

ПРОУЧВАНИЯ ВЪРХУ ПРИДРУЖАВАЩИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ И ПРОВОКИРАЩИТЕ ФАКТОРИ ПРИ ЕРИЗИПЕЛА

Т. Петкова*, Д. Господинов, Ц. Дойчинова*, Д. Шаламанов***

*Катедра "Инфекциозни болести, епидемиология, паразитология и тропическа медицина",
Медицински университет-Плевен, ул. „Св. Климент Охридски” 1,
5800 Плевен, България, tanja_1973@abv.bg

**Клиника по Дерматология и венерология, УМБАЛ „Д-р Г. Странски”-Плевен,
5800 Плевен, България

STUDIES OF COMORBIDITIES AND RISK FACTORS FOR ERYSIPELAS

T. Petkova*, D. Gospodinov, Ts. Doychinova*, D. Shalamanov***

* *Department of Infectious Diseases, Epidemiology, Parasitology and Tropical Medicine,
Medical University-Pleven, 1 "Sv. Kliment Ohridski" Str.
5800 Pleven, Bulgaria, tanja_1973@abv.bg*

** *Clinic of Dermatology and Venereology, University Hospital "Dr. G. Stranski"- Pleven,
5800 Pleven, Bulgaria*

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the epidemiological data and the main comorbidities of patients with erysipelas treated in the Clinic of Dermatology at University Hospital "Dr. G. Stranski"-Pleven. All patients admitted due to erysipelas during the period from 2008 to 2010 were included in a retrospective study. A total of 125 individuals were hospitalized, 56,00% of the patients were women, the mean age was 59,02±13,94 years. The main comorbidities were fungal infection (tinea pedis) (84,00%), chronic cardiovascular diseases (52,80%), chronic venous insufficiency (36,80%), diabetes mellitus (15,20%), neoplasms (12,80%), obesity (12,60%), history of phlebitis (9,60%). The main risk factors were wounds (6,40%), leg surgery (4,80%), insect bites (1,60%), burning (0,80%). Erysipelas is a seasonal disease that affects elderly people, has a repetitive nature, and is associated with comorbidities.

Key words: erysipelas, risk factors, comorbidities, streptococcal infections

ВЪВЕДЕНИЕ

Еризипелът е остър стрептококов дермо-хиподермит, протичащ със симптоми на обща интоксикация и местни прояви на остро възпаление. Причинява се предимно от бета-хемолитични стрептококи от група А (*Streptococcus pyogenes*), рядко от групи В, С и G [1, 2].

Еризипелът най-често се развива при пациенти с множество придружаващи заболявания: микоза, възпалителни дерматози, венозна недостатъчност, посттромбофлебитна болест, диабет, нефротичен синдром, имунокомпрометиращи състояния на организма [9, 10]. Провокиращи фактори за отключване на заболяването са травми, хирургични интервенции, изгаряне, ухапване от насекоми [6, 7, 8, 11].

Неотслабващият интерес към разглеждания проблем е обусловен от склонността към рецидивиращо протичане и значението на заболяването за формиране на вторична елефантиаза [4].

Целта на настоящето епидемиологично проучване е да се установят придружаващите заболявания и провокиращите фактори за развитие на еризипела.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

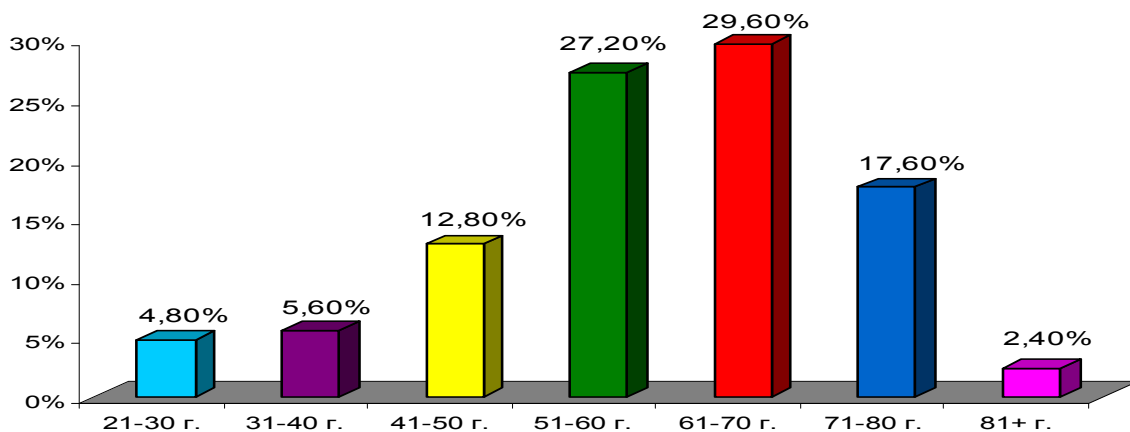
Извършен е ретроспективен епидемиологичен анализ на данни от болничната документация на 125 пациенти с диагноза еризипел, лекувани в Клиниката по дерматология

и венерология към УМБАЛ "Д-р Георги Странски" – Плевен през периода януари 2008 – декември 2010 година. През проучвания период са хоспитализирани 70 (56,00%) жени и 55 (44,00%) мъже. Заболелите от градски произход са 76 (60,80%), а от селски – 49 (39,20%). Възрастта на хоспитализираните варира от 23 до 86 години ($\bar{x} = 59,02$; $sd = 13,94$).

Обработката на първичната информация е извършена със софтуерен програмен продукт MS Office Excel 2003. Резултатите са описани чрез числови величини и диаграми. Качествените променливи са описани като относителни дялове в различните им категории.

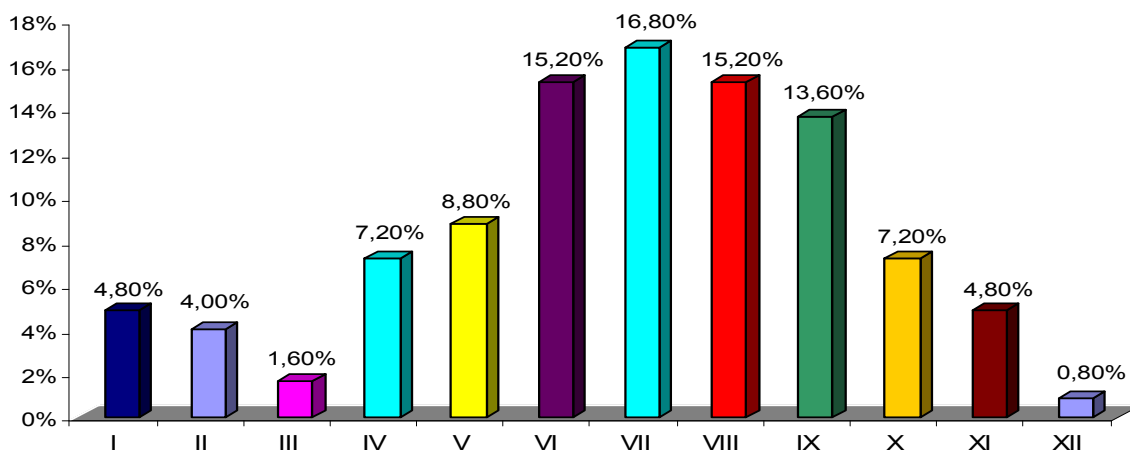
РЕЗУЛТАТИ

Данните показват най-висок относителен дял на заболялите във възрастовата група 61-70 години - 37 (29,60%), следван от възрастовата група 51-60 години – 34 (27,20%) и 71-80 години – (17,60%) – фиг. 1.



Фиг. 1. Възрастово разпределение на хоспитализираните болни

Проучването на сезонното разпределение на болните отразява повишен брой на заболялите през топлите месеци на годината (юни-септември) – 76 (60,80%) – фиг. 2.



Фиг. 2. Разпределение по месеци на хоспитализираните болни

Броят на придружаващите заболявания при проучваните пациенти с различна кратност на еризипела е отразен на таблица 1.

Хоспитализирани са предимно пациенти с първичен еризипел – 83 (66,40%), по-рядко с повторен – 19 (15,20%) или рецидивиращ – 23 (18,40%).

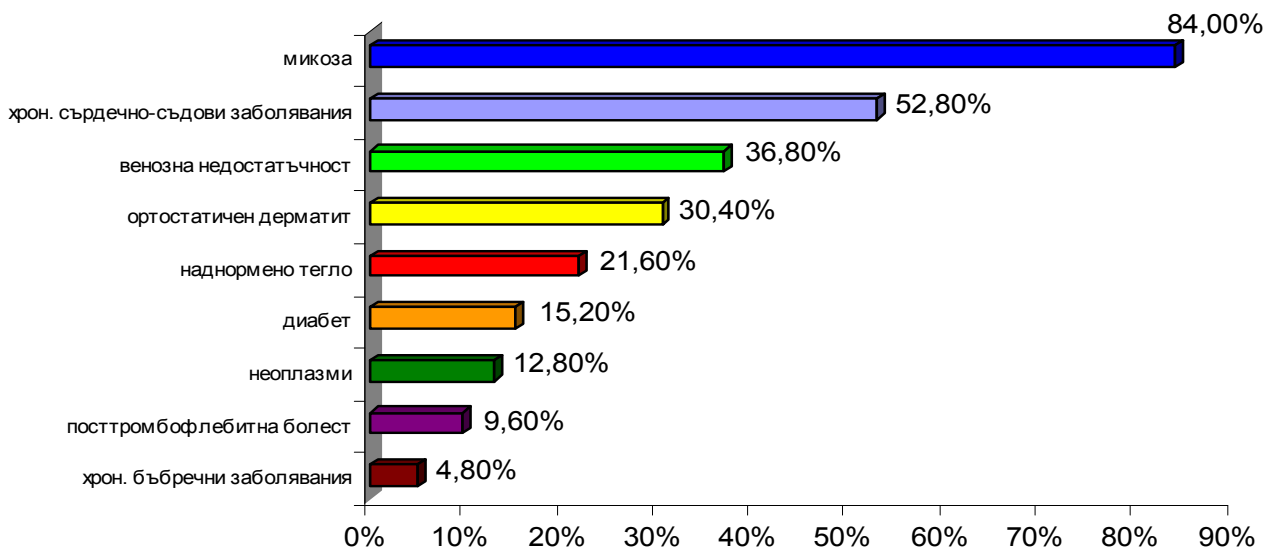
Като входна врата за навлизане на инфекцията са установени множество локални фактори и болестни процеси в областта на крайниците: микоза на стъпалата при 105 (84,00%), венозна недостатъчност при 46 (36,80%), посттромбофлебитна болест при 12 (9,60%) от хоспитализираните, ортостатичен дерматит при 38 (30,40%) от болните.

Относително висок е делът на пациентите с придружаващи системни заболявания. Хронични сърдечно съдови и бъбречни заболявания са установени съответно при 66 (52,80%) и 6 (4,80%) от хоспитализираните, диабет при 19 (15,20%), наднормено тегло при 27 (21,60%), неоплазми при 16 (12,80%) – фиг. 3.

Табл. 1. Брой на придружаващите заболявания при различна кратност на еризипела

Кратност →	Първичен		Повторен		Рядко рецидивиращ		Често рецидивиращ		Общо	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Придружаващи заболявания ↓										
Без придружаващо заболяване	5	4,00	0	0	0	0	0	0	5	4,00
Наличие на 1-2 придружаващи заболявания	45	36,00	13	10,40	4	3,20	7	5,60	69	55,20
Наличие на 3 и повече придружаващи заболявания	33	26,40	6	4,80	4	3,20	8	6,40	51	40,80
Общо	83	66,40	19	15,20	8	6,40	15	12,00	125	100

Провокиращи фактори за отключване на заболяването са установени при 17 (13,60%) от болните: травми при 8 (6,40%), хирургични интервенции при 6 (4,80%), ухапване от насекоми при 2 (1,60%) и изгаряне при 1 (0,80%).



Фиг. 3. Придружаващи заболявания при болни от еризипел

ОБСЪЖДАНЕ

Резултатите показват, че жените боледуват по-често от мъжете. Проучването върху сезонността на еризипела, отразява най-голям относителен дял на заболелите през лятно-есенния период. Разпределението на болните по месеци установява покачване броя на заболелите над средното ниво през месеците юни, юли, август и септември, което се дължи на по-големите възможности за травматизъм, мацерация и замърсяване през топлите месеци на годината – условия подходящи за внедряване на инфекцията.

Анализът на данните от нашето проучване показва по-висок относителен дял на заболелите от градски произход – 60,80%, което е обусловено от демографската структура на населението. В проучвания на С. Марина за периода 1950-1967 г. е установен по-голям брой на засегнатите от селски произход – 56,11%, докато през следващия период 1968-1983 г. основно са заболели хора от градски произход [4], което корелира с нашите резултати.

Еризипелът е болест на възрастните хора и почти не се среща в детско-юношеска възраст. Най-често пациентите са на възраст 60-80 години, като рискът за развитие на заболяването нараства с увеличаване броя на съпътстващите заболявания. Резултатите показват най-голям относителен дял на заболелите във възрастовата група 61-70 години – 29,60% от хоспитализираните.

Хоспитализираните с първичен еризипел представляват 2/3 от болните. Характерна за заболяването е склонността към рецидивирание, което се наблюдава по-често при лица с рагади и микози на пръстите на краката, както и с трофични промени на долните крайници. Рецидивите освен с местни и общи причини се обясняват и с възможността за превръщането на стрептококите в L форми, които остават в огнището след клиничното оздравяване и след реактивацията им настъпва поредният рецидив [2]. Наличието на пациенти с често рецидивиращ еризипел поставя въпроса за правилното и системно провеждане на депоницилинова профилактика при такива рискови групи [3, 11].

Анализът на данните показва при 8 от 15 пациенти (53,33%) с често рецидивиращ еризипел наличие на повече от три придружаващи заболявания, докато при 33 от 83 пациенти (39,76%) с първичен еризипел са установени повече от три допълнителни заболявания. Проучвания на С. Марина върху кратността на еризипела и наличието на придружаващи заболявания показва статистически значима връзка [4].

Най-честото придружаващо заболяване е микозата на стъпалата и онихомикозата, отбелязани при 84,00% от болните. С висока честота са венозната недостатъчност и посттромбофлебитната болест.

Безспорен повишаващ риска от развитие на еризипел фактор е застой в лимфната тъкан на съответната кожна зона. При част от жените, лекувани оперативно за рак на гърдата впоследствие се установява лимфен застой. В нашето проучване при 3,20% от болните с еризипел на горен крайник, като предразполагащ фактор се установява нарушението в лимфния дренаж, като последствие от мастектомия.

Друга рискова група за развитие на еризипел са лицата с придобит имунен дефицит, вследствие на проведена имunosупресивна терапия на злокачествени заболявания. В нашето проучване пациентите с проведено лечение на неоплазми съставляват 12,80% от хоспитализираните.

От провокиращите фактори за навлизане на причинителя през кожата, водеща е ролята на травмите (6,40%) и хирургичните интервенции (4,80%) в областта на долните крайници. Само при двама от пациентите провокиращ фактор е ухапването от насекоми и при един – изгаряне на стъпалото.

Проведеното ретроспективно проучване е болнично базирано и отразява епидемиологичните характеристики на еризипела само при хоспитализирани пациенти. Въпреки ограниченията на описателните проучвания, свързани с липсата на статистически анализ за определяне ролята на различните предизпоизращи фактори за развитие на

заболяването, може да се направи извода, че най-честа входна врата на инфекцията са рагадите и мацерацията на кожата, вследствие на интердигитална микоза на краката, както и трофични промени на долните крайници от нарушен венозен и лимфен дренаж.

ИЗВОДИ

1. Еризипелът се среща по-често при жените. Най-висок е броят на заболелите през лятно-есенния период, като са засегнати повече хора от градски произход, което се обяснява с демографската структура на населението. Най-голям е относителният дял на заболелите във възрастовата група 61-70 години – 29,60% от хоспитализираните.

2. От придружаващите заболявания най-висок дял заемат микозите на стъпалата (84,00%), следвани от хроничните сърдечно-съдови заболявания (52,80%) и венозната недостатъчност (36,80%). Основна входна врата за развитие на инфекцията са рагадите и мацерацията на кожата вследствие на микоза на стъпалата и микротравмите на долни крайници.

3. Профилактиката на рецидивите изисква лечение на входните врати, придружаващите заболявания и избягване на провокиращите фактори. Като първи етап от провеждането ѝ е пълноценното етиопатогенетичното лечение на еризипела в острия стадий, а вторият е извършването на депо-пеницилинова профилактика извън острите прояви.

ЛИТЕРАТУРА

1. Генов, Г., 2009. Инфекциозни болести, София, МФ, 251-253.
2. Златков, Н., Н. Цанков, 2008. Дерматология и венерология, София, МФ, 158-160.
3. Златков, Н., Е. Гетранов, 2000. Терапия на кожните и полово предавани болести, София, МИ „АРСО”, 31.
4. Марина, С., 1985. Проучвания върху разпространението, клиниката, лечението и профилактиката на еризипела - Автореферат, София, 1-31.
5. Celestin, R., J. Brown, G. Kihiczak et al., 2007. Erysipelas: a common potentially dangerous infection, *Acta Dermatoven APA*, 16, 3, 123-127.
6. Chong, FY, T. Thirumoorthy, 2008. Blistering erysipelas: not a rare entity, *Singapore Med J*, 49, 10, 809-813.
7. Dupuy, A., B. Nakima, JC Roujeau et al., 1999. Risk factors for erysipelas of the leg (cellulitis): case-control study, *BMJ*, 318, 1591-1594.
8. Edwards, J., P. Green, D. Haase, 2006. A blistering disease: bullous erysipelas, *CMAJ*, 175, 244.
9. Krasagakis, K., G. Samonis, A. Valachis et al., 2010. Local complications of erysipelas: a study of associated risk factors, *Clin Exp Dermatol*, doi: 10.1111/j.1365-2230.
10. Pereira de Godoy JM, G. Massari, Y. Rosinha et al., 2010. Epidemiological data and comorbidities of 428 patients hospitalized with erysipelas, *Angiology*, 61, 5, 492-494.
11. Stalbow, J., 2004. Preventing cellulitis in older people with persistent lower limb oedema, *Br J Nurs*, 13, 12, 725-732.