

Д-р Валентин В. Николов

Катедра по инфекциозни болести с епидемиология и курс по дерматовенерология, Медицински факултет, Тернополски държавен медицински университет, Тернопол, Украйна

Еризипел на скротума

Резюме

Описан е клиничен случай на еризипел с рядка локализация – на скротума, направен е обзор на литературата по този проблем и е предложено оригинално, авторско местно лечение на заболяването.

Целта на настоящото съобщение е да представи ново локално лечение на червения вятър с наш медикамент, получил патент, илюстрирайки го с презентацията на пациент, лекуван по този начин.

Ключови думи: еризипел, скротум, ново локално лечение

Erysipelas of the scrotum

Valentin V. Nikolov

Department of Infectious diseases, epidemiology and course of Dermatovenereology, Ternopil State Medical University, Faculty of Medicine, Ternopil, Ukraine

Abstract

Described a clinical case of erysipelas with rare localization – scrotum, made a review of the literature on this clinical problem and proposed an original, copyright topical treatment of disease.

The purpose of this communication is to present a new topical treatment of erysipelas with our drug, received a Patent, illustrating it with the presentation of a patient, treated in this way.

Key words: erysipelas, scrotum, a new topical treatment

Еризипелът (Erysipelas), по-популярен сред нашите сънародници като „червен вятър“, а в Западна Европа – като „огъня на свети Антоний“, е заболяване с инфекциозна природа и остро, често хронифициращо протичане със склонност към рецидиви, за което са характерни интоксикационен синдром и локални, специфични изменения със своеобразна характеристика: 1) интензивно еритемна макула с равномерна, ярко алена окраска; 2) ясни, леко проминиращи над обкръжаващата ги кожна повърхност неравни граници на патологичното огнище; 3) изразена демаркационна линия с по-силно оцветяване и приповдигнати гранични линии; 4) повишена местна температура; 5) умерена палпаторна болезненост, по-изразена периферно; 6) инфилтрация на инфекциозно-възпалителния фокус и околността му^{1-3, 5, 6, 11, 13, 14}.

Любимата локализация на червения вятър е долния крайник и лицето, като до 80-те години на миналия ХХ в. водещо в топографията на заболяването е било лицето, а днес – долните крайници^{1, 4, 8, 9, 14}.

Еризипелът на външните полови органи се среща много рядко и в нашето съвремие е почти казуистика⁹. По литературни данни (табл. 1) гадената локализация се наблюдава в диапазона от 0.2%⁷ до 2.8%¹².

Нашите данни от собствените ни клинични проучвания и обработката на архивния материал (g-p В. В. Николов) на 460 пациента, боледуващи от еризипел, за петгодишния период от 01.10.2009 до 01.11.2013 г. Вкл. В Клиниката по кожни и венерически болести към УМБАЛ „Александровска“ в гр. София показват, че генитална локализация на еризипелната инфекция се наблюдава само при мъже (100%), общо 7 пациента (1.5%), от които 6 (1.3%) са със скротална и 1 (0.2%) – с пенална, топография на инфекциозно-възпалителния процес.

Еризипелът на скротума е винаги с граматично начало и протичане. Наблюдава се почти изключително еритемната форма на заболяването^{10, 17-20}. Червеният вятър започва внезапно, с екстремно повишаване на телесната температура, втрисане, прояви на обща интоксикация (главоболие, виене на свят, гадене, отпадналост, безапетитие, сухота в устата). Само няколко часа по-късно към тях се присъединяват и симптомите на локалния синдром (широка еритемна макула, едем, болка, чувство на тежест, разпъване, парене и дискомфорт при допир). Болезнен е дори контактът на скротума с бельото на пациента. Местната температура се повишава значително¹⁸. Сърдечната фреквенция се

№	Автор	Година	Брой пациенти	Локализация (%)			
				Долен крайник	Лице	Външни гениталии	Друга
1.	Шапиро С. Е., Коваленко Е. С. ¹⁴	1973	953	49	39.5	0.8	10.7
2.	Гальперин Э. А., Рыскинг Р. Р. ³	1976	1199	57.2	36.1	0.4	6.3
3.	Толев И. Т. и кол. ⁸	1976	481	53.4	42.6	0.6	3.4
4.	Витенчук С. З. ²	1980	768	88.5	5.5	0.6	5.4
5.	Хлестков А. А., Мыльникова Л. А. ¹²	1981	52	54.8	26.1	2.8	16.3
6.	Толев И. Т., Сацова Й. К. ⁹	1982	401	71	25.9	1.7	1.4
7.	Фролов В. М. ¹⁰	1986	4342	65.5	27.8	0.6	6.1
8.	Ольшанецкий А. А. и кол. ⁷	1998	2756	63.5	30.5	0.2	5.8
9.	Біляева О. О. и кол. ¹	2005	580	71.3	20.5	1.2	7
10.	Карпов В. В. и кол. ⁴	2013	173	87	12.1	0.9	–
11.	Юнгарева И. Х. и кол. ¹⁷	2013	1699	80.6	10.4	0.9	8.1

Табл. 1. Топография на еризипела, вкл. и в областта на външните гениталии

увеличава, артериалното налягане често е понижено, наблюдава се синусова тахикардия, пряко корелираща с температурните стойности. Дихателната честота се повишава, дишането става по-повърхностно, но при аускултация не се установяват белодробни промени. Понякога са възможни усложнения от локален характер, които са лимфо-, хематогенно обусловени или се разпространяват по съседство (*per continuitatem*) – епидидимит, орхит, орхиепидидимит, фуникулит, деферентит, елефантиаза на скротума, некротизиращ фасциит, както и най-граматичната, макар и рядка complicация – гангрена на Фурние^{19–22}. Клинико-лабораторни изменения: в кръвта се установява повишено СУЕ, левкоцитоза с олевяване и високи стойности на С-реактивния протеин, а в урината – реактивни фебрилни промени под формата на микропротеинурия, микроеритроцитурия, левкоцитурия и цилиндрурия^{7, 16}. Лечението е задължително стационарно, с местни и системни антибактериални медикаменти, покой на легло и борба с интоксикацията¹⁵. Категорично възразяваме срещу назначаването на мазеви, линиментни, емулсионни, кремобразни и гелни основи в острата фаза на заболяването, защото водят до развитието на усложнения и значително забавят регенеративните процеси на кожата. В локалната терапевтична тактика се придържахме към единствената правилна аксиома – студени антибактериално-антисептично-регенеративни компреси. След преболедуване пациентът трябва да получи противоречиво лечение, чиито златен стандарт е назначаването на бензатин-бензилпеницилин по 2 400 000 UI i. m. (след отрицателна скарификационна проба) за 6–12–18 месеца и да бъде наблюдаван поне 2 години¹⁵.

Описание на клиничен случай

Пациент Д. А. Г., 23-годишен, от гр. Сливен, ИЗ № 14647/1249. Постъпва за пръв път в клиниката по повод на зачервяване, оток и болка на скротума, съпроводени от висока температура. Субективно (*Mollestiae aegroti*):

съобщава за втрисане, силна болка, тежест, чувство на придърпване и парене в областта на скротума. Обективно (*Status praesens generalis*): контактен и адекватен. Нормостенен хабитус (ръст – 178 cm, маса – 75 kg). Аксиларна телесна температура – 39,7°C, RR – 110/70 mmHg, Fr – 98/min, Cor – ритмична сърдечна дейност, синусова тахикардия, корелираща с високо фебрилното състояние. Pulmo – чисто везикуларно дишане двустранно. Периферни лимфни възли: регионални ингвинални – увеличени билатерално, несрастнали се, подвижни, с плътно-еластична консистенция, палпаторно болезнени; останалите ПЛВ са интактни. Описание на локаса (*Status praesens localis*): еритемна макула на широка основа с неправилна геометрична конфигурация, аленочервен цвят, лека кожна инфилтрация, значително повишена местна температура и палпаторна болезненост (фиг. 1). Тестисите, епидидимите, както и надлежащите им анатомични структури (*ductus deferens* и *funiculus spermaticus*) са интактни двустранно. Клинико-лабораторни данни: кръв – хемоглобин – 125 g/L, еритроцити – 4.3 T/L, хематокрит – 0.36 l/l, левкоцити – 19.1 G/L, СУЕ – 29 mm/h, С-реактивен протеин – 63.5 mg/L, тромбоцити – 280 G/L, кр. захар – 4.1 mmol/L; урина – микропротеинурия, левкоцитурия, цилиндрурия.



Фиг. 1. Еризипел на скротума, еритемна форма, тежко протичащ, неусложнен, първичен, локализиран

Диагноза и лечение

Еризипел на скротума, еритемна форма, тежко протичащ, неусложнен, първичен, локализиран. Приложени са следните терапевтични мероприятия:

А) Локално:

1. Еднократно аплициране на *хлоретил (Ethyl chloride)* под формата на спрей в рамките на 9–10 секунди до побеляване на кожата повърхност; 2. Студени компреси с патентованата от нас антибиотично-антисептично-регенеративна разклащаема смес (*mixtura agitanda*) съобразно патент на Украйна № 80501 – 7 апликации за денонощие с продължителност по 15 минути.

Б) Системно:

1. *Ceftriaxon* – fl. 1.0 g – 2 x 1.0 g/24 h i. m. (след отчетена отрицателна скарификационна проба); 2. *Methylprednisolon* – amp. 0.080 g – i. v. еднократно; 3. *Claritin* – tab. 0.010 – по 1 табл./24 h; 4. *Ser. Glucosae* fl. 0.500 l – 1 x 500 ml i. v. канково/24 h; 5. *Sol. Ringeri* fl. 0.500 l – 1 x 500 ml i. v. канково/24 h; 6. *Sol. Natrii Chloridi* 0.9% fl. 0.500 l – 1 x 500 ml i. v. канково/24 h.

Пациентът е изписан като реконвалесцент 6 дни след хоспитализацията. Назначената терапевтична схема с цел избягване на рецидивите е *Retarpen* fl. 2 400 000 IU – x 1 fl. i. m. веднъж месечно (след отчетена отрицателна скарификационна проба) в рамките на 9 месеца, с контролни прегледи на всяко тримесечие.

Литература

- Білява О. О., Кравченко О. В., Погрібняк В. В., Рахній Г. М., Перепада В. М. Бешша: особливості клінічного перебігу, структури та частоти захворювання. *Хірургія України*. 2005;4(16):95-99.
- Витенчук С. З. Особенности течения рожистого воспаления у военнослужащих. *Военно-медицинский журнал*. 1980;3:65-67.
- Гальперин Э. А., Рыскинд Р. Р. Рожа. Москва: Медицина, 1976. 176 с.
- Карпов В. В., Исламов В. Г., Киянская Е. А. Клинико-эпидемиологические особенности рожистого воспаления у военнослужащих. *Медицинский вестник МВД*. 2013;5(66):61-64.
- Кортев А. И., Расковалов М. Г., Дроздов В. Н. Рожа. Кемерово: Кемер. кн. изд-во, 1977, с. 137.
- Марина С. С., Киров Г. К. Еризипел. София: КОМПЮТЬР АРТ-Бояджиев, 1992, с. 112.
- Ольшанецкий А. А., Высоцкий А. А., Фролов В. М., Зеленый И. И. Лабораторные методы прогнозирования гнойных осложненных рожистого воспаления. *Клінічна хірургія*. 1998;3:25-26.
- Толев И. Т., Молхо Л., Влашев Д., Дончева С. Върху някои епидемиологични, клинични и терапевтични наблюдения при болни от еризипел. *Дерматология и венерология*. 1976;1:17-23.
- Толев И. Т., Савова Й. К. Проучвания на необичайните локализации на еризипелната инфекция. *Дерматология и венерология*. 1982;3:163-166.
- Фролов В. М. Клиника и патогенетические механизмы рецидивирующей рожи. *Диссертация д.м.н. Киев*, 1986, с. 287.
- Фролов В. М., Рычнев В. Е. Патогенез и диагностика рожистой инфекции. Воронеж: Изд-во ВГМУ, 1986, с. 160.
- Хлестков А. А., Мыльникова Л. А. О проблеме рожистого воспаления у детей. *Педиатрия*. 1981;4:57-58.
- Черкасов В. Л. Рожа. Медицина, 1986, с. 200.
- Шапиро С. Е., Коваленко Е. С. Некоторые особенности рожистого воспаления в современных условиях. *Советская медицина*. 1973;5:78-83.
- Юнгарева И. Х., Николов В. В., Марина С. С. Терапия на еризипела. *GP News*. 2011;9(136):26-30.
- Юнгарева И. Х., Николов В. В., Марина С. С. С-реактивен протеин и СVE – прогностични маркери при еризипела. *Дерматология и венерология*. 2012;1:52-56.
- Юнгарева И. Х., Николов В. В., Марина С. С. Класификация на еризипела: литературни данни и собствени проучвания. *Дерматология и венерология*. 2013;1:33-37.
- Geyer H., Geyer A., Schubert J. Erysipelas and elephantiasis of the scrotum. Surgical and drug therapy. *Urology*. 1995;34(1):59-61.
- Geyer H., Geyer A., Schubert J. Erysipelas and elephantiasis of the scrotum – surgery and drug therapy. *Urol. Int*. 1997;58(4):243-246.
- Kinn A.C., Eld J. Acute erysipelous oedema in the scrotum. *Scand J Urol Nephrol*. 2003;37(4):366-367.
- Miszczak Z. Case of gangrenous erysipelas of the scrotum. *Wiad Lek*. 1983;36 (14):1213-1216.
- Vignes S., Trévidic P. Lymphedema of male external genitalia: a retrospective study of 33 cases. *Ann. Dermatol. Venereol*. 2005;132(1):21-25.