

## ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ

*Климук С. А., Алексеев С. А., Безводицкая А. А.,  
Семенчук И. Д., Машель В. В., Лапцевич А. В., Римашевский А. Г.  
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
г. Минск, Республика Беларусь*

**Введение.** Рожистое воспаление (РВ) характеризуется осложненным течением в 10–30 % случаев, однако структура осложнений традиционно учитывает только хирургические (развитие флегмоны или гангрены). Учет рисков, связанных с развитием септического состояния (в том числе связанных с нарушением свертываемости крови) традиционно не входит в протоколы лечения патологии и не учитывается в ведении пациентов, хотя летальность при тяжелом течении РВ может составлять от 5,8 до 21 %. Риск смерти даже в лучших центрах при сепсисе – не менее 35,0 %, риск смерти от тромбоза легочной артерии (ТЭЛА) – не менее 15 % при учете всех форм.

**Цель.** Оценить риск ТЭЛА согласно современным шкалам оценки риска; выяснить необходимость назначения тромбопрофилактики у пациентов с РВ и оценить вероятность развития синдрома системного воспалительного ответа при РВ и предпосылок к развитию сепсиса.

**Материал и методы:** выполнены 2 ретроспективных исследования на базе отделения гнойно-септической хирургии УЗ 5 ГКБ г. Минска, случаи за 2013 год. В когорту оценки риска ТЭЛА вошли 124 пациента (Ж-52 %, возраст 62 (интерквартильный диапазон [ИКД] 51; 70)). Критерии включения: 1) полная коагулограмма на момент поступления; 2) наличие достаточных данных в описании анамнеза для квалификации по Женевской и Канадской шкалам оценки риска ТЭЛА; 3) возраст не моложе 18 лет. Субпопуляция оценки риска ССВО-сепсиса состояла из 50 пациентов (Ж – 60 %, возраст 63, ИКД (50; 70)). Критерии включения: 1) лабораторные тесты при поступлении включают полный общий анализ крови, стандартную биохимию, коа-

гулограмму; 2) достаточные анамнестические данные для выявления клинических критериев ССВО (2012 года); 3) возраст не моложе 18 лет. Субпопуляции были однородны по половозрастному составу и распределению по формам РВ.

**Результаты и обсуждение.** Риск ТЭЛА оказался высоким при оценке по Женевской системе у 13 % пациентов, а по канадской – у 30 % (Таблица 1).

Таблица 1

**Распределение пациентов в зависимости от риска ТЭЛА**

<b>Женевская система</b>				
Группа	N (%)	Возраст, г (Ме, ИКД)	Пол	
			М	Ж
Низкий риск	36 (29 %)	53 (42,5; 58)	12 (33,3 %)	24 (66,6 %)
Средний риск	72 (58 %)	63,5 (53;73)	39 (54,2 %)	33 (45,8 %)
Высокий риск	16 (13 %)	73 (64;82)	8 (50 %)	8 (50 %)
<b>Канадская система</b>				
Группа	N (%)	Возраст, г (Ме, ИКД)	Пол	
			М	Ж
Низкий риск	86 (69,3 %)	56,5 (50;67)	39 (45,3 %)	47 (54,7 %)
Высокий риск	38 (30,7 %)	67 год (56;78)	20 (52,6 %)	18 (47,4 %)

Для оценки наличия ССВО применяли критерии 2012 года. Распределение пациентов использованной субпопуляции было следующим. Подгруппу «ССВО-» (без ССВО) составили 36 пациентов (38,88 %), из них буллезная форма была диагностирована у 18 пациентов (50,0 %), эритематозная – у 13 пациентов (36,11 %), некротическая – у 4 пациента (11,11 %), флегмонозная – у 1 пациента (2,77 %), осложненное течение наблюдалось у 5 пациентов (13,88 %). Подгруппу «ССВО+» (с ССВО) составили 14 пациентов (42,85 %), из них буллезная форма была диагностирована у 6 пациентов (42,85 %), эритематозная – у 6 пациентов (42,85 %), некротическая – у 2 пациентов (14,28 %), осложненное течение наблюдалось у 2 пациентов (14,28 %).

**Выводы.** До половины пациентов с РВ входят в группы среднего и высокого риска ТЭЛА, которая является редким. Но вероятным осложнением РВ. Следовательно, целесообразна оценка риска ТЭЛА у каждого пациента с диагнозом РВ. Несмотря на преимущественно локальный характер поражений при РВ, системные реакции могут быть выраженными, вплоть до развития ССВО. Отсутствие различий в доле пациентов с осложненным течением РВ в группах без ССВО и с ССВО согласно критериям 2012 года может свидетельствовать о существенной роли системной реакции в патогенезе РВ при отсутствии выраженной зависимости с объемом локального некроза ткани.