

DOI: [https://doi.org/10.34287/MMT.1\(52\).2022.9](https://doi.org/10.34287/MMT.1(52).2022.9)

С. Д. Шаповал, Л. А. Василевська, В. О. Белінська

Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України»
Запоріжжя, Україна

S. D. Shapoval, L. A. Vasylevska, V. O. Bielinska

State Institution «Zaporizhzhia Medical Academy of post-graduate education Ministry of Health of Ukraine»
Zaporizhzhia, Ukraine

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ І ПРИНЦИПИ ДИФЕРЕНЦІАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ БЕШИХИ

Clinical Features and Principles of Differential Diagnosis of Erysipelas

Реферат

Мета дослідження. З'ясувати спільні та відмінні риси клінічного перебігу бешихи від інших захворювань, що можуть її імітувати.

Матеріали та методи. Проаналізовано 114 історій хвороб пацієнтів, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в центрі гнійно-септичної хірургії КНП «Міська лікарні № 3» м. Запоріжжя за період 2019–2020 рр. За цей період часу в центрі на стаціонарному лікуванні знаходилося 123 хворих з післяін'єкційними абсцесами м'яких тканин, 184 – з абсцесами м'яких тканин, 203 – з флегмонами різних локалізацій, 49 – з ускладненими панариціями, з них – 3 підшкірними. За 5 попередніх років проконсультовано 127 хворих в поліклініці та інших терапевтичних, інфекційних, неврологічних та інших відділеннях міста. Визначено ряд критеріїв та ознак, що дозволяють диференціювати бешиху від захворювань, які у своєму розвитку можуть мати схожу клінічну симптоматику та ряд обставин, що потребують з'ясування.

Результати. Встановлено, що діагноз бешихи не вимагає спеціального лабораторного обстеження і ставиться на підставі огляду хворого, епідеміологічного анамнезу і анамнезу хвороби. Провокуючими факторами при розвитку бешихи є: порушення цілісності шкірних покривів (садна, подряпини, потертості, тріщини, забиті місця, травми); мікози; різка зміна температури (переохолодження, перегрівання); емоційні стреси; підвищена інсоляція. Бешиха має характерну літньо-осінню сезонність. У людей зайнятих фізичною працею, захворювання реєструється частіше, ніж при іншому характері

Abstract

Purpose of the study. The purpose is to find out the common and different features of the clinical course of erysipelas from other diseases that can imitate it.

Materials and methods. 114 case histories of patients who were hospitalized in the center of purulent-septic surgery in the Non-profit municipal enterprise «City Hospital № 3» in Zaporizhzhia for the period 2019–2020 were analyzed. 123 patients, who underwent hospital treatment in the center during this period of time, were with post-injection abscesses of soft tissue, 184 – with soft tissue abscesses, 203 – with phlegmons of various localizations, 49 – with complicated panaritium, 3 of which – subcutaneous. Over the past 5 years, 127 patients were consulted in the clinic and other therapeutic, infectious, neurological and other departments of the city. A number of criteria and signs have been identified to differentiate erysipelas from diseases that may have similar clinical symptoms and a number of circumstances that need to be clarified.

Results. It is established that the diagnosis of erysipelas does not require special laboratory examination and is made on the basis of examination of the patient, epidemiological history and medical history. Provoking factors in the development of erysipelas are: violation of the integrity of the skin (abrasions, scratches, abrasions, cracks, bruises, injuries); mycoses; a sharp change in temperature (supercooling, overheating); emotional stress; increased insolation. Erysipelas has a characteristic summer-autumn seasonality. In people engaged in physical labor, the disease

трудової діяльності. Спадкова схильність до захворювання відзначається в 10–15% випадків. У зв'язку з цим, при розвитку хвороби, істотне значення має наявність таких факторів, як вроджена і придбана венозна недостатність нижніх кінцівок, грибкова інфекція нижніх кінцівок, наявність післяопераційних і післятравматичних рубців, лімфостаз, цукровий діабет, серцево-судинні захворювання, а також захворювання, що супроводжуються розвитком набряків, прийомом кортикостероїдів, цитостатиків.

Висновки. Математичне моделювання між бешихою та іншими захворюваннями, які мають в своїй клінічній картині подібні синдроми, може бути корисним при проведенні диференційної діагностики між ними.

Ключові слова: бешиха, диференційна діагностика.

В сучасних умовах бешиха продовжує зберігати свою високу актуальність в системі охорони здоров'я.

Протягом останніх років відзначається значний зріст інфекцій обумовлених В-гемолітичним стрептококом групи А. По вибірковим даним середня захворюваність бешихою в країнах Європи складає 4,3 на 10000 дорослого населення [5, 11]. У структурі захворюваності відзначається тенденція до збільшення кількості пацієнтів молодого і середнього віку. Більш ніж у 60% бешиху переносять у віці 40 років та старше, хворіють переважно жінки [4, 12].

Останнім часом все гостріше постають проблеми гнійної інтоксикації організму, інфекційно-алергічних проявів захворювання, а також збільшення ускладнених форм бешихи та її рецидивів [6, 7, 13].

Все частіше спостерігається зміна клінічної симптоматики та перебігу захворювання з розвитком тяжких ускладнень та сепсису. В структурі пацієнтів з гнійно-некротичними ускладненнями, які потребують хірургічного втручання, це хворі з ускладненими формами бешихи, які складають від 6,7 до 21%. Летальність серед некротичної форми хвороби коливається в межах від 5,8 до 81% [1, 8].

Актуальність ранньої діагностики бешихи визначається особливостями епідеміології та клінічного перебігу захворювання.

Встановлено, що діагноз бешихи не вимагає спеціального лабораторного обстеження і ставиться на підставі огляду хворого, епідеміологічного анамнезу і анамнезу хвороби. Але диференціальний діагноз бешихи слід проводити з десятками захворювань, що відносяться до клініки хірургічних, інфекційних, шкірних і внутрішніх хвороб. В першу чергу, необхідно виключити хірургічну патологію. В силу загальних механізмів патогенезу бешихи і основних

is registered more often than in other types of work. Hereditary predisposition to the disease is observed in 10–15% of cases. In this regard, the presence of such factors as congenital and acquired venous insufficiency of the lower extremities, fungal infection of the lower extremities, the presence of postoperative and post-traumatic scars, lymphostasis, diabetes, cardiovascular disease and diseases accompanied by the development of edema, intake of corticosteroids or cytostatics are of essential significance in the development of the disease.

Conclusions. Mathematical modeling between erysipelas and other diseases that have similar syndromes in their clinical picture may be useful in making a differential diagnosis between them.

Keywords: erysipelas, differential diagnosis.

патологічних змін м'яких тканин, що відносяться до компетенції хірургії, а саме, основній реакції тканин на травму і/або розвиток інфекційного процесу (реакції запалення), симптоматика цих захворювань має багато спільного [2, 3, 9, 10].

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

З'ясувати спільні та відмінні риси клінічного перебігу бешихи від інших захворювань, що можуть її імітувати.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проаналізовано 114 історій хвороб пацієнтів з бешихою, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в центрі гнійно-септичної хірургії КНП «Міська лікарні № 3» м. Запоріжжя за період 2019–2020 рр.

У всіх хворих при госпіталізації була діагностована бешиха, за формами: еритематозна – 24 (21,0%), бульозна – 28 (24,6%), флегмонозна форма – 48 (42,1%), некротична – 14 (12,3%). Рецидивних випадків захворювання відмічено у 21 пацієнтів. З них: при еритематозній формі – 4 (16,7%), при бульозній – 5 (17,9%), флегмонозній – 9 (18,7%), некротичній – 3 (21,4%).

За цей період часу в центрі на стаціонарному лікуванні знаходилося 123 хворих з післяін'єкційними абсцесами м'яких тканин, 184 – з абсцесами м'яких тканин, 203 – з флегмонами різних локалізацій, 49 – з ускладненими панариціями, з них – 3-підшкірними. За 5 попередніх років проконсультовано 127 хворих в поліклініці та інших терапевтичних, інфекційних, неврологічних та інших відділеннях міста.

Визначені ряд критеріїв та ознак, що дозволяють диференціювати бешиху від захворювань, які у своєму розвитку можуть мати схожу клінічну симптоматику та ряд обставин, що

потребують з'ясування. А саме:

1. Дані епідеміологічного анамнезу.
2. Характеристика початку хвороби: а) гострий – з високою лихоманкою; – з явищами виразливої інтоксикації; – нема інтоксикації. б) млявий перебіг, в) затяжний перебіг.
3. Характеристика больового синдрому: а) біль у спокої, б) біль при рухах, в) розпираючого характеру, г) пульсуючого характеру, д) обмежений біль.
4. Дані пальпації: а) виразлива болючість; б) тільки в центрі інфільтрату; в) поза межами, г) наявність флюктуації.
5. Гіперемія: а) не має чітких меж; б) значно поширена; в) у вигляді плям або смуг; г) з бульбашками або фліктенами; д) симетрична.
6. Колір еритеми: а) багряно-червоний; б) рожевий; в) яскраво-рожевий; г) з ліловим відтінком; д) синюшного кольору; е) фіолетового кольору.
7. Явища лімфангоїту.
8. Регіональна лімфаденопатія.
9. «Хрускіт» в тканинах.

РЕЗУЛЬТАТИ

Встановлено, що діагноз бешихи не вимагає спеціального лабораторного обстеження і ставиться на підставі огляду хворого, епідеміологічного анамнезу і анамнезу хвороби.

Провокуючими факторами при розвитку бешихи є: порушення цілісності шкірних покривів (садна, подряпини, потертості, тріщини, забиті місця, травми); мікози; різка зміна температури (переохолодження, перегрівання); емоційні стреси; підвищена інсоляція.

Бешиха має характерну літньо-осінню сезонність. У людей зайнятих фізичною працею, захворювання реєструється частіше, ніж при іншому характері трудової діяльності. Спадкова схильність до захворювання відзначається в 10–15% випадків.

У зв'язку з цим, при розвитку хвороби, істотно значення має наявність таких факторів, як вроджена і придбана венозна недостатність нижніх кінцівок, грибкова інфекція нижніх кінцівок, наявність післяопераційних і післятравматичних рубців, лімфостаз, цукровий діабет, серцево-судинні захворювання, а також захворювання, що супроводжуються розвитком набряків, прийомом кортикостероїдів, цитостатиків.

У клінічній картині бешихи виділяють такі періоди:

Початковий період хвороби характеризується швидким розвитком симптомів інтоксикації, які більш ніж у половини хворих (зазвичай при локалізації процесу на нижніх кінцівках) на термін від декількох годин до 1–2 діб випереджають виникнення місцевих проявів хвороби. При цьому відзначається головний біль, лихо-

манка, загальна слабкість, м'язові болі, зниження апетиту. У 25–30% хворих з'являється нудота і блювота. Уже в перші години хвороби температура тіла підвищується до 38–40 °С. На ділянках шкіри в області майбутніх локальних проявів у ряду хворих відчуються парестезії, почуття розпирання або печіння, неінтенсивні болі. Нерідко виникають також неприємні відчуття в області збільшених регіонарних лімфатичних вузлів.

Розпал захворювання настає в терміни від кількох годин до 1–2 діб після перших проявів хвороби. У цей період досягають свого максимуму загально-токсичні прояви і лихоманка. Виникають характерні місцеві прояви бешихи. Найчастіше запальний процес локалізується на нижніх кінцівках (60–70%), рідше на обличчі (20–30%) і верхніх кінцівках (4–7%), дуже рідко на тулубі, в області молочної залози, промежини, зовнішніх статевих органів.

Диференціальний діагноз бешихи слід проводити з десятками захворювань, що відносяться до клініки хірургічних, інфекційних, шкірних і внутрішніх хвороб. В першу чергу, необхідно виключити хірургічну патологію. В силу загальних механізмів патогенезу бешихи і основних патологічних змін м'яких тканин, що відносяться до компетенції хірургії, а саме, основний реакції тканин на травму і/або розвиток інфекційного процесу (реакції запалення), симптоматика цих захворювань має багато спільного.

Основні відмінності, що дозволяють диференціювати хірургічні захворювання і бешиху, пов'язані з більш глибоким ураженням м'яких тканин при хірургічній патології та, як правило, ізольованим ураженням шкіри і її додатків при бешисі.

Абсцеси в стадії інфільтрації, найбільш часто приймаються за бешиху. В області формування абсцесу відзначаються щільна інфільтрація і набряк не тільки шкіри, але і м'яких тканин, ділянка гіперемії шкіри над інфільтратом не має чітких меж і значного поширення. При пальпації визначається виражена хворобливість в центрі інфільтрату. Пізніше (при абсцедуванні) тут виникає флюктуація. Болі в осередку запалення носять розпираючий, пульсуючий характер, спостерігаються в спокої, і особливо збільшуються при рухах в ураженій кінцівці. Часто абсцеси розвиваються в місцях ін'єкцій.

Флегмона починається гостро, з високої лихоманки і явищ виразливої інтоксикації. Однак, як і при абсцесі, на відміну від бешихи, в місці локалізації процесу виникає сильний, іноді пульсуючий біль, різка болючість при пальпації. Гіперемія шкіри не має чітких контурів, розвивається на тлі вираженої щільної інфільтрації підшкірної клітковини і поразки більш глибоких тканин. Пізніше інфільтрат розм'якшується і виявляється флюктуація. Підшкірна флегмона

може супроводжуватися лімфангоїтом.

З огляду на післятравматичний характер гематом, особливу важливість мають дані анамнезу. Також важлива оцінка часових проміжків: розвиток запалення при бешисі дебютує лихоманкою, а нагноєння гематоми (що є причиною гіпертермії) рідко розвивається раніше 3–5–7 доби з моменту формування гематоми.

Целюліт – дифузне гостре запалення шкіри і підшкірної клітковини, що характеризується ущільненням, гіперемією, набряком тканин без клітинного некрозу або нагноєння, часто супроводжується болем і підвищенням температури тіла, лімфангоїтом і регіонарною лімфаденопатією. Рецидивуючий перебіг целюліту нерідко обумовлено порушеннями венозної і лімфатичної систем. Як правило, травматичні або хірургічні втручання в лімфатичну систему обумовлюють перші прояви целюліту. Целюліту нижніх кінцівок сприяють гіпостатичні процеси, а також мікози стоп, так як порушується бар'єрна функція шкіри і через пошкоджену мікозами шкіру легше проникає піококова флора. Нерідкі випадки розвитку целюліту після венектомії *V. safena magna*. Клінічна картина целюліту характеризується розливою еритемою, щільною, гарячою і болючою при пальпації, краї якої розмиті, розміри її можуть бути різними: малими (локалізованими) – целюліт пальця і великими, захоплюючими все плече або сідницю – целюліт після ін'єкційний. Ділянки ураження збільшуються швидко в розмірах, стаючи пляшкоподібними, набряклими, супроводжуючись лихоманкою. На їх поверхні можуть утворитися бульбашки або фліктени. Повільніше і менш гостро розвивається целюліт навколо виразок, зазвичай без лихоманки.

Бешиха відрізняється від целюліту залученням до процесу лімфатичної тканини, в якій розмножується збудник, а також більш поверхневим характером процесу і більш чіткою демаркацією крайової зони від неураженої навколишньої шкіри.

Випадки бактеріального ураження поверхневих і глибоких фасцій (сполучнотканинної оболонки м'язів, судин і внутрішніх органів) нижніх кінцівок, а також підшкірної клітковини можуть призводити до некротизуючого фасціїту. Активність патогенних мікроорганізмів призводить до розвитку некрозу (гангрени). На початкових етапах єдиним симптомом некротизуючого фасціїту є біль в місці локалізації некротичного процесу, яка посилюється при натисканні. Надалі можна відзначити появу набряку, який швидко збільшується в розмірах. Шкіра на його поверхні червоніє і стає гарячою на дотик. Поряд з цим на поверхні шкіри можуть утворюватися бульбашки з серозно-геморагічним вмістом. У міру розвитку захворювання шкіра набуває синюшного, а іно-

ді і фіолетового кольору. Крім того, з'являється дуже характерний «хрускіт» в тканинах, що пов'язано з розмноженням анаеробних бактерій. Активність мікроорганізмів призводить до формування бульбашок газу в тканинах, які лопаються з характерним звуком. Сильна інтоксикація може призводити до сплутаності свідомості.

Панарицій підшкірний при його млявому перебігу супроводжується гіперемією шкіри одного пальця, інтенсивними розпираючими і (або) пульсуючими болями в спокої. Однак біль значно посилюється при тиску на запалену фалангу, відзначається обмеження рухів в дистальному і проксимальному міжфаланговому суглобах. Гіперемія шкіри не поширюється з пальця на кисть і передпліччя і має чітко обмежений характер і флюктуацією в центрі запалення. У пацієнта немає інтоксикації.

Еризипелоїд (бешиха свиней) – шкірна форма. Хвороба відноситься до зоонозів з коротким інкубаційним періодом (2–3 доби). Велике значення для постановки діагнозу мають дані епідеміологічного анамнезу (мікротравми шкіри при обробці м'яса або риби, перебування в природних вогнищах еризипелоїду). Хвороба починається з появи еритеми на шкірі пальців і кистей рук (більш ніж у 90% хворих), тоді як при бешисі подібна локалізація процесу зустрічається казуїстично рідко. В області вхідних воріт розвивається печіння, що зудить, слабо болюча еритема від рожевого до багряно-червоного кольору з більш блідим центром, що охоплює пальці і іноді переходить на кисті. Краї еритеми яскравіші, в порівнянні з центром, набряк більш виражений по периферії. Осередок на дотик не гарячий. На тлі еритеми іноді з'являються окремі везикульозні елементи з серозним або геморагічним вмістом. Характерним є відсутність лихоманки, інтоксикації і регіонарного лімфаденіту.

Тромбофлебіт (флебіт) підшкірних вен супроводжується болями по ходу судин ураженої кінцівки, її набряком. Якщо процес розвивається на нижніх кінцівках то, як правило, в анамнезі часто є вказівка на варикозну хворобу. Розвитку флебіту на верхніх кінцівках зазвичай передує в анамнезі виконання внутрішньовенних ін'єкцій або інфузій. Гіперемія шкіри відзначається у вигляді плям або смуг над ураженими венами, при цьому набряк захоплює всю кінцівку і не збігається з контурами гіперемії. При пальпації по ходу вен відзначаються ущільнення у вигляді вузликів, вени щільні і хворобливі. Відсутній регіонарний лімфаденіт. Таким чином, основною відмінністю флебіту від бешихи є локальні ознаки реакції запалення по ходу основних стовбурів поверхневих вен або їх приток.

Тромбоз глибоких вен – захворювання виникає гостро і проявляється болями, набряком, ціанозом кінцівки. Температура частіше носить субфебрильний характер і на відміну від бешихи

гіперемія буває рідко. Однак місцеві зміни при тромбозі вен – гіперемія і набряк – не супроводжуються чіткими кордонами і відрізняються більшою щільністю. Гіперемія має менш яскравий характер з багряним або ліловим відтінком. Болі локалізуються в м'язах і носять тупий, розпираючий характер, визначаються характерні симптоми (Хоманса і Мозеса). Основним диференційно – діагностичним методом є ультразвукове ангіосканування глибоких вен.

Оперізуючий лишай починається з болю по ходу нервових стовбурів, локалізується по ходу гілок того чи іншого нерва, що визначає розміри ділянки ураження шкіри. На тлі окремих ділянок еритеми виникають численні пухирці, наповнені серозним, геморагічним, іноді гнійним вмістом. На місці бульбашок поступово утворюються жовто-бурі або чорні кірочки; захворювання нерідко набуває затяжного перебігу, супроводжується запеклими невралгіями.

Вузлувата еритема є глибоким алергічним васкулітом. Поліетіологічне захворювання, у виникненні якого велике значення має, в тому числі, стрептококова інфекція. Як і при бешисі, захворюванню нерідко передують ангіни або в анамнезі хворих є вказівка на хронічний тонзиліт. Хвороба починається гостро, з підвищення температури тіла, симптомів інтоксикації. В області гомілок, рідше стегон і передпліч, зрідка на животі, симетрично висипають великі, щільні, болючі вузли, які трохи підносяться над поверхнею шкіри. Межі вузлів визначаються нечітко. Шкіра над вузлами яскраво-рожевого забарвлення, надалі набуває синюшного відтінку. На початку розвитку вузлуватої еритеми можливі болі в кінцівках, в колінних і гомілковостопних суглобах. Незважаючи на подібний з бешихою початковий період захворювання, формування декількох обмежених вузлів з локальним почервонінням шкіри над ними не вкладається в картину місцевого процесу при бешисі, що дозволяє виключити цей діагноз.

Флебодермія виникає при укусах комах – ос, шершнів, бджіл – у осіб з підвищеною чутливістю. У пацієнта з'являються ознаки інтоксикації (лихоманка, блювота). У місці укусу відзначаються значний набряк, помірний гіперемія шкіри без чіткої межі. Постановку діагнозу полегшують зв'язок стану з укусом комахи, наявність в центрі слідів від укусу у вигляді точки, іноді жала комахи, помірний болючість і свербіння.

Іксодовий кліщовий бореліоз (хвороба Лайма) – в 80% випадків маніфестує мігруючої еритемою від 1 до 70 см в діаметрі, з піднесеним контуром по типу запального валика, нерідко має ділянку просвітлення в центрі, де може бути видно слід від укусу кліща. В діагностиці іксодового кліщового бореліозу враховуються перебування людей (відвідування лісу, паркових зон) в ендемічних районах з урахуванням пори року, факт при-

смоктування кліщів, розвиток захворювання з ознаками інфекційного процесу після присмоктування кліща, клінічні ознаки, такі як: мігруюча еритема, хронічний атрофічний акродерматит, синдром Баннварта (радикулоневрит).

Геморагічний васкуліт (шкірний тип) – становить 70% випадків всіх типів. З невідомих причин на внутрішній поверхні стінок кровеносних судин відбувається відкладення імунних комплексів, які сприяють виникненню запалень мікросудин шкірних покривів і внутрішніх органів. Крововиливи підносяться над рівнем шкіри, можуть зливатися і формувати бульбашки неправильної форми з геморагічним вмістом. Найчастіше вони локалізуються на стопах і кистях, стегнах і сідницях, животі, обличчі і в області суглобів. Через деякий час крововиливи пропадають, але на їх місці залишаються темні ділянки. При тяжкому ступені геморагічного васкуліту, ділянки шкіри, схильні до висипання, можуть запалюватися, з'являється некроз шкіри. Пацієнт скаржиться на болі в суглобах і животі, порушується робота нирок і кишечника, можливе виникнення кровотеч і ниркової недостатності.

ОБГОВОРЕННЯ

1. Бешиха та абсцес мають багато спільних ознак, проте є деякі ознаки, за якими можна відрізнити ці захворювання. У 4,3% хворих з абсцесами спостерігався млявий початок перебігу захворювання, чого не було при бешиховому запаленні. Біль у спокої вірогідно частіше виявлявся у пацієнтів з бешихою – на 5,8% ($F = 0,0234$; $P < 0,05$). Біль пульсуючого характеру мала місце у 90,9% хворих з абсцесами. При бешиховому запаленні цієї ознаки не спостерігалось.

Виразлива болючість ділянки ураження при пальпації вірогідно частіше характеризувала бешихове запалення – на 32,3% ($F < 0,0001$; $P < 0,0001$). Симптом флюктуація, навпаки, частіше спостерігався при абсцесах – на 41,1% ($\chi^2 = 64,49$; $P < 0,0001$). Також абсцес відрізнявся болючістю тільки в центрі інфільтрату (96,6%), що не характерно для бешихи.

Бешиху від абсцесу можна відрізнити за характерною значно поширеною гіперемією з чіткими межами та у 32,5% випадків з бульбашками або фліктенами. За кольором еритеми ці захворювання схожі, але у 4,4% випадків при бешиховому запаленні у хворих спостерігалася еритема синюшного кольору, що не характерно для абсцесу.

2. Бешиха та флегмона багато в чому схожі між собою. Але є чіткі відмінності, які дають змогу відрізнити обидві хвороби. Майже всі пацієнти з флегмоною скаржаться на біль пульсуючого характеру (92,6%), який не характерний для бешихи. У деяких хворих

з флегмоною спостерігався біль поза зоною ураження – 1,9%, чого не було у хворих з бешихою. Статистично доведено, що симптом флюктуації в два рази частіше мав місце при флегмоні у порівнянні з бешихою ($\chi^2 = 58,56$; $P < 0,0001$).

Характер гіперемії при флегмоні відрізнявся відсутністю чітких меж. При бешиховому запаленні гіперемія мала чіткі межі, була значно поширена та у третини хворих (32,5%) спостерігались бульбашки або фліктени. У всіх хворих з флегмоною еритема була багряно-червоного кольору, а при бешиховому запаленні виявлені випадки яскраво-червоної (1,7%) та еритеми синюшного кольору (4,4%).

3. Бешиха та гематома після травми мають деякі спільні ознаки, але є багато відмінностей. При гематомі гострий початок хвороби спостерігався лише у 61,4% пацієнтів. Інші мали млявий (31,8%) або зтяжний (6,8%) перебіг, що відрізняло їх від хворих з бешихою. Для гематоми не характерний біль у спокої, який виявлявся у 99,1% хворих з бешихою. Біль при рухах вірогідно частіше спостерігався при бешиховому запаленні ($F < 0,0001$; $P < 0,0001$). Мала кількість хворих з гематомою у порівнянні з бешихою скаржилась на біль розпираючого характеру, що доведено статистично – 9,1% проти 98,2% ($F < 0,0001$; $P < 0,0001$). У 13,2% пацієнтів з гематомою біль був обмежений, що не характерно для бешихи.

У хворих з бешихою в 98,2% випадків спостерігалась виразлива болючість ділянки ураження, чого не було при гематомі. Проте 88,6% пацієнтів з гематомою скаржилися на біль тільки в центрі інфільтрату, що не характерно для бешихи. Відрізнити бешиху від гематоми можна за характерною гіперемією з чіткими межами зі значним поширенням та у 32,5% випадків з бульбашками або фліктенами. У всіх хворих з гематомою гіперемія не мала чітких меж.

При бешиховому запаленні переважав багряно-червоний колір еритеми ($\chi^2 = 76,02$; $P < 0,0001$). У хворих з гематомою вірогідно частіше спостерігалась еритема яскраво-червоного кольору ($F < 0,0001$; $P < 0,0001$).

Спільними ознаками для бешихи та целюліту були: гострий початок хвороби, біль у спокої та при рухах, виразлива болючість при пальпації, значно поширена гіперемія іноді з бульбашками та фліктенами, яскраво-червоний колір еритеми. Проводячи диференційну діагностику між цими захворюваннями, треба звертати увагу на те, що при целюліті 7,8% пацієнтів мали зтяжний перебіг початку хвороби, чого ніколи не спостерігалось при бешиховому запаленні.

При целюліті, на відміну від бешихового запалення, хворих із скаргами на біль у спокої ($F < 0,0001$; $P < 0,0001$) та при рухах ($F < 0,0001$; $P < 0,0001$) було в два рази менше. Болю роз-

пираючого характеру при целюліті не спостерігалось, що теж відрізняло це захворювання від бешихи.

Виразлива болючість ділянки ураження при пальпації вірогідно частіше виявлялась при бешиховому запаленні ($F < 0,0001$; $P < 0,0001$). Крім того, у половини хворих з бешихою спостерігались ознаки флюктуації, що не характерно для целюліту.

Третина хворих з целюлітом не мала чітких меж гіперемії тоді, як всі пацієнти з бешихою, навпаки, характеризувались чітко обмеженою гіперемією. Поширена гіперемія спостерігалась лише у половини пацієнтів з целюлітом, що вірогідно менше ніж при бешиховому запаленні ($F < 0,0001$; $P < 0,0001$).

Лише у деяких хворих з бешихою (1,7%) спостерігався яскраво-червоний колір еритеми, що статистично менше ніж при целюліті, при якому більше ніж у половини пацієнтів (62,7%) мала місце ця ознака ($\chi^2 = 108,31$; $P < 0,0001$). Багряно-червоного та синюшного кольору еритеми, характерного для бешихи, при целюліті не спостерігалось взагалі. Для половини пацієнтів з целюлітом характерні явища лімфангаїту (41,2%) та регіонарного лімфаденіту (52,9%), чого не виявлено при бешиховому запаленні.

4. Некротизуючий фасциїт та бешиха. Відрізняє ці два захворювання те, що біль у спокої вірогідно частіше спостерігається при бешиховому запаленні – в два рази ($F < 0,0001$; $P < 0,0001$). Майже всі хворі з бешихою мали скарги на біль розпираючого характеру (98,2%), при некротизуючому фасциїті таких скарг не спостерігалось взагалі.

При пальпації у 11,8% пацієнтів з некротизуючим фасциїтом виявлений біль поза межами інфільтрату, що не характерно для бешихи. Вірогідно більше хворих з некротизуючим фасциїтом мали яскраво-червоний ($F = 0,0156$; $P < 0,05$) та синюшний ($\chi^2 = 14,58$; $P = 0,0001$) колір еритеми. У більшості хворих з бешихою спостерігалась багряно-червона еритема (93,9%), що не характерно для фасциїту. При некротизуючому фасциїті – фіолетова (47,1%), яка не виявлена при бешиховому запаленні. При обох захворюваннях спостерігався «хрускіт» в тканинах, але більш характерним він був для некротизуючого фасциїту та спостерігався у 35,3% пацієнтів ($\chi^2 = 6,49$; $P = 0,0108$).

5. При підшкірному панариції на відміну від бешихи спостерігався млявий початок захворювання. Біль у спокої з вірогідно більшою частотою характеризував бешигове запалення ($F = 0,0238$; $P < 0,05$), як і біль розпираючого характеру ($F = 0,0060$; $P < 0,05$). Відрізнялась бешиха від підшкірного панариції наявністю у 98,2% пацієнтів болю при рухах та відсутністю болю пульсуючого характеру.

Виразлива болючість при пальпації спостерігалась у вірогідно більшій кількості хворих з бешихою – 98,2% проти 16,7% при панариції ($F < 0,0001$; $P < 0,0001$). При панариції у 91,7% пацієнтів виявлена болючість тільки в центрі інфільтрату, що також відрізняло цю патологію від бешихи. Гіперемія при панариції не мала чітких меж та не була значно поширеною, у той час, як при бешиховому запаленні – значно поширена, з чіткими межами та у третини хворих з бульбашками або фліктенами.

Для хворих з бешихою був вірогідно більш характерний багряно-червоний колір еритеми, так само, як для панарицію – яскраво-червоний ($F < 0,0001$; $P < 0,0001$). Крім того, при бешиховому запаленні у 4,4% пацієнтів еритема взагалі була синюшного кольору.

6. Між бешихою та еризепелоїдом спостерігались деякі спільні ознаки. Проте між ними є багато відмінностей, за якими можна провести диференційну діагностику. Якщо при бешиховому запаленні хвороба починалася гостро у всіх хворих, то при еризепелоїді – лише у 7,1%, тоді як більшість хворих мала млявий (91,3%) або зтяжний (8,7%) початок.

Біль у спокої та біль при рухах, притаманні обома хворобам, але вірогідно частіше спостерігались при бешиховому запаленні ($F < 0,0001$; $P < 0,0001$). У всіх пацієнтів з еризепелоїдом біль носив обмежений характер та не характеризувався, як розпираючий, що відрізняло їх від хворих з бешихою.

При еризепелоїді гіперемія не була поширеною та не мала чітких меж. Бешиха відрізнялась значно поширеною гіперемією з чіткими межами. Бульбашки та фліктени у відсотковому співвідношенні частіше спостерігались у хворих з бешихою – 32,5% проти 7,1% при еризепелоїді, але статистичної різниці за цією ознакою між хворими не було ($F = 0,0635$; $P > 0,05$).

Багряно-червоний колір еритеми вірогідно частіше спостерігався при бешиховому запаленні ($F < 0,0001$; $P < 0,0001$). Яскраво-червоний, навпаки, вірогідно частіше характеризував наявність еризепелоїду ($F = 0,0012$; $P < 0,05$). У 21,4% пацієнтів з еризепелоїдом виявлена рожева еритема, що не характерно для бешихи.

8. Бешиха та тромбофлебіт мали не так багато спільних симптомів, але в деяких випадках пацієнти також потребували диференційної діагностики.

Хворі з бешихою відрізнялись завжди гострим початком захворювання, а при тромбофлебіті у більшості випадків спостерігали млявий перебіг початку хвороби (91,3%), іноді, взагалі, зтяжний (8,7%). Біль у спокої вірогідно більше була характерною для бешихи ($F < 0,0001$; $P < 0,0001$). Майже всі хворі з бешихою скаржилися на біль розпираючого характеру (98,2%),

що не виявлено при тромбофлебіті.

При пальпації у половини пацієнтів з бешихою (47,4) виявлявся позитивний симптом флюктуації, не характерний для тромбофлебіту. У хворих на тромбофлебіт спостерігалась гіперемія у вигляді плям або смуг, що відрізняло їх від пацієнтів з бешихою. При тромбофлебіті у всіх пацієнтів була яскраво-червона еритема, яка при бешиховому запаленні спостерігалась лише у 1,7% випадків.

7. Бешиха та тромбоз глибоких вен. Диференційна діагностика між цими захворюваннями базувалась на наступних ознаках. У більшості пацієнтів з тромбозом (89,5%), як і з бешихою, хвороба починалася гостро, але серед них було 10,5%, у яких спостерігали млявий початок захворювання, що не характерно для бешихи. Біль при рухах вірогідно частіше спостерігалась саме у хворих з бешихою – в 6 разів ($F < 0,0001$; $P < 0,0001$). 99,1% пацієнтів з бешихою скаржилися на біль у спокої, який не характерний для тромбозу. Відмінністю бешихи також був позитивний симптом флюктуації у половини хворих (47,4%).

Гіперемія при тромбозах була без чітких меж, еритема рожева (10,5%) або з ліловим відтінком (68,4%), що одразу дозволяло виключити у хворого бешиху, яка характеризувалась значно поширеною гіперемією (99,1%) з бульбашками або фліктенами (32,5%) та багряно-червоним (93,9%), а іноді яскраво-червоним (1,7%) чи синюшним (4,4%), кольором еритеми.

ВИСНОВКИ

1. Критеріями при встановленні діагнозу бешихи є: гострий початок хвороби з лихоманкою, швидким підвищенням температури тіла, розвитком інтоксикаційного синдрому; рання поява суб'єктивних локальних відчуттів (біль, свербіж, печіння) з подальшим розвитком в цьому місці запальних змін; типова характеристика бешихової еритеми (яскрава еритема, з чіткими нерівними межами, крайовим валіком); наявність регіонарного лімфаденіту; виборча локалізація процесу (гомілки, обличчя); при рецидивуючій бешисі: наявність наслідків після перенесеної бешихи (лімфостази), не виразливий інтоксикаційний синдром і згладжений локальний статус; наявність супутніх захворювань, що сприяють розвитку бешихи; несприятливі професійні умови праці; перенесена в минулому бешиха, з урахуванням її давності, локалізації, тяжкості і кратності.

2. Математичне моделювання між бешихою та іншими захворюваннями, які мають в своїй клінічній картині подібні синдроми, може бути корисним при проведенні диференційної діагностики між ними.

Таблиця 1

Симптоматика основних хірургічних нозологічних одиниць, з якими слід диференціювати бешиху

Ознаки	Абсес, n = 208		Флегмона, n = 203		Гематома після травми, n = 44		Целюліт, n = 51		Некротизуючий фасцит, n = 17		Панаритій підшкірний, n = 12		Еризипелойд, n = 14		Тромбофлебіт, n = 23		Тромбоз глибоких вен, n = 19	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Характеристика початку хвороби																		
Гострий	199	95,7	203	100,0	27	61,4	47	92,2	17	100,0	-	-	1	7,1	-	-	17	89,5
Млявий перебіг	9	4,3	-	-	14	31,8	-	-	-	-	12	100,0	10	71,5	21	91,3	2	10,5
Згяжаний перебіг	-	-	-	-	3	6,8	4	7,8	-	-	-	-	3	21,4	2	8,7	-	-
Характеристика більового синдрому																		
Біль у спокої	194	93,3	203	100,0	-	-	21	41,2	8	47,1	10	83,3	6	42,8	12	52,2	-	-
Біль при рухах	208	100,0	203	100,0	21	47,7	26	50,9	15	88,2	-	-	8	57,1	23	100,0	3	15,8
розпирюючого характеру	196	94,2	199	98,0	4	9,1	-	-	-	-	9	75,0	-	-	-	-	18	94,7
Пульсуючого характеру	189	90,9	188	92,6	-	-	-	-	-	-	8	66,7	-	-	-	-	-	-
Обмежений біль	-	-	-	-	19	13,2	-	-	-	-	-	-	14	100,0	-	-	-	-
Дані пальпації																		
Виразлива болочість	137	65,9	203	100,0	-	-	24	47,1	17	100,0	2	16,7	14	100,0	23	100,0	19	100,0
Тільки в центрі інфільтрату	201	96,6	-	-	39	88,6	-	-	-	-	11	91,7	-	-	-	-	-	-
Поза межами	-	-	4	1,9	-	-	-	-	2	11,8	-	-	-	-	-	-	-	-
Наявність флюктуації	184	88,5	177	87,2	15	34,1	-	-	-	-	6	50,0	-	-	-	-	-	-
Гіперемія																		
Не має чітких меж	208	100,0	203	100,0	44	100,0	17	33,3	-	-	12	100,0	14	100,0	-	-	19	100,0
Значно поширена	-	-	-	-	-	-	23	45,1	17	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-
У вигляді плям або смуг	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24	100,0	-	-
З бульбашками або фліктенами	-	-	-	-	-	-	19	27,3	3	17,6	-	-	1	7,1	-	-	-	-
Колір еритеми																		
Багряно-червоний	201	96,6	203	100,0	11	25,0	-	-	-	-	1	8,3	2	14,3	-	-	-	-
Рожевий	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	21,4	-	-	2	10,5
Яскраво-червоний	7	3,4	-	-	33	75,0	32	62,7	4	23,5	11	91,7	4	28,6	24	100,0	-	-
З ліловим відтінком	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	68,4
Синюшого кольору	-	-	-	-	-	-	-	-	7	41,2	-	-	-	-	-	-	-	-
Фіолетового кольору	-	-	-	-	-	-	-	-	8	47,1	-	-	-	-	-	-	-	-
Явища лімфангоїту	-	-	43	21,2	-	-	21	41,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Регіональна лімфаденопатія	-	-	-	-	-	-	27	52,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
«Хрускіт» в тканинах	-	-	-	-	-	-	-	-	6	35,3	-	-	-	-	-	-	-	-

Симптоматика деяких не хірургічних нозологічних одиниць, з якими слід диференціювати бешпу

Ознаки	Оперізуючий лишай, n = 12		Вузливата еритема, n = 14		Флеботодермія, n = 11		Хвороба Лайма, n = 9		Геморагічний васкуліт (шкірний тип), n = 13	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Характеристика початку хвороби										
Гострий	4	33,3	14	100,0	11	100,0	9	100,0	11	84,6
Млявий перебіг	9	75,0	-	-	-	-	-	-	2	15,4
Затяжний перебіг	2	16,7	-	-	-	-	-	-	-	-
Характеристика більового синдрому										
Біль у спокої	10	83,3	14	100,0	11	100,0	9	100,0	13	100,0
Біль при рухах	-	-	14	100,0	-	-	-	-	-	-
Оозипраючого характеру	4	33,3	-	-	-	-	-	-	-	-
Пульсуючого характеру	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Обмежений біль	1	8,3	-	-	9	81,8	-	-	-	-
Дані пальпaції										
Виразлива болочіть	12	100,0	-	-	-	-	-	-	13	100,0
Тільки в центрі інфільтрату	-	-	14	100,0	9	81,8	9	100,0	-	-
Поза межами	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Наявність флюктуації	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Гіперемія										
Не має чітких меж	9	75,0	14	100,0	11	100,0	9	100,0	11	84,6
Значно поширена	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
У вигляді плям або смуг	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
З бульбашками або фліктенами	7	55,3	-	-	-	-	-	-	3	23,1
Симетрична	-	-	12	85,7	-	-	-	-	-	-
Колір еритеми										
Багряно-червоний	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Рожевий	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Яскраво-червоний	12	100,0	14	100,0	11	100,0	9	100,0	-	-
З ліловим відтінком	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Синюшого кольору	-	-	3	21,4	-	-	-	-	7	63,6
Фіолетового кольору	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Явища лімфангоїту	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Регіональна лімфаденопатія	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
«Хрускіт» в тканинах	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

REFERENCES

1. Brazhnik EA, Ostroushko AP. Erysipelas in a surgical practice. Scientific review. Medical sciences. 2016; 4: 14–17 [in Russian].
2. Plavunov NF, Kadyshev VA, Chernobrovkina Tya, et al. Diagnosticheskoe znachenie ekzantem pri infekcionnyh zabolevaniyah na dogospitalnom etape. Arhiv vnutrennej mediciny. 2016; 6 (3): 36–41 [in Russian].
3. Ratnikova LI, Ship SA, Ivankova GI, et al. Differencialnaya diagnostika rozhi s zabolevaniyami hirurgicheskogo profilya. Zhurn. infektologii. 2016; 8 (2): 80–81 [in Russian].
4. Blagney LP, Avdeeva MG, Kovalevskaya OI, Kozyrev EV. 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].
5. Lisko OB, Satarova SA, Perminova TA, Gavrilova IB. Rozha, kak socialno-medicinskaya problema na sovremennom etape. Mat. IX Ezheg. Vseros. Kongressa po infekcionnym boleznyam s mezhdunarodnym uchastiem. Moskva. 2017; 155 [in Russian].
6. Ratnikova LI, Ship SA, Dubovikova TA, Barsukova DN. Rozha: osobennosti sovremennogo techeniya i novye vozmozhnosti patogeneticheskoy terapii. Yuzhno-uralskij medicinskij zhurnal. 2016; 2: 12–17 [in Russian].
7. Erovičenkova AA, Domonova EA, Potekaeva SA. Sovremennye molekulyarno-biologicheskie metody v izuchenii etiologii bulleznno-gemorragicheskoy formy rozhi nizhnih konechnostej. Infekc. bol. 2016; 14 (2): 6–12 [in Russian].
8. Krasagakis K, Valachis A, Maniatakis P, et al. Analysis of epidemiology, clinical features and management of erysipelas. Int J Dermatol. 2010; 49 (9): 1012–1017. doi: 10.1111/j.1365-4632.2010.04464.x.
9. Ramchandani M, Kong M, Tronstein E, et al. Herpes Simplex Virus Type 1 Shedding in Tears and Nasal and Oral Mucosa of Healthy Adults. Sexually Transmitted Diseases. 2016; 43 (12): 756–760. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000522.
10. Johnston C, Corey L. Current concepts for genital herpes simplex virus infection: diagnostics and pathogenesis of genital tract shedding. Clin Microbiol Rev. 2016; 29 (1): 149–161. doi: 10.1128/CMR.00043-15.
12. Massone C, Fink-Puches R, Cerroni L, Massone C. Atypical clinical presentation of primary and secondary cutaneous follicle center lymphoma (FCL) on the head characterized by macular lesions. J Am Acad Dermatol. 2016; 75 (5): 1000–1006. doi: 10.1016/j.jaad.2016.05.039.
13. Yang SS, Chandran NS, Huang JX. A fatal case of «bullous erysipelas-like» pseudomonas vasculitis. Indian Journal Dermatology. 2016; 61 (1): 120 p.: doi 10.4103/0019-5154.174095.

Стаття надійшла до редакції 01.02.2022