

*Ермолаев В.Л., Столин А.В., Шурыгина Е.П.*

## Дискуссионные вопросы классификации рожистого воспаления

Кафедра хирургических болезней стоматологического факультета ГБОУ ВПО «УГМА»  
Минздравсоцразвития России, г. Екатеринбург

*Ermolaev V.L., Stolin A.V., Shurygina E.P.*

### Discussion questions classification of erysipelas

#### Резюме

Работа посвящена осмыслению противоречий классификации рожистого воспаления. Наиболее основательно проанализированы вопросы верификации рожистого воспаления по характеру заболевания, тяжести и распространенности, а также по осложнениям. Авторы полагают, что предложенная новая рабочая классификация рожистого воспаления позволит улучшить взаимопонимание между врачами разных профилей и экспертной службой ОМК.

**Ключевые слова:** рожистое воспаление, классификация

#### Summary

The work is devoted to understanding the contradictions and shortcomings in the classification of erysipelas, from concept and further details of all clinical headings. The most thoroughly analyzed the issues of verification of erysipelas on the nature of the disease, the severity and prevalence, as well as complications. The authors believe that the proposed new working classification of erysipelas eliminates gaps and will improve communication between doctors of different profiles and expert service compulsory health insurance (CHI).

**Keywords:** erysipelas, classification

#### Введение

Современная научная литература не изобилует вниманием к рожистому воспалению, несмотря на то, что это заболевание относится к числу весьма распространенных инфекций, особенно в хирургической практике, где традиционно и совершенно незаслуженно сложилось отношение к рожистому воспалению как к весьма банальной патологии. [1-14,20-25,30-36]

Общепринятой классификации рожистого воспаления до сих пор не существует, а встречаемое в литературе классификационное многообразие, порождает разночтения в тактике, лечении и реабилитации больных. Так, например, в хирургической практике и в работах отечественных авторов встречается произвольное использование разнообразных элементов как современной, так и устаревших классификаций рожистого воспаления (например, флегмонозная рожа, абсцедирующее рожистое воспаление, некротическая рожа, гангренозная рожа и т.п.). [5,13,22,26,29,35]

С внедрением в здравоохранение обязательного медицинского страхования возрастает значимость классификации, на которой основан выбор тактики лечения, а, следовательно, и адекватная оплата за оказанные медицинские услуги больным с различными формами рожистого воспаления. [5,24,30-35]

В силу сказанного, нет и должного взаимопонимания практических врачей, научных работников и представителей экспертной службы обязательного медицинского страхования.

**Цель работы:** создать рабочую классификацию рожистого воспаления, которая нивелировав имеющиеся недочеты, позволила бы улучшить взаимопонимание между врачами различных профилей, а стало быть, и результаты лечения.

#### Материалы и методы

Отделение гнойной хирургической инфекции клиники хирургических болезней стоматологического факультета УГМА обладает опытом лечения 708 пациентов с рожистым воспалением за последние 10 лет. Кроме того, был выполнен поиск литературных источников в базе данных PubMed по запросам «Classification of Erysipelas» и «Erysipelas». При этом были отобраны клиничко-статистические исследования за 2002–2012 годы. Исключены из анализа комментарии, письма в редакцию, работы о нозокомальном рожистом воспалении в послеоперационном периоде и работы о некротическом фасците.

#### Результаты и обсуждение

В сути своей заболевание представляет собой особый вид поверхностного дерматита – то есть острое или

хроническое воспаление дермы или слизистых, вызываемое в подавляющем большинстве случаев гемолитическим стрептококком группы А, и представляющее собой ограниченное или распространенное серозное воспаление, сопровождаемое лихорадкой и общей интоксикацией. [22,24,26,30-35] Упомянутый выше и наиболее часто встречаемый возбудитель бета-гемолитический стрептококк группы А, чаще всего вида *Streptococcus pyogenes*, имеющий разнообразный набор антигенов, ферментов, эндо- и экзотоксинов. Этот опасный микроорганизм может быть составляющей частью микрофлоры носоглотки, присутствовать на кожных покровах совершенно здоровых людей. [2,14,15,19,21-24,26,30-35]

Резервуаром и источником рожевой инфекции является человек, как страдающий одной из форм стрептококковой инфекции, так и здоровый. Рожистое воспаление передается контактным или воздушно-капельным путем. Входными воротами служат повреждения и микротравмы кожи и слизистых лица, ротовой или носовой полостей, половых органов и пр. Наиболее часто рожистое воспаление наблюдается на нижних конечностях. [5,13] Особую роль играют несоблюдения правил элементарной гигиены в быту или правил санитарно-гигиенического режима в лечебно-профилактических учреждениях. Рожистое воспаление чаще всего развивается у лиц с ослабленным иммунитетом или при наличии каких-либо хронических заболеваний организма и с нею регулярно встречаются врачи многих специальностей: хирурги, инфекционисты, педиатры, врачи поликлиник и «скорой помощи». [18-27,33]

По мнению С.А. Шляпникова [24] под рожистым воспалением понимается только то, что вкладывается в её определение – инфекционное поражение собственно дермы, а не других слоев мягких тканей. Необходимо признать, продолжает автор, что классификация рожистого воспаления по местным признакам и объединение всех их проявлений под одним названием «рожистое воспаление» приносит несказанный вред больному и окончательно запутывает врача.

Большинство отечественных авторов [1-9,12-19,21,22,24] придерживается характеристики, предложенной в 1986 г. В.Л. Черкасовым, где по характеру местных проявлений выделяются следующие формы: эритематозная, эритематозно-буллезная, эритематозно-геморрагическая, буллезно-геморрагическая. Наши возражения состоят в том, что практически всегда (за исключением эритематозной формы) имеют место различные сочетания форм патологического процесса у одного и того же больного. Эритема как патогномичный признак рожистого воспаления присутствует при всех его формах.

Многие авторы делят процесс на поверхностный и глубокий, что наиболее часто можно встретить у [16-19,21-25,32-34]. Мы не являемся приверженцами этой рубрики, т.к. считаем, что гораздо важнее и принципиальнее различать неосложненный вариант рожи и осложненный. Упоминание же поверхностного варианта рожи (эритематозная форма, буллезная) и глубокого

(флегмонозная, некротическая, гангренозная), столь часто встречаемые в литературе с нашей точки зрения не корректны, т.к. рожа это все-таки бактериальное воспаление кожи, а не каких-либо нижележащих анатомических образований. Все что не является собственно воспалением кожи, разумнее называть осложнениями, что и изложили мы выше

Многие авторы [6-11,13-22,28-36] не видят никакой разницы между повторными эпизодами рожистого воспаления и рецидивами.

Предлагаемая нами рабочая клиническая классификация рожистого воспаления, вероятно, не может претендовать на безупречность, но, по нашему глубокому убеждению, должна улучшить взаимопонимание между врачами различных специальностей (врачей поликлиник и скорой медицинской помощи, хирургов, инфекционистов, дерматологов и пр.). По нашему глубокому убеждению это непременно должно сказаться на улучшении качества лечения и реабилитации, а также позволит снять напряжение, которое существует между экспертной службой страховых компаний и практикующими врачами

## Классификация рожистого воспаления

1. По локализации:
  - нижние конечности
  - верхние конечности
  - голова, шея
  - грудь, живот
  - таз, половые органы
2. По формам местных проявлений:
  - эритематозная
  - буллезная
  - геморрагическая
3. По характеру заболевания:
  - первичное
  - повторное
  - рецидивирующее
4. По тяжести течения:
  - без признаков SIRS
  - с наличием SIRS
5. Варианты распространенности:
  - местный
  - распространенный
6. По виду экссудата:
  - серозный
  - гнойный
7. По клиническому течению:
  - неосложненное
  - осложненное
8. По осложнениям:
 

Ранние осложнения:

  - аденофлегмона
  - флегмона
  - некроз, гангрена
  - флебит, перифлебит
  - тромбофлебит
  - сепсис

Поздние осложнения:

- хроническая лимфо-венозная недостаточность
- лимфостаз
- лимфедема (слоновость)
- трофическая язва

Исход из вышеуказанного, приведем несколько вариантов клинического диагноза:

1. Первичное рожистое воспаление левого бедра, эритематозная форма, неосложненное течение.

2. Рецидивное рожистое воспаление правой голени, буллезная форма, распространенный вариант, тяжелое течение, осложненное паховой аденофлегмоной.

3. Повторное рожистое воспаление левой стопы, геморрагическая форма, средней тяжести, осложненное поверхностным тромбозом.

Мы полагаем, что изначально следует классифицировать рожистое воспаление по локализации патологического процесса, т.к. это необходимо для формулирования правильного топического диагноза: нижние конечности, верхние конечности, голова и шея, грудь и живот, таз и половые органы.

Вторым по важности фактором классифицирующих характеристик мы указываем форму рожистого воспаления. Безусловно, форма должна фигурировать в каждом развернутом клиническом диагнозе. По нашему разумению именно этот пункт вызывает наибольшие разночтения у врачей.

По характеру заболевания предлагаем различать первичное, повторное и рецидивирующее течение. Эта градация имеет принципиальное значение, т.к. в литературе по этому поводу наблюдается полная неразбериха. Мы вкладываем в свою градацию следующий смысл. Первичное рожистое воспаление – это первый эпизод любой локализации. Повторное рожистое воспаление – это второй или более эпизод или эпизоды патологического процесса, но всё разной локализации. Рецидивирующее течение – это повторный или более эпизод или эпизоды, но одной и той же локализации, например, на правой голени или кисти и т.п. Существующая неконкретность в этих понятиях серьезно искажает статистику и приводит к тому, что рожистое воспаление общепризнано считается чрезвычайно склонным к рецидивам, что и обусловлено тем, что все повторные эпизоды рожистого воспаления включаются в рубрику рецидивные. На самом же деле при строго индивидуальном подходе к этой градации оказывается количество рецидивов заболевания значительно меньше.

В основу градации тяжести течения заболевания следует включать степень общей интоксикации организма по набору симптомов системного воспалительного ответа. Такое предложение позволит формулировать наиболее объективно клинический диагноз и лечебную тактику, а также и трактовку в научных исследованиях.

По распространенности патологического процесса следует выделять следующие варианты: местный и распространенный. Под местным вариантом понимаем процесс, который локализуется только в одной анатомической области, например, только на стопе или

только на голени и т.п. Распространенный вариант – это процесс, который занимает одновременно несколько анатомических областей, например стопа и голень, голень и бедро. Принципиально важным критерием распространенного варианта является именно одновременность возникновения патологического процесса на нескольких анатомических областях. Если вовлечение в патологический процесс происходит не одновременно, а в четко различимом интервале времени, то это мигрирующий вариант рожистого воспаления. Предвидим возражения своих читателей, которые могут заметить, что при поздней госпитализации больных в стационар, врач уже видит окончательный вариант и в пылу рабочей загруженности это обстоятельство может сплошь и рядом игнорироваться. Тем не менее, мы настаиваем на важности этой градации, поскольку это принципиально для избрания тактики, как например, важно различать обычный распространенный тип поверхностного тромбоза и его особо опасную форму – восходящий тромбоз. Данное сравнение мы употребили не случайно, поскольку для рожистого воспаления нижних конечностей такое осложнение, как тромбоз, не является редкостью.

Важным считаем различать рожистое воспаление по клиническому течению, а именно неосложненный вариант и осложненный. Трактовка неосложненного варианта дискуссии не требует. Напротив, по поводу, что такое осложненный тип клинического течения – разногласий много и главным образом они касаются конкретного перечня осложнений рожистого воспаления. Этот разнобой мешает и экспертной работе, поскольку практические врачи в большинстве случаев норовят предъявлять к оплате именно более дорогой МЭС, т.е. осложненный тип рожистого воспаления, но в графе клинического диагноза, которая отводится именно осложнениям заболевания, ничего не указывают. Эти лазейки позволяют некоторым врачам и эритематозно-буллезную форму рожистого воспаления заявлять как осложненную. Для ликвидации всяких разночтений и полной ясности, мы включили в перечень осложнений рожистого воспаления, прежде всего такие два понятия, как ранние и поздние осложнения. К ранним осложнениям предлагаем отнести следующие: флегмона подкожной клетчатки или абсцесс, некроз кожи или гангрена, лимфангит, лимфаденит или аденофлегмона, флебит, перифлебит или тромбоз как поверхностных, так и глубоких вен, сепсис. Перечисленные осложнения должны быть вписаны в графу осложнения клинического диагноза и тем самым снимать всякие препятствия для оплаты заболевания со стороны страховых компаний. К поздним осложнениям предлагаем отнести: лимфостаз, лимфедема (слоновость), хроническая лимфо-венозная недостаточность, а также трофические язвы. Заметим, что трофические язвы, обусловленные перенесенным рожистым воспалением, в особенности некротическим вариантом осложнений, отличаются весьма коротким периодом формирования

ния, исключительно трудным и длительным лечением, плохим прогнозом для реабилитации.

Помимо вышесказанных чисто клинико-анатомических подходов к классификации, мы предлагаем различать рожистое воспаление по характеру экссудата, а именно: серозный, гнойный. Нет надобности доказывать важность этих различий для любого врача-клинициста, в особенности для хирурга.

Надеемся, что коллеги, ознакомившись с нашим видением классификации рожистого воспаления, сочтут необходимым внести какие-либо поправки и добавления, которые приблизят классификацию к максимальному доверию и пониманию врачами практического здравоохранения. ■

*Ермолаев В.Л., д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней стоматологического факультета ГБОУ ВПО «УГМА» Минздравсоцразвития России, г. Екатеринбург; Сталин А.В., к.м.н., доцент, главный хирург Управления здравоохранения г. Екатеринбург, заведующий кафедрой хирургических болезней стоматологического факультета ГБОУ ВПО «УГМА» Минздравсоцразвития России, г. Екатеринбург; Шурыгина Е.П., д.м.н., доцент кафедры хирургических болезней стоматологического факультета ГБОУ ВПО «УГМА» Минздравсоцразвития России, г. Екатеринбург; Автор, ответственный за переписку: Шурыгина Елена Павловна, 620049, г. Екатеринбург, пер. Курьинский, д. 3, кв. 85, тел. 8(912)6674686, электронный адрес Shellp@mail.ru*

## Литература:

1. Абдулов Р.Х., Валишин Д.А., Абдулова Г.Р. Применение электрофо-ретического насыщения антибиотиками лимфатической системы с ла-зеротерапией у больных с рожой. *Лазерная медицина*. 2006; 10(3): 27-30.
2. Бубнова Н.А., Симбирцев А.С., Шатиль М.А. и соавт. Рожистое воспаление: современные аспекты иммунопатогенеза и принципы лечения. *Амбулаторная хирургия*. 2010; 1(37): 4-10.
3. Горюнов С.В., Ромашов Д.В., Бутивщенко И.А. Гнойная хирургия: Ат-лас. М.: БИНОМ, 2004.
4. Даудярис И.П. Болезни вен и лимфатической системы конечностей. -М.: Медицина, 1984.
5. Ермолаев В.Л., Шурыгина Е.П., Барышев В.Е. Современные аспекты клиники и диагностики рожистого воспаления нижних конечностей. *Уральский медицинский журнал*. 2007; 10(38): 86-90.
6. Ефремова О.А., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И., Чистоступов К.С., Ахмеров Р.Р. Новые подходы к комплексному лечению рожистого воспаления. *Вестник Уральской медицинской академической науки*. 2010; 1(28): 21-4.
7. Жукова Л.И., Ковтун Э.А., Манаева Д.А. Оптимизация патогенетической терапии больных рожой. *Инфекционные болезни*. 2008; 6(4): 51-3.
8. Зеленый И.И., Фролов В.М., Пересадин Н.А. Оценка эффективности реамбирина в коррекции синдрома эндогенной интоксикации у больных флегмонозной и гангренозной формами рожки на фоне сахарного диабета при их хирургическом лечении. *Хирургия*. 2011; 11: 82-6.
9. Иоанниди Е.А., Осипов А.В., Аванесян А.А., Симонян А.В., Ермолаев Т.Т., Зубков Ю.П. Новые подходы к терапии рожки. *Эпидемиология и инфекционные болезни*. 2007; 4: 52-3.
10. Савельева В.С., Кириенко А.И., редакторы. *Клиническая хирургия : национальное руководство*, Т. 1. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.
11. Константинова Г.Д., Воскресенский, О.В. Гордина и соавт. Практикум по лечению варикозной болезни. М.: Профиль, 2006.
12. Лаврешин П.М., Рыбалко А.Е., Тотфалушин А.А. Диагностика и лечение рожки. *Российский медицинский журнал*. 2009; 2: 33-5.
13. Макарошкин А.Г. Применение криовоздействия в комплексном лечении рожистого воспаления [диссертация]. УГМА: Екатеринбург; 2000: 1-295.
14. Насер Н.Р. Сравнительная оценка особенностей этиопатогенеза и лечения рожистого воспаления для профилактики рецидивов [диссертация]. СПб.; 2004: 1-223.
15. Раскавалов М.Г. Рожка (этиология, патогенез, гистопатология, клиника, лечение) [диссертация]. СГМИ: Свердловск, 1974: 1-642.
16. Ратникова Л.И., Дубовикова Т.А., Шип А.Н., Жамбурчинова А.Н. Гендерные особенности рожки. *Эпидемиология и инфекционные болезни*. 2011; 4: 36-40.
17. Ратникова Л.И., Жамбурчинова А., Лаврентьева Н.Н. Современная клинико-эпидемиологическая характеристика рожки. *Рос. Мед. Журн.* 2007; 4: 33-4.
18. Романенко И.М., Кулага В.В., Афонин С.Л. Лечение кожных и венерических болезней : руководство для врачей в 2т. М.: ООО Мединфагентство; 2006.
19. Скурихина М.Е. Эпидемиологические и клинико-патогенетические особенности микотической инфекции у больных с судистыми заболеваниями нижних конечностей [диссертация]. УГМА: Екатеринбург; 2002: 1-245.
20. Фролов В.М., Рычнев В.Е. Патогенез и диагностика рожистой инфекции. Воронеж: Изд-во ВГУ, 1986.
21. Хирургические инфекции кожи и мягких тканей : Российские национальные рекомендации. М.: ООО Компания БОРГЕС, 2009: 30-1.
22. Черкасов В.Л. Рожка. Л.: Медицина, 1986.
23. Шип А.С., Ратникова Л.И. Клинические проявления и процессы липопероксидации у больных рожой. *Рос. Мед. журн.* 2011; 6: 37-9.
24. Шляпников С.А. Хирургические инфекции мягких тканей – старая проблема в новом свете. *Инфекции в хирургии*. 2003; 1(1): 14-21.
25. Шулуток А.М., Османов Э.Г., Антропова Н.В., Анчиков Г.Ю. Аргоновый плазменный поток в комплексном лечении различных форм рожки. *Хирургия*. 2006; 3: 59-63.
26. Becq-Giraudon V. Primary and secondary prevention for erysipelas. *Ann. Dermatol. Venereol. (France)*. Mar 2001; 128(3 Pt 2): 368-375.
27. Bishara J., Golan-Cohen A., Robenshtok E., et al. Antibiotic use in patients with erysipelas: a retrospective study. *Isr. Med. Assoc. J. (Israel)*. Oct. 2001; 3(10): 722- 4.
28. Bonnetblanc JM, Bedane C. Erysipelas: recognition and management. *Am J Clin Dermatol*. 2003; 4(3): 157-63.
29. Crickx B. Erysipelas: evolution under treatment, complications. *Ann. Dermatol. Venereol. (France)*. Mar 2001; 128(3 Pt 2): 358-62.
30. Denis F., Martin C., Ploy M.C. Erysipelas: microbiological and pathogenic data. *Ann. Dermatol. Venereol. (France)*.

- Mar 2001; 128(3 Pt 2): 317-25.
31. Dupuy A. Descriptive epidemiology and knowledge of erysipelas risk factors. *Ann. Dermatol. Venereol. (France)*. Mar 2001; 128(3 Pt 2): 312-6
  32. Grosshans E. Erysipelas. Clinicopathological classification and terminology. *Ann. Dermatol. Venereol. (France)*. Mar 2001; 128(3 Pt 2): 307-11.
  33. Morris A. Cellulitis and erysipelas. *Clin. Evid. (England)*. Jun 2002; 7: 1483- 7.
  34. Pavlotsky F, Amrani Sh, Trau H. Recurrent erysipelas: risk factors. *Journal der Deutschen Dermatol. Gesellschaft*. Febr. 2004; 2(2): 89.
  35. Rajan S. Skin and soft-tissue infections: Classifying and treating a spectrum. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. January 2012; 79(1): 57-66.
  36. Vaillant L. Diagnostic criteria for erysipelas. *Ann. Dermatol. Venereol. (France)*. Mar 2001; 128(3 Pt2): 326-33.