

### **ЭРИЗИПЕЛОИД**

Син.: рожа свиней, эритема ползучая Бейкера, эризипелоид Розенбаха.

Эризипелоид (*erysipeloidum*) - зоонозная бактериальная инфекция, характеризующаяся преимущественным поражением кожи и суставов.

**Исторические сведения.** Впервые у человека болезнь описана в 1873 г. У. Бейкером. Возбудитель заболевания был выделен из организма больного человека А. Розенбахом в 1884 г. Им же описана клиника заболевания и установлена его нозологическая самостоятельность.

**Этиология.** Возбудитель эризипелоида - *Erysipelothrix rhusiopathiae* - относится к семейству *Corynebacteriaceae*. Представляет собой неподвижную грамположительную палочку размерами 0,5-1,5X0,1 - 0,3 мкм, растущую на обычных питательных средах. Существуют 2 антигенных варианта микроба (*suis* и *murisepticum*). Свиной вариант циркулирует среди домашних, а мышинный - среди диких животных. Возбудитель высокоустойчив во внешней среде. Сохраняет жизнеспособность в соленых и копченых мясных продуктах. Микробы погибают при воздействии хлорсодержащих и фенолсодержащих дезинфектантов.

**Эпидемиология.** Источником инфекции являются многие виды домашних и диких животных, но наибольшее эпидемиологическое значение имеют свиньи. Инфицирование происходит через поврежденную кожу рук при контакте с зараженным мясом или больными животными. В некоторых случаях возможно пероральное внедрение возбудителя или инфицирование с участием кровососущих членистоногих (механическая трансмиссия).

Болезнь обычно носит профессиональный характер и имеет летне-осеннюю сезонность.

**Патогенез и патологическая анатомия.** После проникновения в организм через мелкие повреждения кожи микробы образуют в ней первичный очаг инфекции. В дальнейшем воспалительный процесс (при локализации его в коже пальцев) может распространиться и захватить межфаланговые суставы. Иногда наблюдается генерализованное течение инфекции с лимфо- и гематогенной диссеминацией возбудителей, распространенными кожными поражениями и формированием вторичных очагов во внутренних органах.

При морфологическом исследовании пораженных участков кожи обнаруживается серозное воспаление с признаками периваскулярной инфильтрации лимфоцитами, нарушение микроциркуляции и лимфооттока.

**Клиническая картина.** Инкубационный период колеблется от 1 до 7 дней (чаще 2-3 дня).

Выделяют 3 формы эризипелоида: кожная, кожно-суставная, генерализованная (септическая).

Чаще встречается *кожная форма болезни*. Она характеризуется образованием в месте входных ворот (обычно на коже пальцев и кистей рук) эритемы, сопровождающейся зудом, жжением и отеком кожи. Отечность более выражена по периферии эритематозного участка, отчего центр его менее возвышается над уровнем кожи и несколько бледнее по окраске. Температура кожи и области эритемы слегка повышена или не отличается от температуры на здоровых участках. Иногда на эритематозной поверхности появляются везикулы с серозным или серозно-геморрагическим содержимым. Эритема имеет тенденцию к расширению и охвату воспалительным процессом кожи всего пальца или другого значительного участка кисти. Могут развиваться лимфаденит и лимфангит. К концу заболевания на месте эритемы появляется шелушение кожи. Длительность заболевания 10-12 дней.

*Кожно-суставная форма* характеризуется развитием артритов межфаланговых суставов. При этом наблюдаются веретенообразная припухлость суставов, тугоподвижность и болезненность их при движении. Продолжительность заболевания при этой форме 14 дней и более. В ряде случаев развивается хронический рецидивирующий артрит, приводящий к деформации суставов.

Симптомы интоксикации при кожной и кожно-суставной формах выражены нерезко. Температура тела субфебрильная или нормальная.

*Генерализованная (септическая) форма эризипелоида* встречается редко. Она характеризуется резко выраженными симптомами интоксикации, повышением температуры до 39-40 °С, эритематозной (или крупнопятнистой) сыпью на различных участках туловища и конечностей, гепатоспленомегалией. На этом фоне обнаруживаются вторичные очаги инфекции (эндокардит, менингит, артриты, пневмония и др.).

**Прогноз** благоприятный при кожной и кожно-суставной формах и может быть неблагоприятным при септическом течении заболевания.

**Диагностика.** Основное значение в диагностике имеют клинико-эпидемиологические данные. Лабораторные исследования включают РНГА и РА, посевы содержимого везикул. При генерализованной форме, кроме того, осуществляется посев крови больного и биологическая проба на мышцах.

Дифференциальную диагностику следует проводить с рожей, панарицием, многоформной экссудативной эритемой, дерматитами, артритами другой этиологии. Септическую форму дифференцируют с другими видами сепсиса.

**Лечение.** В этиотропной терапии обычно используют пенициллин в суточной дозе 3 000 000 ЕД. Эффективны также полусинтетические пенициллины, левомицетин, тетрациклин, эритромицин. Курс лечения составляет 7 дней. Антибиотикотерапию сочетают с антигистаминными и противовоспалительными препаратами, витаминами.

При генерализованной (септической) форме болезни пенициллин назначают в суточной дозе не менее 6 000 000 – 8 000 000 ЕД в комплексе с полусинтетическими пенициллинами. Проводится интенсивная дезинтоксикационная терапия. В местном лечении используют ультрафиолетовое облучение в эритемных дозах, индометациновую мазь, компрессы с димексидом и др.

**Профилактика.** Необходима профилактика эризипелоида у домашних животных, контроль за убоем и обработкой мяса. Особое значение имеет соблюдение мер личной профилактики лицами, участвующими в обработке мяса и уходе за больными животными.

**Источник:** Шувалова Е. П. Инфекционные болезни: Учебник. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 1990. -560 с.: ил. (Учеб. лит. для студ. мед. ин-тов).