет, патологічне ожиріння, цироз печінки та ін.) гнійно-некротичний характер запалення може бути обумовлений і безпосередньо збудником бешихи - β-гемолітичним стрептококом, з формуванням флегмонозної або гангренозної форм бешихової інфекції [1, 6, 13].

Отже, застосування лише загальноприйнятого лікування бешихи з рецидивуючим перебігом хвороби не забезпечує відновлення імунологічних показників у пацієнтів з рецидивуючою бешихою. Тому можна вважати проведення імункорекції з попереднім вивченням чутливості імунотропних клітин хворих на рецидивуючу бешиху в тестах *in vitro* патогенетично обґрунтованим та перспективним напрямком імунотропної терапії [6].

Висновки: 1. Бешиха, як і раніше, є досить поширеним інфекційним захворюванням, що зустрічається частіше у осіб жіночої статі і представників старших вікових груп. Клінічний перебіг цього захворювання еволюціонує у напрямку обтяження перебігу інфекційного процесу і розвитку залишкових явищ, що ведуть до тривалої втрати праце-

здатності і ранньої інвалідизації хворих. З 139 пацієнтів, що спостерігалися нами, жінок було 88 (63,3%), чоловіків - 51 особа (36,7%); пацієнти предпенсійного віку (51-60 років) склали підгрупу - 29 осіб (20,86%), пенсіонери - 54 особи (38,85%). Таким чином, сумарно людей, які захворіли (старше за 51 рік) спостерігалось 83 особи (59,7%).

2. У контингенту хворих, що спостерігалися нами у стаціонарних умовах, переважно реєструвалася еритематозна (126 пацієнтів; 90,6% випадків) форма захворювання, по кратності захворювання первинна бешиха спостерігалася у 61 особи (43,9%), рецидивуюча бешиха відмічена у 44 пацієнтів (31,7%), на повторну бешиху страждали 34 особи (24,4%); по локалізації патологічного процесу більшість пацієнтів (у 114 осіб - 82%) перенесли бешиху нижніх кінцівок, на другому місці по локалізації ураження була бешиха верхніх кінцівок - у 12 осіб (8,6%), бешиха обличчя діагностовано у 10 осіб (7,2%), бешиха тулуба - у 3 осіб (2,2%); переважно спостерігалася літньо-осіння сезонність захворювання.

3. З факторів, що провокували розвиток хвороби, характерні були: мікротравми, переохолодження, тривала інсоляція, значні фізичні навантаження особливо на ділянку ураження, емоційно-стресові фактори. Із чинників, які сприяли захворюванню на бешиху, відмічені були мікози стоп і оніхомікози, варикозна хвороба вен нижніх кінцівок, посттромбофлебітичний синдром, хронічна екзема і хронічний дерматит, трофічні виразки нижніх кінцівок, ожиріння, захворювання серцево-судинної системи, травного тракту, дихальної системи, цукровий діабет II-го типу, постмастектомічний синдром після перенесеної мастектомії.

4. Професійний склад пацієнтів на бешиху був такий: представники професій "людина-людина" - 21 особа; професії "людина-техніка" - 17 осіб; професій "людина-наука" - 12 осіб; професій "людина-природа" - 6 осіб, тимчасово не працюючі склали групу в 19 осіб, інвалідів було 7 осіб, що знаходились в декретній відпустці по догляду за дитиною - 1 пацієнт.

5. Для підвищення інформованості лікарів амбулаторно-поліклінічної ланки, хірургів, дерматологів і лікарів інших медичних спеціальностей, включаючи представників сімейної медицини слід посилити інформаційно-освітню діяльність відносно цього захворювання, ретельне знайомство з сучасною класифікацією хвороби, ефективними підходами до лікування, реабілітації і профілактики рецидивів бешихи.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Біляєва О.О. Бешиха: особливості клінічного перебігу, структури та частоти захворювання / О.О. Біляєва,

О.В. Кравченко, В.В. Погрібняк // Хірургія України. - 2005. - № 4. - С. 95-99.

2. **Богомолов Б.П.** Инфекционные болезни: неотложная диагностика, лечение, профилактика / **Б.П. Богомолов.** – М.: Ньюдиамед, 2007. – С. 474-488.
3. **Возіанова Ж.І.** Інфекційні та паразитарні хвороби / **Ж.І. Возіанова.** – Т. 2. – Київ: Здоров'я, 2001. – С. 611-625.
4. Диагностика, лечение и профилактика рожистой инфекции / **В.М. Фролов, В.В. Гебеш, Н.А. Пересадин** [и др.]: методич. рекомендації. – Киев, 1991. – С. 38.
5. **Захараш М.П.** Бешиха / **М.П. Захараш, С.Ю. Машиновський** // Лікарська справа. – 2006. – №3. – С. 17-18.
6. **Зельоний І.І.** Оцінка ефективності диференційної імунорекції у хворих на рецидивуючу бешиху // **І.І. Зельоний, В.М. Фролов** // Український медичний альманах. – 2010. – Т. 13, № 6. – С. 73-79.
7. Иммунологические методы диагностики и прогнозирование исходов рожистого воспаления / **В.М. Фролов, Н.А. Пересадин, И.И. Ногачевский** [и др.]: методич. рекомендації. – Киев, 1991. – 14 с.
8. Инфекционные болезни / **Ю.В. Лобзин, Т.М. Зубик, К.С. Иванова** [и др.]. – СПб.: Спецлит, 2001. – С. 172-175.
9. Инфекционные болезни и эпидемиология / **В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И. Брико, Б.К. Данилкин.** – М.: Геотар-Медицина, 2000. – С. 343-345.
10. Инфекционные болезни и эпидемиология / **В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И. Брико, Б.К. Данилкин.** – [2-е изд.]. – М.: Геотар-Медицина, 2009. – С. 450-457.
11. Інфекційні хвороби / **М.Б. Тітов, Б.А. Герасун, Л.Ю. Шевченко** [та інш.]. – Київ: Вища школа, 1995. – С. 481.
12. Использование реакции ингибирования активности антител (РИА) в клинической практике для диагностики вторичных иммунодефицитов / **В.М. Фролов, Н.В. Журавлёва, Н.А. Пересадин, Ю.Г. Пустовой** [и др.]: методич. рекомендації. – Москва, 1991. – 15с.
13. **Лазарева Г.Ю.** Диагностический справочник инфекциониста / **Г.Ю. Лазарева.** – М.: АСТ, 2007. – С. 197-200.
14. **Пересадин Н.А.** Рожистая инфекция : современная клиническая характеристика, анализ предрасполагающих и провоцирующих факторов / **Пересадин Н.А., Антонова Л.Ф., Юган Я.Л.** // Український медичний альманах. – 2010. – Т.13, №6. – С. 119 – 123.
15. Показатели скринингового теста клеточной миграции для прогноза ранних рецидивов при рецидивирующей роже / **Ю.В. Юдина, О.Ф. Белая, Н.Н. Каншина** [и др.] // Матер. II ежегодн. Всерос. конгресса по инф. бол. (Москва, 29 марта – 31 марта 2010 г.) // Инфекционные болезни. – 2010. – Т. 7. – С. 377.
16. **Пшеничная Н.Ю.** Качество распознавания рожи врачами первого звена медицинской помощи и пути его улучшения / **Н.Ю. Пшеничная** // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2005. – № 5. – С. 58 – 60.
17. **Ратникова Л.И.** Современная клинико-эпидемиологическая характеристика рожи / **Л.И. Ратникова, Н.Н. Лаврентьева, А.Н. Жамбурчинова** // Российский медицинский журнал. – 2007. – № 4. – С. 33-34.
18. **Рыскинд Р.Р.** Рожа у больных старших возрастных групп / **Р.Р. Рыскинд, К.Н. Самотолкин, А.Б. Лиенко** // Клиническая геронтология. – 1997. – № 1. – С. 43-48.
19. **Сергеева И.В.** К анализу клинического течения различных форм рожи / **И.В. Сергеева, Н.С. Миноранская, Д.С. Бердников** // Сибирское медицинское обозрение. – 2005. – № 2. – С. 56-59.
20. Состояние микробиоциноза рото- и носоглотки у больных с рецидивирующей рожей / **Аширова А.Б.:** матер. I ежегодн. Всерос. конгресса по инф. бол. (Москва, 30 марта – 1 апреля 2009 г.) / Инфекционные болезни. – 2009. – Т. 7. – С.17.
21. **Фролов В.М.** Клинико-патогенетическое значение изменений энергетического метаболизма у больных рожей и возможности его коррекции / **В.М. Фролов, В.Е. Рыгчев** // Врачебное дело. – 1985. – № 5. – С.111-113.
22. **Фролов В.М.** Патогенез и диагностика рожистой инфекции / **В.М. Фролов, В.Е. Рыгчев.** – Воронеж: изд-во ВГУ, 1986. – 160 с.
23. **Фролов В.М.** Лечение и профилактика рецидивирующей рожи / **В.М. Фролов, И.И. Зеленый** // Журнал практического врача. – 1997. – №1. – С.25-27.
24. **Черкасов В.Л.** Иммунопатологические механизмы поражения кожи у больных рожей / **В.Л. Черкасов, Л.В. Белецкая, Г.И. Анохина** // Журнал микробиологии, эпидемиологии и микробиологии. – 1989. – № 11. – С. 64-66.
25. **Черкасов В.Л.** Рожа / **В.Л. Черкасов, В.М. Фролов** [2-е изд.]. – М.: изд-во ММА им. И.М. Сеченова, 1993. – 216 с.
26. **Шип С.А.** Рожа: клинические аспекты, предрасполагающие и провоцирующие факторы / **С.А. Шип:** матер. II ежегодн. Всерос. конгресса по инф. бол. (Москва, 29 марта – 31 марта 2010 г.) // Инфекционные болезни. – 2010. – Т. 7. – С. 373.
27. **Юшук Н.Д.** Лекции по инфекционным болезням / **Н.Д. Юшук, Ю.Я. Венгеров.** – В 2 Т. – Т. 1. – [2-е изд.]. – М.: ВУНМЦ, 1999. – С. 228-42.
28. Principles and practice of infection disease / edition by **Gerald L. Mandell, R. Gordon Douglas, Jr. John E. Bennett.** – [3rd ed.]. – Churchill Livingstone New York, Edinburgh, London, Melbourne, Tokyo, 1990. – P. 796-800.

Пересадин Н.А., Антонова Л.Ф., Юган Я.Л. Анализ клинического течения рожи в современных условиях // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 1. – С. 149-152.

Проведено дослідження особливостей клінічної характеристики больних рожей, находившихся на стационарном лечении. Отмечено преобладание заболеваемости у лиц старших возрастных групп и работников физического труда. Определены основные предрасполагающие и провоцирующие факторы.

Ключевые слова: рожистое воспаление, клиника, предрасполагающие и провоцирующие факторы.

Пересадин М.О., Антонова Л.П., Юган Я.Л. Аналіз клінічного перебігу бешихи в сучасних умовах // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 1. – С. 149-152.

Проведено дослідження особливостей клінічної характеристики хворих на бешиху, що знаходилися на стаціонарному лікуванні. Відзначено превалювання захворюваності у осіб старших вікових груп і працівників фізичної праці. Визначені основні чинники, що сприяють та що провокують.

Ключові слова: бешихове запалення, клініка, фактори що сприяють та що провокують.

Peresadin N.A., Antonova L.F., Yugan Y.L. Analysis of clinical description of erysipelas // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 1. – С. 149-152.

A study of clinical features characteristic of patients with erysipelas who on stationary treatment was provided. A tendency to the occurrence of disease in patients of older age groups and workers physical labor was described. Basic predisposing and provocation factors are certain.

Key words: erysipelas, clinic, predisposing and provocation factors.

Надійшла 21.10.2010 р.
Рецензент: проф. І.В.Лоскутова