



Ж.В. Корольова

Національна медична академія післядипломної освіти  
імені П.Л. Шупика, Київ

## Диференційна діагностика неуточненої інфекції підшкірної клітковини (бактеріальний целюліт), інфекційної екземи та бешихи

### Ключові слова

Неуточнена інфекція підшкірної клітковини, бактеріальний целюліт, інфекційна екзема, бешиха, диференційна діагностика.

Неуточнена інфекція підшкірної клітковини (НІПК), або бактеріальний целюліт, — це поширене інфекційне запалення шкіри та підшкірної клітковини. Бактеріальний целюліт — гостре дифузне запалення м'яких тканин, яке характеризується гіперемією та набряком без нагноєння і некрозу. Найчастіше уражується шкіра та підшкірна клітковина, також у патологічний процес можуть бути залучені глибші структури [2]. Бешиха є характерною формою поверхневого целюліту шкіри з ураженням лімфатичної тканини [1]. Н.С. Neil та співавтори зазначають, що *Streptococcal cellulitis*, або бешиха (*erysipelas*) гомілок, є інфекційно-запальним процесом глибоких шарів шкіри, що має всі ознаки запалення [9]. Tomas P. Nabif та співавтори називають целюліт інфекційним захворюванням дерми та підшкірної клітковини, яке характеризується підвищенням температури тіла, еритемою, набряком та болем [11].

Патологічний процес при целюліті найчастіше локалізується на нижніх кінцівках. Для целюліту характерні великі бляшки округлої конфігурації, нечітко обмежені. Їхня поверхня гаряча на дотик, зовні нагадує шкурку помаранча. Іноді на цьому тлі виникають везикули та пухирі, розкриття яких призводить до утворення ерозій. Погіршення загального стану (озноб, лихоманка, тахікардія, головний біль, гіпотензія) іноді супроводжують шкірні вияви або передують появі їх. Однак більшість пацієнтів взагалі не мають

скарг. У крові хворих можуть бути лейкоцитоз зі зсувом уліво, прискорена ШОЕ. Діагноз базується на клінічній картині захворювання [2, 7]. Н.С. Потекаєв в описі локального статусу пацієнтів з бактеріальним целюлітом вказав, що шкіра у вогнищі гіперемована, гаряча на дотик, з набряком, напружена, інфільтрована. Бешиха є характерною формою поверхневого целюліту шкіри з вираженим ураженням лімфатичної тканини та має болюче вогнище яскраво-червоного кольору, щільний набряк, «шкурку помаранча» з прогресуючою припіднятою межею, яка чітко відрізняється від нормальної шкіри довкола [1, 8, 10]. Місцеві клінічні ознаки без лихоманки та запалення характерні для рецидивуючих форм. Інфекційна (мікробна) екзема має чіткі обриси: периферійне рогове відшаровування; в центрі — лущення або ексудат, який зсихається у кірки; біля головного вогнища — піогенні відсіви. Ураження шкіри частіше з одного боку або розвивається біля рани, після опіку, виразки, в разі розширення вен нижніх кінцівок, тривалої нелікованої епідермофітії [3].

Показано, що головними виявами бактеріального целюліту є гостре виникнення нечітко окреслених еритематозних яскраво-червоного кольору вогнищ неправильних обрисів зі щільним набряком, інфільтрацією шкіри, болючих у центральній частині під час пальпації [6]. Бактеріальний целюліт частіше буває у дорослих та осіб літнього віку. Бешиха являє собою запальну

форму целюліту, яка відрізняється від інших вираженим залученням у процес лімфатичної тканини (червоні тяжі лімфангіту). Якщо бактеріальний целюліт характеризується еритемою, набряком, болем, то при бешиховому запаленні демаркація червоної зони ураження від неураженої шкіри чіткіша, ніж при класичному целюліті. Колір вогнища ураження стає темним та дуже еритематозним, на його поверхні або по периферії можуть бути везикули [11]. Таким чином, можна зробити висновок, що в багатьох авторів, які описували клінічну картину при бактеріальному целюліті, немає чіткої клінічної картини цього дерматозу і чітких диференційно-діагностичних критеріїв для встановлення неуточненої інфекції підшкірної клітковини, бешихи та інфекційної екземи, а також інших лабораторних критеріїв. За даними літератури, тільки В.П. Федотов, А.Д. Дюдюн та В.І. Степаненко (2008) розрізняють клінічні форми бактеріального целюліту за характером ексудату: серозну, гнійну, гнійно-геморагічну, гнилісну. Хоча жоден із вказаних вище авторів не описував при бактеріальному целюліті ексудату.

### Матеріали та методи

Під спостереженням перебували 120 хворих (усі жінки) з неуточненою інфекцією підшкірної клітковини (бактеріальний целюліт), інфекційною (мікробною) екземою та бешихою. З НІПК було 28 пацієнтів, з інфекційною екземою — 81, з бешихою — 11. Вік хворих — від 24 до 84 років.

### Результати та обговорення

Проаналізовано клінічну картину хворих з неуточненою інфекцією підшкірної клітковини (бактеріальний целюліт), з інфекційною (мікробною) екземою та бешихою.

Мікробна екзема характеризується: асиметричністю і чіткими контурами вогнищ ураження; відшаруванням по краю вогнищ епідермісу у вигляді бордюру. Розвивається навколо виразок, ран, нориць, піодермічних процесів, по периферії часто є пустули. В разі загострення виникають еритемно-сквамозні алергіди на віддалених ділянках (обличчя, кінцівки).

Варикозна екзема виникає внаслідок порушення мікроциркуляції, трофіки, сенсibiliзації до мікробної флори і до препаратів, які застосовують для тривалого лікування варикозних виразок. Із загоєнням виразок чи в разі оперативного лікування варикозних вен вона зникає самостійно. Паратравматична екзема формується навколо ран, опіків, нориць. Може тривалий час зберігатися і після загоєння цих основних патологічних вогнищ. Мікотична екзема виникає на

ділянках, уражених дріжджоподібними грибами, дерматофітами, внаслідок сенсibiliзації до них. У разі раціональної антимікотичної терапії має тенденцію до регресування. Розрізняють такі стадії розвитку екзематозного процесу: еритемна; папульозна; везикульозна; мокнення; кірочкова; сквамозна; імпетигінозна; стадія ліхеніфікації. Екзематозний процес розвивається не завжди в зазначеній послідовності, одна стадія може переходити в іншу, оминаючи попередні, на одній ділянці шкіри одночасно можливі різні стадії. Але для усіх форм екземи характерно, що на тлі еритеми виникають ексудативні папули, мікроекзема, що розміщуються під роговим шаром епідермісу і тому швидко руйнуються, особливо під впливом розчухів, утворюючи мікроерозії (крапчасті ерозії), на поверхні яких виступають крапельки серозного ексудату, наче роса (серозні або екзематозні «колодязі»). Це явище крапчастого мокнення дуже характерне для екзематозного процесу. Згодом ексудат засихає, утворюючи кірочки, після відпадання яких залишається лущення. Якщо ж у стадії везикуляції приєднується піококова інфекція, то згодом кірочки стають грубими, масивними і нагадують імпетиго. Отже, в екзематозних вогнищах спостерігають строкатість висипки (справжній і несправжній, еволюційний, поліморфізм). Тобто одночасно існують різні первинні й вторинні елементи (плями, папули, везикули, пустули, ерозії, кірочки, лусочки, розчухи). Характерним вважають чергування уражених і неуражених ділянок шкіри («архіпелаг островів»). Висипка супроводжується вираженим свербіжем. У разі затяжного перебігу шкіра потовщується, інфільтрується, посилюється її малюнок, розвивається ліхеніфікація, характерна для хронічного перебігу процесу. Отже, можна виділити особливості екземи: мікроекзема, явища крапчастого мокнення, серозні або екзематозні «колодязі», справжній і несправжній поліморфізм, чергування уражених і неуражених ділянок шкіри («архіпелаг островів»), схильність до дисемінації, рецидивів, свербіж [4]. Початок мікробної екземи з почервоіння шкіри та виникнення везикул і пустул, на яких формуються кірки. Висипка зливається між собою та утворює бляшки з різко обмеженими краями, характерними для захворювання, з нашаруваннями імпетигінозних кірок, з ексудатом. Навколо вогнища ураження — відсіви пустул. Ріст бляшок периферійний, кількість їх зазвичай обмежена.

При бешихі через 1–2 доби від початку хвороби частіше на обличчі, нижніх кінцівках виникає еритема яскраво-червоного кольору з чіткими але нерівними межами у вигляді «язиків по-

лум'я» і запальним валиком по периферії, швидко поширюється, вогнище інфільтроване, напружене, гаряче на дотик, болісне під час натискання, набряк поширюється за межі еритеми, можливі варіанти у вигляді еритемно-бульозних, еритемно-геморагічних, бульозно-геморагічних і некротичних форм. Збудником захворювання є гемолітичний стрептокок, рідше стафілокок. Інкубаційний період триває від кількох годин до трьох діб. Захворювання найчастіше розпочинається гостро. Підвищується температура тіла до 40 °С, з'являється лихоманка, нездужання, головний біль, блювання. Лімфатичні вузли збільшені, болісні під час пальпації. Нині бешиха має в'ялий перебіг, без яскравого почервоніння, набряку, межі вогнища запалення не завжди чітко виразні, загальний стан погіршується незначно, температура тіла підвищується до 37,8 °С та зрідка вище 38 °С. Бешиха може бути первинною та рецидивуючою. На місці запалення згодом лушиться шкіра. Місцеві зміни можуть тривати від 5 до 15 діб; тривало може зберігатися незначний набряк та пігментація шкіри. Рецидиви бешихи можливі в період від кількох діб до двох років після захворювання. За пізнішої появи бешихи (більше ніж через 2 роки) говорять про повторну бешиху. Зазвичай вона локалізується на новій ділянці шкіри. Залишкове явище після бешихи — лімфостаз. У разі постійних рецидивів лихоманка та симптоми інтоксикації виражені слабо. Дослідження крові засвідчує незначний лейкоцитоз, нейтрофіліоз, підвищення ШОЕ [5].

Отже, можна виділити характерні особливості бешихи: явища інтоксикації, лейкоцитоз, нейтрофіліоз, підвищення ШОЕ; збудником частіше є гемолітичний стрептокок, еритема яскраво-червоного кольору з чіткими, але нерівними межами у вигляді «язиків полум'я» і запальним валиком по периферії, яка швидко поширюється. Демаркація червоної зони ураження від неураженої шкіри чіткіша. Лімфатичні вузли збільшені, болісні під час пальпації, залишкове явище — лімфостаз. Тривало зберігається незначний набряк та пігментація шкіри.

Клінічна характеристика хворих із НІПК складалася з аналізу суб'єктивних відчуттів хво-

рих та основних клінічних виявів хвороби. Під час опитування жінки найчастіше скаржилися на відчуття печіння в зоні ураження на гомілках, стягнення шкіри та біль. Жодна пацієнтка не скаржилася на свербіж. Найважливіші клінічні вияви при НІПК: еритема, набряк та «шкурка помаранча», запальна висипка (папули, пустули, везикули).

Дослідження крові у пацієнок з НІПК не засвідчило лейкоцитозу, нейтрофіліозу або підвищення ШОЕ, як у хворих на бешиху.

Усі показники були в межах норми. Виявів погіршення загального стану при НІПК, зокрема лихоманки, ознобу, тахікардії, гіпотензії, у хворих не було.

### Висновки

Для клінічної картини НІПК характерні великі бляшки округлої конфігурації, нечітко обмежені. Поверхня бляшок гаряча на дотик, зовні нагадує «шкурку помаранча». Шкіра у вогнищі гіперемована, набрякла, напружена, інфільтрована. Іноді на цьому тлі виникають везикули та пухирі, розкриття яких призводить до утворення ерозій, виразок (були в кількох хворих). За тривалості хвороби понад два роки головними симптомами були: гіперемія, набряк, «шкурка помаранча». Таким чином, можна зробити висновки, що НІПК характерна для жінок віком 60–75 років. У пацієнок з давністю хвороби понад два роки патологічний процес ставав симетричним. Найчастіше перші випадки хвороби у пацієнтів з НІПК з'являлися у 51 до 80 років.

Серед супутніх патологій найбільшу питому вагу мали хвороби органів травлення, варикозне розширення вен. При НІПК спектр бактеріальної мікрофлори представлений, головним чином, коковими формами (71,42 %), насамперед стафілококами (57,14 %). На погіршення загального стану хворі не скаржилися, із суб'єктивних даних були печія в зоні ураження, відчуття стягнення шкіри та біль. Дослідження крові не показало зсуву лейкоцитарної формули вліво, нейтрофіліозу або підвищення ШОЕ.

Найважливіші клінічні вияви НІПК — еритема, набряк та «шкурка помаранча».

### Список літератури

1. Европейское руководство по лечению дерматологических заболеваний / Под ред. А.Д. Кацамба. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — С. 432–433.
2. Потекаев Н.С., Курдина М.И., Ястребова Р.И., Колмогорова И.В., Семенова В.Б., Силаева А.И. К клинике и терапии целлюлита // Рос. журн. кожн. и венер. болезней. — 2000. — № 5. — С. 15–17.
3. Потоцкий И.И. Справочник дерматовенеролога. — К.: Здоров'я, 1983. — 224 с.
4. Савчак В., Галникіна С. Хвороби шкіри. Хвороби, що передаються статевим шляхом. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. — 508 с.
5. Справочник практического врача / Под ред. А.И. Воробьева. — 2-е изд., стереотипное. — М.: Медицина, 1983. — 656 с.
6. Федотов В.П., Дюдюк А.Д., Степаненко В.І. Дерматовенерология. — Дніпропетровськ — К., 2008. — С. 212–216.

7. Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вулф К. и др. Дерматология.— М.: Практика, 2007—1044 с.
8. Dupuy A, Benchikhi H, Ronjeau J. Cetal. Risk factors for erysipelas of the leg (cellulitis): case — control study // Br. Med. J.— 1999.— Vol. 318.— P. 1591—1594.
9. Neil H.C. Streptococcal cellulitis/erysipelas of the lower leg // Evidence-Based Dermatology.— 2008.— P. 406—417.
10. Nighet A.S., Hay R.J., Roberas S.O.B. Cellulitis and erysipelas / Ed. by R.H. Champion, J.L. Burton, F.J.G Eblings. Rook — Wilkinson-Ebling; Textbook of Dermatology.— 5th ed. Oxford: Blackwell Scientific, 1992.— P. 968—973.
11. Thomas P. Habif Skin Disease. Diagnosis and Treatment.— 2005.— P. 142—145.

Ж.В. Королёва

## Дифференциальная диагностика неуточненной инфекции подкожной клетчатки (бактериальный целлюлит), инфекционной экземы и рожи

Представлен анализ клинической картины у больных женщин с неуточненной инфекцией подкожно-жировой клетчатки (бактериальный целлюлит), инфекционной экземой, рожей.

Zh. V. Korolova

## Differential diagnosis of unspecified infection subcutaneous fat (bacterial cellulitis), infection eczema, and erysipelas

An analysis of the clinical course in female patients with an unspecified infection of subcutaneous fat (bacterial cellulitis), infection eczema, erysipelas is presented.