«ЭРИЗИПЕЛОИД: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ»

"ERISPELOID: CLINICAL OBSERVATION"

ЕФАНОВА Е.Н.¹
 ПАВЛОВА Е.В.²
 ВАСИЛЬЕВА Е.А.¹
 КАЛИНИН М.А.¹
 КОБЫЛЯНСКАЯ Н.В.¹

EFANOVA E.N.¹
 PAVLOVA E.V.²
 VASILYEVA E.A.¹
 KALININ M.A.¹
 KOBLYANSKAYA N.V.¹

¹Бюджетное учреждение высшего
 образования Ханты-Мансийского
 автономного округа - Югры
 «Сургутский государственный
 университет»

¹Federal State-Funded Educational
 Institution of Higher Education "Prof. V.F.
 Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical
 University"

²Бюджетное учреждение Ханты-
 Мансийского автономного округа -
 Югры «Сургутский клинический кожно-
 венерологический диспансер»

²Federal State-Funded Educational
 Institution of Higher Education "Irkutsk State
 Medical University"

el.efanova2011@yandex.ru

el.efanova2011@yandex.ru

doi: 10.18411/pivsn-13

idsp: pivsn-13

АННОТАЦИЯ

В статье приводится описание случая эризипелоида на приеме врача дерматовенеролога. Приводятся краткие литературные сведения о представляемой патологии.

Ключевые слова: эризипеллоид, поражение кожи, возбудитель, антибактериальные препараты, *Erysipelothrix rhusiopathiae*.

ANNOTATION

The article describes the case of erisipeloid at the reception of a dermatovenerologist. Summarizes literature data about this pathology.

Key words: erysipeloid, skin lesion, pathogen, antibacterial drugs, *Erysipelothrix rhusiopathiae*.

ВВЕДЕНИЕ

Эризипеллоид (син.: эризипеллоид Розенбаха, рожа свиней, мышьяная септицемия, краснуха натуралистов, эритема Брейкера) - инфекционная болезнь, вызываемая бактерией *Erysipelothrix rhusiopathiae*, проявляющаяся преимущественным поражением кожи и суставов [1, 2].

Впервые болезнь у человека была описана в 1873 году У. Бейкером. Из организма больного человека возбудитель был выявлен несколько позже, в 1884 году А. Розенбахом. Им же установлена нозологическая самостоятельность и описана клиническая картина заболевания [1, 2, 3].

Возбудитель отличается устойчивостью во внешней среде. Сохраняет жизнеспособность длительное время в жидких средах, речной воде, фекалиях, трупном

материале, почве, а так же в соленых и копченых мясных продуктах. Микроорганизмы погибают при воздействии хлорсодержащих и фенолсодержащих дезинфектантов.

Источник и резервуар инфекции – сельскохозяйственные, домашние животные и некоторые морские и речные обитатели (свиньи, овцы, крупный и мелкий рогатый скот, собаки, куры и утки, грызуны, рыбы и раки). Заболевание чаще встречается у мясников, поваров, животноводов, рыбаков, охотников, а также у домашних хозяек и носят обычно спорадический характер, хотя иногда наблюдаются и эпидемические вспышки. Механизм передачи инфекции – контактный, возможно и контактно-бытовой. Заражение обычно происходит через поврежденную кожу рук при работе с инфицированным мясом, и при контакте с больными животными. Отмечается летне-осенняя сезонность [1, 2, 4].

Инкубационный период колеблется от 1 до 7 дней (чаще 2–3 дня). В зависимости от преобладания клинической картины, выделяют клинические формы: кожную, кожно-суставную, генерализованную (септическую). Чаще встречается кожная форма. Клинически проявляется быстро растущими бляшками, с четкими границами, застойного красно-фиолетового цвета, в месте входных ворот (обычно на коже пальцев и кистей рук), сопровождающиеся зудом, жжением и отеком кожи. По периферии бляшки более отечны, центр может быть несколько бледнее по окраске. На поверхности бляшек могут появляться единичные везикулы, с прозрачным или геморрагическим содержимым. Могут развиваться лимфангит и лимфаденит. Длительность заболевания в среднем от 10 до 12 дней [3, 4, 5].

Кожно-суставная форма характеризуется развитием артритов межфаланговых суставов. При этом наблюдаются припухлость суставов и болезненность при движении. Такая форма заболевания может протекать 14 дней и более. Нередко, развивается хронический рецидивирующий артрит, приводящий к деформации суставов. При кожной и кожно-суставной формах заболевания симптомы интоксикации выражены незначительно. Температура тела субфебрильная или нормальная. При пероральном введении возбудителя возможно развитие ангинозной формы, сопровождающейся повышением температуры тела, ознобом, болями в горле, яркой гиперемией слизистой оболочки глотки.

Генерализованная форма встречается редко. Она характеризуется резко выраженной интоксикацией, повышением температуры до 39–40 °С, эритематозной (или крупно-пятнистой) сыпью на различных участках туловища и конечностей, гепатоспленомегалией. На этом фоне появляются вторичные очаги инфекции (артриты, пневмония, эндокардит и др.) [2, 4, 6].

Диагностика основана на эпидемиологических и клинических данных, возможно использование бактериологического метода – путём выделения возбудителя из отёчной жидкости или кусочка биопсированной кожи.

Эризипеллоид необходимо дифференцировать от рожи, сибирской язвы, контактного дерматита, узловатой эритемы, клещевого боррелиоза. При поражении ногтевых фаланг необходим дифференциальный диагноз с панарицием.

Лечение этиотропное, назначение антибактериальных препаратов, пенициллина или эритромицина в возрастных дозировках. Возможно применение и других групп антибактериальных препаратов (цефалоспорины, макролиды). Курс антибактериальной терапии составляет 7-10 дней. При средней тяжести по показаниям назначают дезинтоксикационные, антигистаминные, противовоспалительные средства и физиотерапевтические процедуры. В нетяжелых случаях лечение проводят амбулаторно, при генерализованных формах показана госпитализация больных [4, 5, 6].

Ветеринарно-специфическая профилактика заключается в вакцинации животных, а так же выявлении и лечении больных животных, контроль на мясокомбинатах. Медико-санитарная профилактика заключается в соблюдении

санитарно-гигиенических правил при работе с мясными и рыбными продуктами, предупреждение повреждений кожных покровов, обработка порезов антисептиками. Специфической профилактики не существует [6, 7].

ЦЕЛЬ

Напомнить врачам различных специальностей о заболевании эризипелоид.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Приводим клиническое наблюдение пациента с эризипелоидом. Пациент, 1987 года рождения, обратился к дерматовенерологу по направлению хирурга поликлиники по месту жительства, с жалобами на высыпания на коже кисти, сопровождающиеся умеренной болезненностью. Считает себя больным в течение 1 месяца. Начало заболевания связывает с порезами ножом при разделке мяса. Получал лечение у хирурга амбулаторно по месту жительства с незначительным положительным эффектом (название препаратов не помнит).

Анамнез жизни: Наследственность дерматологически не отягощена. Хронические заболевания в настоящий момент отрицает. Наличие туберкулеза, описторхоза, вирусного гепатита, венерических заболеваний в анамнезе отрицает. Травмы, операции отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, положение активное. Температура тела $36,7^{\circ}\text{C}$. При осмотре патологии со стороны внутренних органов и систем не обнаружено.

Локальный статус: Патологический кожный процесс носит ограниченный характер, локализуется на коже левой кисти в области внутренней поверхности проксимальных и дистальных фаланг I, II, III, IV, V пальцев с переходом на кожу ладонной поверхности кисти. Представлен узелками от 0,8 до 1,0 см. в диаметре, насыщенного розово-красного цвета с эрозированными поверхностями без отделяемого (рис. 1, 2). При пальпации элементы сыпи плотные, чувствительные. Локальная гипертермия не определяется. Температурная, тактильная чувствительность в очагах не нарушена. Ногтевые пластины кистей не изменены. Дермографизм смешанный. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Других патологических высыпаний на коже и видимых слизистых не выявлено.

При обследовании: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови – без патологии. Микрореакция преципитации на сифилис отрицательная. При микроскопии чешуек кожи на патогенные грибы дерматомицетов не обнаружено.

На основании данных анамнеза, клинических проявлений, выставлен предварительный диагноз: Кожный эризипелоид (A26.0).

Пациент направлен к инфекционисту для дальнейшего лечения.

Рис. 1 Поражение кожи кисти у больного эризипелоидом

Рис. 2 Поражение кожи кисти у больного эризипелоидом

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эризипелоид представляет собой междисциплинарную проблему. Пациенты могут обращаться к врачам разных специальностей: дерматовенерологам, хирургам, инфекционистам. Несмотря на то, заболевание не представляет сложностей в лечении, оно зачастую не распознается при первичном обращении пациента. Данное клиническое наблюдение имеет цель напомнить специалистам о таком заболевании, как эризипелоид.

1. Инфекционные болезни. Атлас - руководство / Учайкин В.Ф., Харламова Ф.С., Шамшева О.В., Полеско И.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010.
2. Инфекционные болезни. Учебник для студентов медицинских вузов / Е. П. Шувалова [и др.]. - 7-е изд., перераб. и доп. - Санкт-Петербург : СпецЛит, 2015. - 726, [1] с., [8] л. цв. ил.; 24 см.; стр.60-63.
3. Бактериальные болезни. Учебное пособие/ под ред. Н. Д. Ющука - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – раздел 31.
4. Профессиональные болезни. Учебник / Н.А. Мухин, В.В. Косарев, С.А. Бабанов, В.В. Фомин- 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. –раздел 8, глава 6.
5. Профессиональные болезни. Руководство для врачей : учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей / В. В. Косарев, С. А. Бабанов. - 2-е изд., (эл.). - Москва : Бином. Лаб. знаний, 2013. - 422 с. : ил., портр., табл.; 22 см. стр. 306-309.
6. Гнойно-воспалительные заболевания верхней конечности. Учебник / Коньчев А. В. – Невский Диалект, 2002. стр. 249-254.
7. Некоторые особенности эпидемиологии и течения эризипелоида в сельском районе северо-запада России. Научная статья / Петрушин А.Л., Российский журнал кожных и венерических болезней, изд. “Медицина”, 2009 стр. 18-20.