

Особливості клінічного перебігу і принципи диференціальної діагностики бешихи

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

Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України

Clinical features and principles of differential diagnosis of erysipelas

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

Zaporizhzhya Medical Academy of Postgraduation Education

Реферат

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

Матеріали і методи. Проаналізовано 114 історій хвороб пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні в Центрі гнійно-септичної хірургії Міської лікарні № 3 м. Запоріжжя у 2019 - 2020 рр. За цей період часу в центрі стаціонарне лікування було проведено 123 хворим з післяін'єкційними абсцесами м'яких тканин, 184 – з абсцесами м'яких тканин, 203 – з флегмонами різних локалізацій, 49 – з ускладненим панарицієм, із них 3 – з підшкірним. За 5 попередніх років проконсультовано 127 хворих в поліклініці і терапевтичних, інфекційних, неврологічних та інших відділеннях лікарень 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 діагностувати бешиху можливо без спеціального лабораторного обстеження на підставі огляду хворого, даних епідеміологічного анамнезу й анамнезу хвороби. Провокують розвиток бешихи такі фактори: порушення цілісності шкірних покривів (садна, подряпини, тріщини, натерті і забиті місця, травми); мікози; різка зміна температури тіла (переохолодження, перегрівання); емоційний стрес; підвищена інсоляція. Бешиха має характерну літньо-осінню сезонність. У людей, зайнятих фізичною працею, захворювання реєструється частіше, ніж у людей, які мають інший характер трудової діяльності. Спадкова схильність до захворювання відзначається у 10 - 15% пацієнтів. У зв'язку з цим у разі розвитку хвороби істотне значення має наявність таких факторів, як вроджена і придбана венозна недостатність, грибок-ва інфекція нижніх кінцівок, наявність післяопераційних і післятравматичних рубців, лімфостаз, цукровий діабет, серцево-судинні захворювання, а також захворювання, що супроводжуються розвитком набряків, потребують прийому кортико-костероїдів, цитостатиків.

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

Ключові слова: бешиха; диференціальна діагностика.

Abstract

Objective. The aim 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 City Hospital No 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 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.

Key words: erysipelas; differential diagnosis.

У сучасних умовах проблема бешихи залишається високоактуальною у системі охорони здоров'я. Протягом останніх років значно зросла частота інфекцій, обумовлених β -гемолітичним стрептококом групи А. За вибірк-вими даними середній рівень захворюваності бешихою в

країнах Європи становить 4,3 на 10 000 дорослого населення [1, 2]. Відзначається тенденція до збільшення кількості пацієнтів молодого і середнього віку. Бешиху виявляють більше ніж у 60% пацієнтів у віці 40 років і старше, хворіють переважно жінки [3, 4].

Останнім часом загострилися проблеми гнійної інтоксикації організму, інфекційно-алергічних проявів захворювання, а також збільшення кількості ускладнених форм бешихи та її рецидивів [5 – 7].

Почастішали зміна клінічної симптоматики та перебіг захворювання з розвитком тяжких ускладнень та сепсису. У структурі пацієнтів з гнійно-некротичними ускладненнями, які потребують виконання хірургічного втручання, пацієнти з ускладненими формами бешихи становлять 6,7 – 21%. Летальність при некротичній формі бешихи коливається від 5,8 до 81% [8, 9].

Актуальність ранньої діагностики бешихи визначається особливостями епідеміології та клінічного перебігу захворювання. Диференціювати бешиху слід від десятків захворювань, які за клінічними проявами відносяться до хірургічних, інфекційних, шкірних і внутрішніх. У першу чергу необхідно виключити хірургічну патологію. З огляду на загальні механізми патогенезу бешихи й основних патологічних змін м'яких тканин, що відносяться до компетенції хірургії, а саме основної реакції тканин на травму і / або розвиток інфекційного процесу (реакції запалення), симптоматика цих захворювань має багато спільного [10 – 13].

Мета дослідження: з'ясувати спільні і відмінні риси клінічного перебігу бешихи й інших захворювань, що можуть її імітувати.

Матеріали і методи дослідження

Проаналізовано 114 історій хвороб пацієнтів з бешихою, які перебували на стаціонарному лікуванні в Центрі гнійно-септичної хірургії Міської лікарні № 3 м. Запоріжжя у 2019 – 2020 рр.

У всіх хворих при госпіталізації була діагностована бешиха. За формами бешихи розподіл пацієнтів був таким: еритематозна – 24 (21,0%), бульозна – 28 (24,6%), флегмонозна – 48 (42,1%), некротична – 14 (12,3%). Рецидив захворювання відмічено у 21 пацієнта: при еритематозній формі – у 4 (16,7%), бульозній – у 5 (17,9%), флегмонозній – у 9 (18,7%), некротичній – у 3 (21,4%).

За вказаний період часу в центрі стаціонарне лікування проведено 123 хворим з післяін'єкційними абсцесами м'яких тканин, 184 – з абсцесами м'яких тканин, 203 – з флегмонами різної локалізації, 49 – з ускладненим панарицієм, із них 3 – з підшкірним. За 5 попередніх років проконсульговано 127 хворих у поліклініці та терапевтичних, інфекційних, неврологічних і інших відділеннях лікарень 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, а саме: дані епідеміологічного анамнезу; характеристика перебігу початку хвороби: гострий з високою лихоманкою, з явищами вираженої інтоксикації, без інтоксикації, млявий, затяжний; характеристика больового синдрому: біль у спокої, біль при рухах, розпираючий, пульсуючий, обмежений;

дані пальпації: виражена болючість, тільки в центрі інфільтрату, поза межами інфільтрату, наявність флюктуації; гіперемія: без чітких меж, значно поширена, у вигляді плям або смуг, з бульбашками або фліктенами, симетрична; колір еритеми: багряно-червоний, рожевий, яскраво-рожевий, з ліловим відтінком, синюшний, фіолетовий; явища лімфангіту; регіональна лімфаденопатія; «хрускіт» у тканинах.

Результати

Встановлено, що діагностувати бешиху можливо без спеціального лабораторного обстеження на підставі огляду хворого, даних епідеміологічного анамнезу й анамнезу хвороби.

Розвиток бешихи провокують такі фактори: порушення цілісності шкірних покривів (садна, подрапини, тріщини, натерті і забиті місця, травми); мікоз; різка зміна температури тіла (переохолодження, перегрівання); емоційний стрес; підвищена інсоляція.

Бешиха має характерну літньо-осінню сезонність. У людей, зайнятих фізичною працею, захворювання реєструється частіше, ніж у людей, які мають інший характер трудової діяльності. Спадкова схильність до захворювання відзначається у 10 – 15% пацієнтів.

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

У клінічній картині бешихи виділяють початок та розпал захворювання.

Початковий період хвороби характеризується швидким розвитком симптомів інтоксикації, які більше ніж у половини хворих (зазвичай при локалізації процесу на нижніх кінцівках) на термін від декількох годин до 1 – 2 діб випереджають виникнення місцевих проявів. При цьому відзначаються головний біль, лихоманка, загальна слабкість, м'язовий біль, зниження апетиту. У 25 – 30% хворих з'являються нудота і блювота. Уже в перші години хвороби температура тіла підвищується до 38 – 40 °С. На ділянках шкіри в області майбутніх локальних проявів ряд хворих скаржитися на відчуття парестезії, розпирання або печіння, неінтенсивний біль. Нерідко виникають також неприємні відчуття в області збільшених регіонарних лімфатичних вузлів.

Розпал захворювання настає в терміни від кількох годин до 1 – 2 діб після його перших проявів. 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.

Бешиху слід диференціювати від десятків захворювань, що відносяться до хірургічних, інфекційних, шкірних і внутрішніх. У першу чергу необхідно виключити хірургічну патологію. З огляду на загальні механізми патогенезу бешихи і основних патологічних змін м'яких тканин, що відносяться до компетенції хірургії, а саме основної 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 придатків при бешиці (табл. 1).

Абсцеси у стадії інфільтрації найбільш часто сприймаються як бешиха. В області формування абсцесу відзначаються щільна інфільтрація і набряк не тільки шкіри, а й м'яких тканин, ділянка гіперемії шкіри над інфільтратом без чітких меж і значного поширення. При пальпації визначається виражена хворобливість у центрі інфільтрату. Пізніше (при абсцедуванні) тут виникає флюктуація. Біль в осередку запалення має розпираючий, пульсуючий характер, спостерігається у спокої і особливо посилюється при рухах в ураженій кінцівці. Часто абсцеси розвиваються в місцях ін'єкцій.

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

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

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, лімфангітом і регіонарною лімфаденопатією. Рецидивуючий перебіг целюліту нерідко пов'язаний з порушеннями венозної і лімфатичної систем. Як правило, травматичні або хірургічні втручання в лімфатичну систему обумовлюють перші прояви целюліту. Виникненню целюліту нижніх кінцівок сприяють гіпостатичні процеси, а також мікоз стоп, оскільки порушується бар'єрна функція шкіри і через пошкоджену мікозом шкіру легше проникає піококова флора. Нерідко целюліт розвивається після венектомії великої підшкірної вени. Клінічна картина целюліту характеризується розливою еритемою, щіль-

ною, гарячою і болючою при пальпації, краї якої розмиті, а розміри можуть бути різними: малими (локалізованими) – целюліт пальця і великими, коли в процес захоплено все плече або вся сідниця – целюліт після ін'єкційний. Ділянки ураження збільшуються швидко в розмірах, стають бляшкоподібними, набряклими, супроводжуються 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 неуразеної навколишньої шкіри.

Бактеріальне ураження поверхневих і глибоких фасцій (сполучнотканинної оболонки м'язів, судин і внутрішніх органів) нижніх кінцівок, а також підшкірної клітковини може стати причиною *некротизуючого фасциїту*. Активність патогенних мікроорганізмів призводить до розвитку некрозу (гангрені). На початкових етапах єдиним симптомом некротизуючого фасциїту є біль у місці локалізації некротичного процесу, який посилюється при натисканні. Надалі з'являється набряк, який швидко збільшується в розмірах. Шкіра на його поверхні червоніє і стає гарячою на дотик. Поряд із цим на поверхні шкіри можуть утворюватися бульбашки із серозно-геморагічним вмістом. У міру розвитку захворювання шкіра стає синюшною, а іноді і фіолетовою. Крім того, з'являється дуже характерний «хрускіт» у 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 викликати сплутаність свідомості.

Панарицій підшкірний у разі млявого перебігу супроводжується гіперемією шкіри одного пальця, інтенсивним розпираючим і (або) пульсуючим болем у спокої. Однак біль значно посилюється, якщо натиснути на запалену фалангу, відзначається обмеження рухів у дистальному і проксимальному міжфалангових суглобах. Гіперемія шкіри не поширюється з пальця на кисть і передпліччя і має чітко обмежений характер із 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 встановлення діагнозу мають дані епідеміологічного анамнезу (мікротравми шкіри при обробці м'яса або риби, перебування у природних вогнищах еризипелоїду). Хвороба починається з появи еритеми на шкірі пальців і кистей рук (більш ніж у 90% хворих), тоді як при бешиці подібна локалізація процесу зустрічається казуїстично рідко. В області вхідних воріт розвиваються печіння, що зудить, слабо болюча еритема від рожевого до багряно-червоного кольору з більш блідим центром, що охоплює пальці й іноді переходить на кисті. Краї еритеми яскравіші у порівнянні з центром, набряк більш виражений по периферії. Осередок на до-

Таблиця 1. Симптоматика основних хірургічних нозологічних одиниць, з якими слід диференціювати бешиху

Ознаки	Основні хірургічні нозологічні одиниці																	
	абсцес (n=208)		флегмона (n=203)		гематома після травми (n=44)		целюліт (n=51)		некротизуючий фасцит (n=17)		панарицій підшкірний (n=12)		еризипелюїд (n=14)		Тромбофлебіт (n=23)		Тромбоз глибоких вен (n=19)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Характеристика перебігу 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	9	4,3	-	-	14	31,8	-	-	-	-	12	100,0	10	71,5	21	91,3	2	10,5
затяжний	-	-	-	-	3	6,8	4	7,8	-	-	-	-	3	21,4	2	8,7	-	-
Характеристика більового синдрому																		
біль у спокій	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
розпираючий	196	94,2	199	98,0	4	9,1	-	-	-	-	9	75,0	-	-	-	-	18	94,7
пульсуючий	189	90,9	188	92,6	-	-	-	-	-	-	8	66,7	-	-	-	-	-	-
обмежений	-	-	-	-	19	13,2	-	-	-	-	-	-	14	100,0	-	-	-	-
Дані паліації																		
виражена болочність	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 інфільтрату	-	-	4	1,9	-	-	-	-	2	11,8	-	-	-	-	-	-	-	-
наявність флюктуації	184	88,5	177	87,2	15	34,1	-	-	-	-	6	50,0	-	-	-	-	-	-
Гіперемія																		
без 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	-	-	-	-
Кодір 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	-	-	-	-	-	-	-	-	7	41,2	-	-	-	-	-	-	13	68,4
синюшний	-	-	-	-	-	-	-	-	8	47,1	-	-	-	-	-	-	-	-
фіолетовий	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Явища лімфангіту	-	-	43	21,2	-	-	21	41,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Регіональна лімфаденопатія	-	-	-	-	-	-	27	52,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
«Хрускіт» у тканинах	-	-	-	-	-	-	-	-	6	35,3	-	-	-	-	-	-	-	-

тик 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 болем 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 болючі. Немає регіонарного лімфаденіту. Таким чином, основною відмінністю флебіту від бешихи є локальні ознаки реакції запалення по ходу основних стовбурів поверхневих вен або їх приток.

Тромбоз глибоких вен виникає гостро і проявляється болем, набряком, ціанозом кінцівки. Температура тіла частіше субфебрильна, і, на відміну від бешихи, гіперемія буває рідко. Однак місцеві зміни при тромбозі глибоких вен, а саме гіперемія і набряк, не супроводжуються чіткими межами і відрізняються більшою щільністю. Гіперемія має менш яскравий характер з багряним або ліловим відтінком. Біль тупий, розпираючий, локалізується у м'язах, визначаються характерні симптоми (Хоманса і Мозеса). Основним диференціально-діагностичним методом є ультразвукове ангіосканування глибоких вен.

Не менш важливою є диференціальна діагностика бешихи і багатьох не хірургічних захворювань (табл. 2).

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 запеклою невралгією.

Вузлувата еритема є глибоким алергічним васкулітом. Поліетіологічне захворювання, у виникненні якого велике значення має в тому числі стрептококова інфекція. Як і при бешисі, вузлуватій еритемі нерідко передує ангіна 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 можливий біль у кінцівках, колінних і гомілковостопних суглобах. Незважаючи на подібний з бешихою початковий період захворювання, формування декількох обмежених вузлів з локальним почервоонінням шкіри над ними не вкладається в картину міс-

цевого процесу при бешисі, що дає підставу для виключення цього діагнозу.

Флеботодермія виникає після укусів комах (ос, шершнів, бджіл) у осіб з підвищеною чутливістю. На початок захворювання вказують ознаки інтоксикації (лихоманка, блювота). У місці укусу відзначаються значний набряк, помірна гіперемія шкіри без чіткої межі. Установлення діагнозу полегшують зв'язок стану з укусом комах, наявність у центрі сліду від укусу у вигляді точки, іноді жала комах, помірна болючість і свербіння.

Іксодовий кліщовий бореліоз (хвороба Лайма) у 80% хворих маніфестує мігруючою еритемою від 1 до 70 см в діаметрі, з піднесеним контуром за типом 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 присмокування кліщів, розвиток захворювання з ознаками інфекційного процесу після присмокування кліща, такі клінічні ознаки, як мігруюча еритема, хронічний атрофічний акродерматит, синдром Баннварта (радикулоневрит).

Геморагічний васкуліт (шкірний тип) становить 70% всіх типів. З невідомих причин на внутрішній поверхні стінок кровоносних судин відбувається відкладення імунних комплексів, які сприяють виникненню запалення мікросудин шкірних покривів і внутрішніх органів. Крововиливи підносяться над шкірою, 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 зникають, 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 біль у суглобах і животі, порушуються функції нирок і кишечника, можливе виникнення кровотечі і ниркової недостатності.

Обговорення

Бешиха й абсцес у своєму перебігу мають багато спільного, проте є деякі ознаки, за якими можна відрізнити ці захворювання. У 4,3% хворих з абсцесами спостерігався млявий початок захворювання, чого не було при бешиховому запаленні. Біль у спокої на 5,8% частіше виявлявся у пацієнтів з бешихою, що було статистично значущо ($F = 0,0234$; $p < 0,05$). На пульсуючий біль скаржились 90,9% хворих з абсцесами. При бешиховому запаленні цієї ознаки не спостерігалось.

Виражена болючість ділянки ураження при пальпації статистично значущо частіше (на 32,3%) характеризувала бешихове запалення ($F < 0,0001$; $p < 0,0001$). Симптом флюктуації, навпаки, на 41,1% частіше спостерігався при абсцесах ($\chi^2 = 64,49$; $p < 0,0001$). Також при абсцесах відзначалась болючість тільки в центрі інфільтрату (96,6%), що не характерно для бешихи.

Таблиця 2. Симптоматика деяких не хірургічних нозологічних одиниць, з якими слід диференціювати бешиху

Ознаки	Не хірургічні нозологічні одиниці									
	оперізуючий лишай (n=12)		вузлувата еритема (n=14)		флеботодермія (n=11)		хвороба Лайма (n=9)		шкірний тип геморагічного васкуліту (n=13)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Характеристика перебігу початку хвороби										
гострий	4	33,3	14	100,0	11	100,0	9	100,0	11	84,6
млявий	9	75,0	-	-	-	-	-	-	2	15,4
затяжний	2	16,7	-	-	-	-	-	-	-	-
Характеристика больового 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	-	-	-	-	-	-
розпираючий	4	33,3	-	-	-	-	-	-	-	-
пульсуючий	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
обмежений	1	8,3	-	-	9	81,8	-	-	-	-
Дані пальпації										
виражена болючість	12	100,0	-	-	-	-	-	-	13	100,0
тільки в центрі інфільтрату	-	-	14	100,0	9	81,8	9	100,0	-	-
поза межами інфільтрату	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
наявність флюктуації	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Гіперемія										
без 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	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
синюшний	-	-	3	21,4	-	-	-	-	7	63,6
фіолетовий	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Явища лімфангіїту	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Регіональна лімфаденопатія	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
«Хрускіт» у тканинах	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

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

Бешиха і флегмона багато в чому схожі між собою, але є чіткі відмінності, які дають змогу диференціювати обидві хвороби. Майже всі пацієнти з флегмоною (92,6%) скаржаться на пульсуючий біль, який не характерний для бешихи. У 1,9% хворих з флегмоною спостерігався біль поза зоною ураження, чого не було у хворих з бешихою. Симптом флюктуації статистично значущо у 2 рази частіше спостерігався при флегмоні, ніж при бешихі ($\chi^2 = 58,56$; $p < 0,0001$).

Гіперемія при флегмоні не мала чітких меж. При бешиховому запаленні гіперемія мала чіткі межі, була значно поширена, а у 32,5% хворих спостерігались бульбашки або

фліктени. У всіх хворих з флегмоною колір еритеми був багряно-червоний, а при бешиховому запаленні у 1,7% хворих – яскраво-червоний, у 4,4% хворих – синюшний.

Бешиха і гематома після травми мають деякі спільні ознаки і багато відмінностей. При гематомі гострий початок хвороби спостерігався лише у 61,4% пацієнтів. Млявий (31,8%) або затяжний (6,8%) перебіг відрізняв гематому від бешихи. Для гематомі не характерний біль у спокої, який виявлявся у 99,1% хворих з бешихою. Біль при рухах статистично значущо частіше спостерігався при бешиховому запаленні ($F < 0,0001$; $p < 0,0001$). На розпираючий біль скаржились 9,1% хворих з гематомою і 98,2% хворих з бешихою, різниця статистично значуща ($F < 0,0001$; $p < 0,0001$). У 13,2% пацієнтів з гематомою біль був обмежений, що не характерно для бешихи.

У 98,2% хворих з бешихою спостерігалась виражена 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 і значним поширенням, а у 32,5% пацієнтів з бульбашками або фліктенами. У всіх хворих з гематомою геперемія не мала чітких меж.

При бешиховому запаленні переважав багряно-червоний колір еритеми ($\chi^2 = 76,02$; $p < 0,0001$). У хворих з гематомою статистично значущо частіше спостерігали еритему яскраво-червоного кольору ($F < 0,0001$; $p < 0,0001$).

Спільними ознаками для бешихи і целюліту були: гострий початок хвороби, біль у спокої та при рухах, виражена болочість при пальпації, значно поширена гіперемія, іноді з бульбашками та фліктенами, яскраво-червоний колір еритеми. Для диференціальної діагностики цих захворювань важливо те, що при целюліті 7,8% пацієнтів мали затяжний перебіг початку хвороби, чого ніколи не спостерігалось при бешиховому запаленні.

При целюліті, на відміну від бешихового запалення, було у 2 рази менше хворих із скаргами на біль у спокої ($F < 0,0001$; $p < 0,0001$) та при рухах ($F < 0,0001$; $p < 0,0001$). Розпираючого болю при целюліті не спостерігалось, що теж відрізняло це захворювання від бешихи.

Виражена болочість ділянки ураження при пальпації статистично значущо частіше виявлялась при бешиховому запаленні ($F < 0,0001$; $p < 0,0001$). Крім того, у половини хворих з бешихою спостерігались ознаки флюктуації, що було не характерно для целюліту.

У третини хворих з целюлітом гіперемія не мала чітких меж, тоді як у всіх пацієнтів з бешихою, навпаки, гіперемія була чітко обмеженою. Поширена гіперемія спостерігалась лише у половини пацієнтів з целюлітом, що статистично значущо менше, ніж при бешиховому запаленні ($F < 0,0001$; $p < 0,0001$).

Лише у 1,7% хворих з бешихою спостерігався яскраво-червоний колір еритеми, при целюліті більше ніж у половини пацієнтів (62,7%) виявлена ця ознака, різниця статистично значуща ($\chi^2 = 108,31$; $p < 0,0001$). Еритем багряно-червоного та синюшного кольору, характерного для бешихи, при целюліті не спостерігалось взагалі. Целюліт супроводжувався явищами лімфангіту (41,2% хворих) та регіонарного лімфаденіту (52,9%), чого не виявлено при бешиховому запаленні.

Некротизуючий фасціт і бешиха відрізняються тим, що біль у спокої статистично значущо частіше (у 2 рази) виникав при бешиховому запаленні ($F < 0,0001$; $p < 0,0001$). Майже всі хворі з бешихою (98,2%) скаржилися на розпираючий біль, при некротизуючому фасціті таких скарг не було взагалі.

При пальпації у 11,8% пацієнтів з некротизуючим фасцітом виявлено біль поза межами інфільтрату, що не характерно для бешихи. У статистично значущо більшої кількості хворих з некротизуючим фасцітом еритема мала яскраво-червоний ($F = 0,0156$; $p < 0,05$) та синюшний ($\chi^2 = 14,58$; $p = 0,0001$) колір. У більшості хворих з бешихою спостерігалась багряно-червона еритема (93,9%), що не характерно для фасціту. У 47,1% хворих з некротизую-

чим фасцітом відзначена фіолетова еритема, якої не виявлено при бешиховому запаленні. При обох захворюваннях спостерігався «хрускіт» у тканинах, але більш характерним він був для некротизуючого фасціту – у 35,3% пацієнтів ($\chi^2 = 6,49$; $p = 0,0108$).

Захворювання на підшкірний панарицій, на відміну від захворювання на бешиху, починалось мляво. Біль у спокої із статистично значущою більшою частотою характеризував бешихове запалення ($F = 0,0238$; $p < 0,05$), як і розпираючий біль ($F = 0,0060$; $p < 0,05$). Відрізнялась бешиха від підшкірного панарицію наявністю у 98,2% пацієнтів болю при рухах та відсутністю пульсуючого болю.

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

Для бешихи був більш характерний багряно-червоний колір еритеми, для панарицію – яскраво-червоний, різниця статистично значуща ($F < 0,0001$; $p < 0,0001$). Крім того, при бешиховому запаленні у 4,4% пацієнтів еритема взагалі мала синюшний колір.

Між бешихою і еризипелоїдом спостерігались деякі спільні ознаки. Проте між цими захворюваннями є багато відмінностей, за якими можна провести диференціальну діагностику. Якщо бешихове запалення починалося гостро у всіх пацієнтів, то еризипелоїд – лише у 7,1%, а у решти пацієнтів хвороба мала млявий (91,3%) або затяжний початок.

Біль у спокої та біль при рухах були притаманні обом хворобам, але статистично значущо частіше спостерігались при бешиховому запаленні ($F < 0,0001$; $p < 0,0001$). У всіх пацієнтів з еризипелоїдом біль мав обмежений характер та не характеризувався як розпираючий, що відрізняло їх від пацієнтів з бешихою.

При еризипелоїді гіперемія не була поширеною та не мала чітких меж. Бешиха відрізнялась значно поширеною гіперемією з чіткими межами. Бульбашки та фліктени частіше спостерігались у хворих з бешихою – 32,5%, ніж у хворих з еризипелоїдом – 7,1%, але статистично значущої різниці за цією ознакою між хворими не було ($F = 0,0635$; $p > 0,05$).

Багряно-червоний колір еритеми статистично значущо частіше спостерігався при бешиховому запаленні ($F < 0,0001$; $p < 0,0001$). Яскраво-червоний, навпаки, статистично значущо частіше вказував на наявність еризипелоїду ($F = 0,0012$; $p < 0,05$). У 21,4% пацієнтів з еризипелоїдом виявлена рожева еритема, що було нехарактерно для бешихи.

Бешиха і тромбофлебіт мали не так багато спільних симптомів, але у деяких пацієнтів також виникала потреба у проведенні диференціальної діагностики.

Бешиха відрізнялась завжди гострим початком, а при тромбофлебіті у більшості хворих (91,3%) спостерігали

млявий перебіг початку хвороби, іноді взагалі затяжний (8,7%). Біль у спокої статистично значущо частіше був характерним для бешихи ($F < 0,0001$; $p < 0,0001$). Майже всі хворі з бешихою (98,2%) скаржилися на розпираючий біль, чого не виявлено при тромбофлебіті.

При пальпації у 47,4% пацієнтів з бешихою виявляли позитивний симптом флюктуації, не характерний для тромбофлебіту. У пацієнтів з тромбофлебітом спостерігали гіперемію у вигляді плям або смуг, що відрізняло їх від пацієнтів з бешихою. При тромбофлебіті у всіх пацієнтів була яскраво-червона еритема. При бешиховому запаленні така еритема спостерігалась лише у 1,7% хворих.

Диференціальна діагностика бешихи і тромбозу глибоких вен базувалась на таких ознаках. У більшості пацієнтів з тромбозом (89,5%), як і у пацієнтів з бешихою, хвороба починалась гостро, але у 10,5% пацієнтів з тромбозом захворювання починалось мляво, що не було характерно для бешихи. Біль при рухах статистично значущо частіше (у 6 разів) спостерігали саме у хворих з бешихою ($F < 0,0001$; $p < 0,0001$). На біль у спокої, який не характерний для тромбозу, скаржились 99,1% пацієнтів з бешихою. Позитивний симптом флюктуації виявлено у 47,4% хворих з бешихою.

Гіперемія при тромбозі не мала чітких меж, еритема була рожева (10,5%) або з ліловим відтінком (68,4%), що одразу давало підставу 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. Критерії для встановлення діагнозу бешихи: гострий початок хвороби з лихоманкою, швидким підвищенням температури тіла, розвитком інтоксикаційного синдрому; рання поява суб'єктивних локальних відчуттів (біль, свербіж, печіння) з подальшим розвитком у цьому місці запальних змін; типова характеристика бешихової еритеми (яскрава, з чіткими нерівними межами, крайовим валиком); наявність регіонарного лімфаденіту; вибіркова локалізація процесу (гомилки, обличчя); рецидивуючої бешихи: наявність наслідків перенесеної бешихи (лімфостаз), невиражений 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 у своїй клінічній картині подібні синдроми, може бути корисним при проведенні диференціальної діагностики між ними.

Фінансування. Це дослідження є фрагментом науково-дослідної роботи Інституту сепсису ЗМАПО «Сепсис у хворих із хірургічними формами бешихи».

Внесок авторів. Внесок усіх авторів у цю роботу однаковий.

Конфлікт інтересів. Автори, які взяли участь у цьому дослідженні, заявили, що вони не мають конфлікту інтересів щодо цього рукопису.

Згода на публікацію. Всі автори дали згоду на публікацію цього рукопису. Усі автори прочитали і схвалили остаточний варіант рукопису.

References

1. Lisko OB, Satarova SA, Perminova TA, GavriloVA IB. Erysipelas a social-medical problem at the present stage. In: IX Annual Russian Congress on infectious diseases with international participation. Moscow. 2017; 155. Russian.
2. Massone C, Fink-Puches R, Cerroni L. Atypical clinical presentation of primary and secondary cutaneous follicle center lymphoma (FCL) on the head characterized by macular lesions. *J Am Acad Dermatol.* 2016 Nov;75(5):1000-1006. doi: 10.1016/j.jaad.2016.05.039. Epub 2016 Jul 2. PMID: 27380773.
3. Blagney LP, Avdeeva MG, Kovalevskaya OI, Kozyrev EV. Peculiarities of erysipelas in different age groups. In: IX Annual Russian Congress on infectious diseases with international participation. Moscow. 2017; 43. Russian.
4. Moskovaya T, Pshenichnaya N, Kucherenko I. Pathogenetic significance of macrophage inflammatory protein-1A in patients with erysipelas of the lower extremities. *International Journal of Infectious Diseases.* 2016;45(Suppl. 1):146. doi: 10.1016/j.ijid.2016.02.355.
5. Ratnikova LI, Ship SA, Dubovikova TA, Barsukova DN. Erysipelas: modern features and new possibilities of pathogenetic therapy. *Yuzhno-uralskiy medicinskiy zhurnal.* 2016;(2):12-7. Russian.
6. Erovichenkov AA, Domonova EA, Potekaeva SA, Svistunova TS, Matosova SV, Shipulina OYu, et al. Modern molecular methods in the study of etiology of bullous hemorrhagic form of erysipelas of lower extremities. *Infectious Diseases.* 2016;(2):6-12. doi: 10.20953/1729-9225-2016-2-6-12. Russian.
7. Yang SS, Chandran NS, Huang JX, Tan KB, Aw DC. A Fatal Case of "Bullous Erysipelas-like" Pseudomonas Vasculitis. *Indian J Dermatol.* 2016 Jan-Feb;61(1):120. doi: 10.4103/0019-5154.174095. PMID: 26955132; PMCID: PMC4763643.
8. Brazhnik EA, Ostroushko AP. Erysipelas in a surgical practice. *Scientific review. Medical sciences.* 2016;(4):14-7. Russian.
9. Krasagakis K, Valachis A, Maniatakis P, Krüger-Krasagakis S, Samonis G, Tosca AD. Analysis of epidemiology, clinical features and management of erysipelas. *Int J Dermatol.* 2010 Sep;49(9):1012-7. doi: 10.1111/j.1365-4632.2010.04464.x. PMID: 20931671.
10. Plavunov NF, Kadyshchev VA, Chernobrovkina TY, Proskurina LN, Kardonova EV. Diagnostic signification of exanthema in the prehospital care in infectious diseases. *Russian Archives of Internal Medicine.* 2016;6(3):36-41. Russian. doi: 10.20514/2226-6704-2016-6-3-36-41.
11. Ratnikova LI, Ship SA, Ivankova GI, Mikheeva TV, Misyukevich ND. Differential diagnostic diagnostics with diseases of surgical profile. *Journal Infectology.* 2016;8(2S):80-1. Russian.
12. Ramchandani M, Kong M, Tronstein E, Selke S, Mikhaylova A, Magaret A, et al. Herpes Simplex Virus Type 1 Shedding in Tears and Nasal and Oral Mucosa of Healthy Adults. *Sex Transm Dis.* 2016 Dec;43(12):756-60. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000522. PMID: 27835628; PMCID: PMC5117635.
13. Johnston C, Corey L. Current Concepts for Genital Herpes Simplex Virus Infection: Diagnostics and Pathogenesis of Genital Tract Shedding. *Clin Microbiol Rev.* 2016 Jan;29(1):149-61. doi: 10.1128/CMR.00043-15. PMID: 26561565; PMCID: PMC4771215.

Надійшла 04.01.2021