

## Рожистое воспаление лица. Что нужно знать офтальмологу?

Е.Е. Гришина, Т.Е. Сухова

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва

### РЕЗЮМЕ

*Рожа (erysipelas) — инфекционное заболевание, характеризующееся лихорадкой, интоксикацией и воспалительным поражением кожи, подкожной клетчатки и поверхностных лимфатических сосудов по типу целлюлита. Возбудителем заболевания являются стрептококки группы А (Streptococcus pyogenes). С учетом хорошо развитой поверхностной лимфатической сети лица можно констатировать, что воспаление, вызванное стрептококком, начавшись с тканей века, быстро, в течение нескольких часов, распространится по крайней мере на половину лица, а чаще на всю область лица и шеи. Исходя из вышесказанного диагноз изолированного рожистого воспаления века неправомерен. В статье описывается клиническая картина рожистого воспаления лица, и приведены примеры ошибочного диагноза рожистого воспаления век, что приводило к задержке начала адекватного лечения.*

*Итак, развитие изолированного рожистого воспаления век невозможно. Рожистое воспаление — инфекционное заболевание, и лечить его должен инфекционист в условиях стационара. При отсутствии положительной динамики на 3–5-й день лечения необходимо думать об осложнениях либо об ошибочности диагноза «рожистое воспаление». Осмотр офтальмологом позволит исключить осложнения рожистого воспаления со стороны глазного яблока.*

**Ключевые слова:** рожа, рожистое воспаление лица, глаз, инфекция, стрептококки группы А.

**Для цитирования:** Гришина Е.Е., Сухова Т.Е. Рожистое воспаление лица. Что нужно знать офтальмологу? РМЖ «Клиническая офтальмология». 2018;2:155–160.

## Facial erysipelas. What does an ophthalmologist need to know?

E.E. Grishina, T.E. Sukhova

M.F. Vladimirsky Moscow Regional Research and Clinical Institute (MONIK), Moscow, Russian Federation

### ABSTRACT

*Erysipelas is an infectious disease characterized by fever, intoxication and inflammatory cellulitis-like lesions of the skin, subcutaneous tissue and superficial lymphatic vessels. The disease is caused by group A streptococci (Streptococcus pyogenes). Given the well-developed lymphatic network on the face surface, we can state that the inflammation caused by streptococcus, starting with the tissues of the eyelid, spreads rapidly, within a few hours, to at least half the face, and more often to the whole face and neck area. Thus, the diagnosis of isolated erysipelas of the eyelid is not valid. The article describes the clinical picture of the facial erysipelas and examples of the erroneous diagnosis of erysipelas, leading to a delay in initiating adequate treatment.*

*Thus, the development of isolated erysipelas of the eyelids is impossible. Erysipelas is an infectious disease, and it should be treated by an infectious disease specialist in a hospital. If there is no positive dynamics for 3–5 days, it is necessary to consider the possibility of complications, or an erroneous diagnosis of erysipelas. Examination by an ophthalmologist will help to exclude eyeball complications of the erysipelas.*

**Key words:** erysipelas, facial erysipelas, eye, infection, group A streptococci.

**For citation:** Grishina E.E., Sukhova T.E. Facial erysipelas. What does an ophthalmologist need to know? RMJ "Clinical ophthalmology". 2018;2:155–160.

### ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ

Рожа (*erysipelas*) — инфекционное заболевание, характеризующееся лихорадкой, интоксикацией и воспалительным поражением кожи, подкожной клетчатки и поверхностных лимфатических сосудов по типу целлюлита. Возбудителем заболевания являются стрептококки группы А (*Streptococcus pyogenes*). В последнее время в рожистом очаге воспаления стали чаще выявлять микробные ассоциации, что, по-видимому, связано с нарушением барьерной функции кожи, снижением местного иммунитета. Однако «пусковым» этиологическим фактором считается стрептококк [1, 2]. Источником заражения являются больные различными стрептококковыми инфекциями, бактерионосители. Возможность аутоинокуляции остается недостаточно изученной. В анамне-

зе больного рожей практически всегда есть указание на предшествующее повреждение кожного покрова и его барьерной функции (травмы, микротравмы, некоторые болезни кожи). Внедрившийся возбудитель размножается в лимфатических сосудах кожи, вызывая острое воспаление подкожной жировой клетчатки (целлюлит), кожи и регионарный лимфаденит. В кровь проникают токсины стрептококка, вызывая интоксикацию. С учетом кратности течения заболевания выделяют первичное рожистое воспаление, повторное и, в случае возникновения не менее 3-х рецидивов за год, рецидивирующее.

### КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Клиническая картина рожи типична для острого инфекционного заболевания. Течение болезни можно разделить

на 3 периода: инкубация, развитая клиническая картина и выздоровление. В развитии клинической картины болезни отмечается закономерная последовательность. Вначале появляются продромальные явления — недомогание, озноб, головная боль, боль в мышцах, обусловленные нарастающей интоксикацией. Затем температура тела повышается до 38–40 °С. В зоне поражения возникают чувство распирания, жжения, боль, покраснение кожи.

В течение нескольких часов в очаге поражения развивается картина воспаления с присущими ему пятью признаками (жар, боль, отек, покраснение, расстройство функции). На пораженных участках кожи развивается яркая эритема в виде пятен различных размеров с четкими неправильными границами, с отеком и инфильтрацией кожи и подкожно-жировой клетчатки. Кожа плотная, горячая, болезненная на ощупь. В дальнейшем несколько эритематозно-отечных пятен сливаются в один крупный очаг с отходящими от него «язычками пламени». Поверхность очага становится ярко-красной, глянцевой. Отек кожи приводит к тому, что очаг как бы приподнимается над поверхностью кожи. Выраженность отека зависит от развития подкожной жировой клетчатки. В области век отек всегда выражен значительно. Появление цианотичных оттенков очага поражения свидетельствует о переходе заболевания в буллезную стадию. На поверхности эритематозно измененной кожи формируются пузыри с прозрачным или геморрагическим содержимым. В местах с хорошо развитой капиллярной сетью часто возникает экссудативный компонент, поэтому на веках преобладает буллезная форма, возникает мокнутие эритематозного очага.

По характеру местных изменений различают эритематозную форму (соответствует легкой стадии заболевания), эритематозно-буллезную (среднетяжелая стадия) и эритематозно-геморрагическую и буллезно-геморрагическую форму (тяжелая стадия) рожистого воспаления. По распространенности кожных проявлений рожу делят на локальную, мигрирующую и метастатическую (с появлением отдаленных друг от друга очагов воспаления) [3].

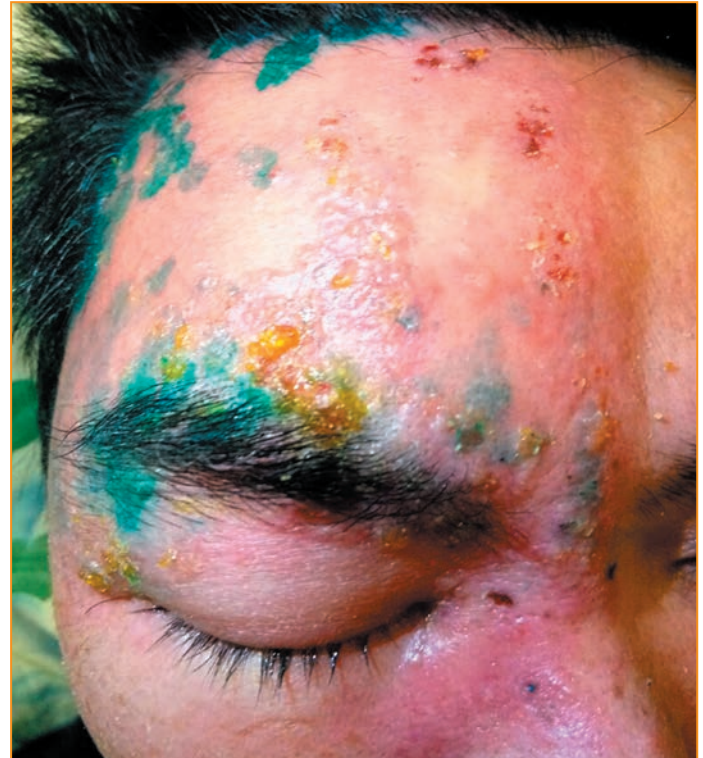
Выраженность кожных проявлений во многом зависит от участка тела. Процесс локализуется чаще на голенях, лице, руках, туловище. Поражение лица встречается в 17% случаев и протекает более благоприятно по сравнению с поражением конечностей [4].

В последние годы наблюдаются негативные изменения в течении рожистого воспаления: трансформация эритематозно-геморрагических форм рожи в более тяжелые буллезно-геморрагические формы, медленная эпителизация зоны поражения и присоединение вторичной инфекции, что особенно убедительно выявляется при рожистом воспалении на ногах [5].

Период реконвалесценции начинается обычно на 8–15-й день болезни.

#### Клинический пример № 1

Мужчина 32 лет во время выполнения строительных работ получил производственную травму в виде ушиба мягкой тканей правой половины лба. Лечился самостоятельно спиртовыми растворами анилиновых красителей. Через 2 дня почувствовал недомогание, слабость, головную боль, жар в области травмы. Температура тела повысилась до 39,5 °С. В течение последующих нескольких часов ощутил распирание кожи, жжение и боль в правой половине лица, а на коже



**Рис. 1.** Рожистое воспаление лица. Внешний вид больного  
**Fig. 1.** Facial erysipelas. General appearance

с этой же стороны отметил небольшое покраснение, которое стремительно увеличивалось по интенсивности окраски и площади, что вынудило больного обратиться к врачу.

При первичном обследовании: температура 37,8 °С. На правой половине лица эритематозная инфильтрированная бляшка с резко очерченной, неровной границей, размером с ладонь взрослого человека, захватывающая правую половину лба, костную часть носа, всю периорбитальную и правую щечно-височную области. На поверхности бляшки видны формирующиеся пузыри с прозрачным содержимым, ссыхающимся в желтые корки. Кожа напряжена, горячая на ощупь (рис. 1).

Проведены дополнительные исследования: в клиническом анализе крови лейкоциты —  $15,0 \times 10^9$ /л, нейтрофилы —  $9,5 \times 10^9$ /л, СОЭ — 54 мм/ч.

Установлен диагноз: первичное рожистое воспаление лица средней тяжести, эритематозно-буллезная форма.

Назначено лечение: пенициллин 3 000 000 Ед/сут внутримышечно в течение 10 дней, реополиглюкин 400,0 мг внутривенно капельно, поливитамины, наружно — сухое тепло.

На 3-и сут от начала терапии разрешилась лихорадка, боль, пузырьные высыпания, гиперемия и отек значительно уменьшились. На 10-е сут процесс полностью регрессировал, отмечались сухость кожи и мелкопластинчатое шелушение.

Утяжеляют состояние больного различные осложнения рожи. При массивном инфицировании могут развиваться абсцессы, флегмоны, некроз подкожной клетчатки. Тяжелым осложнением рожистого воспаления лица является менингит. При рожистом воспалении часто поражается лимфатическая система. Воспаление с последующим склерозированием лимфатических уз-

лов приводит к затруднению лимфооттока и развитию elephantiaza.

При изучении рожистого воспаления у офтальмолога могут возникнуть вопросы: возможно ли изолированное поражение век, какие осложнения глаз развиваются при рожистом воспалении?

Отвечаем: с учетом хорошо развитой поверхностной лимфатической сети лица можно констатировать факт, что воспаление, вызванное стрептококком, начавшись с тканей века, быстро, в течение нескольких часов распространяется по крайней мере на половину лица, а чаще — на всю область лица и шеи. С учетом вышесказанного диагноз рожистого воспаления века неправомерен. Ошибочный диагноз приводит к неадекватному лечению.

#### Клинический пример № 2

Нами ранее был описан больной Т-клеточной кожной лимфомой с поражением век [6]. Больному 47 лет с жалобами на отечность и несколько болезненное уплотнение обоих век правого глаза без флюктуации, резкую нечетко отграниченную гиперемию кожи век с поверхностным изъязвлением на отдельных участках был поставлен диагноз «абсцесс век» (рис. 2А).

Произвели вскрытие «абсцесса». Выделилось лишь небольшое количество сукровичного отделяемого. Было высказано предположение о рожистом воспалении век. Больному провели массивную системную терапию антибиотиками. В связи с неэффективностью местной и общей противовоспалительной терапии был направлен на консультацию к офтальмоонкологу.

При первичном осмотре привлекали внимание несоответствие местных клинических симптомов диагнозу рожки, отсутствие болевого синдрома и интоксикации, общей реакции организма в виде повышенной температуры тела, лейкоцитоза и изменения лейкоцитарной формулы. В локальном статусе преобладала безболезненная инфильтрация кожи с гиперемией без четких границ. Отсутствовали плотный болезненный отек кожи и четко отграниченная от окружающих тканей эрите-

ма. Из анамнеза стало известно, что пациент страдает Т-клеточной кожной неходжкинской лимфомой. Несколько месяцев назад в области правого предплечья появились изменения кожи, аналогичные описанным на лице (рис. 2В).

Начат курс противоопухолевого лечения Т-клеточной лимфомы.

Была произведена биопсия новообразования кожи век правого глаза. Диагноз Т-клеточной кожной лимфомы века подтвержден морфологически.

В коже преобладают Т-лимфоциты, поэтому кожная лимфома часто бывает Т-клеточной. Для этого вида опухоли характерна инфильтрация дермы опухолевыми лимфоцитами. На границе эпидермиса и дермы развиваются множественные микроабсцессы, которые обуславливают появление очагов несколько болезненной гиперемии кожи и ее поверхностное изъязвление. Установление правильного диагноза у данного пациента стало возможным благодаря грамотно собранному анамнезу, оценке клинических симптомов заболевания века, осмотру «внеглазных» проявлений заболевания.

Кожная лимфома нередко протекает под видом воспалительных заболеваний. Это так называемый маскарадный синдром. В литературных источниках имеются сообщения об ошибочной диагностике рожистого воспаления у больных кожной лимфомой [7, 8].

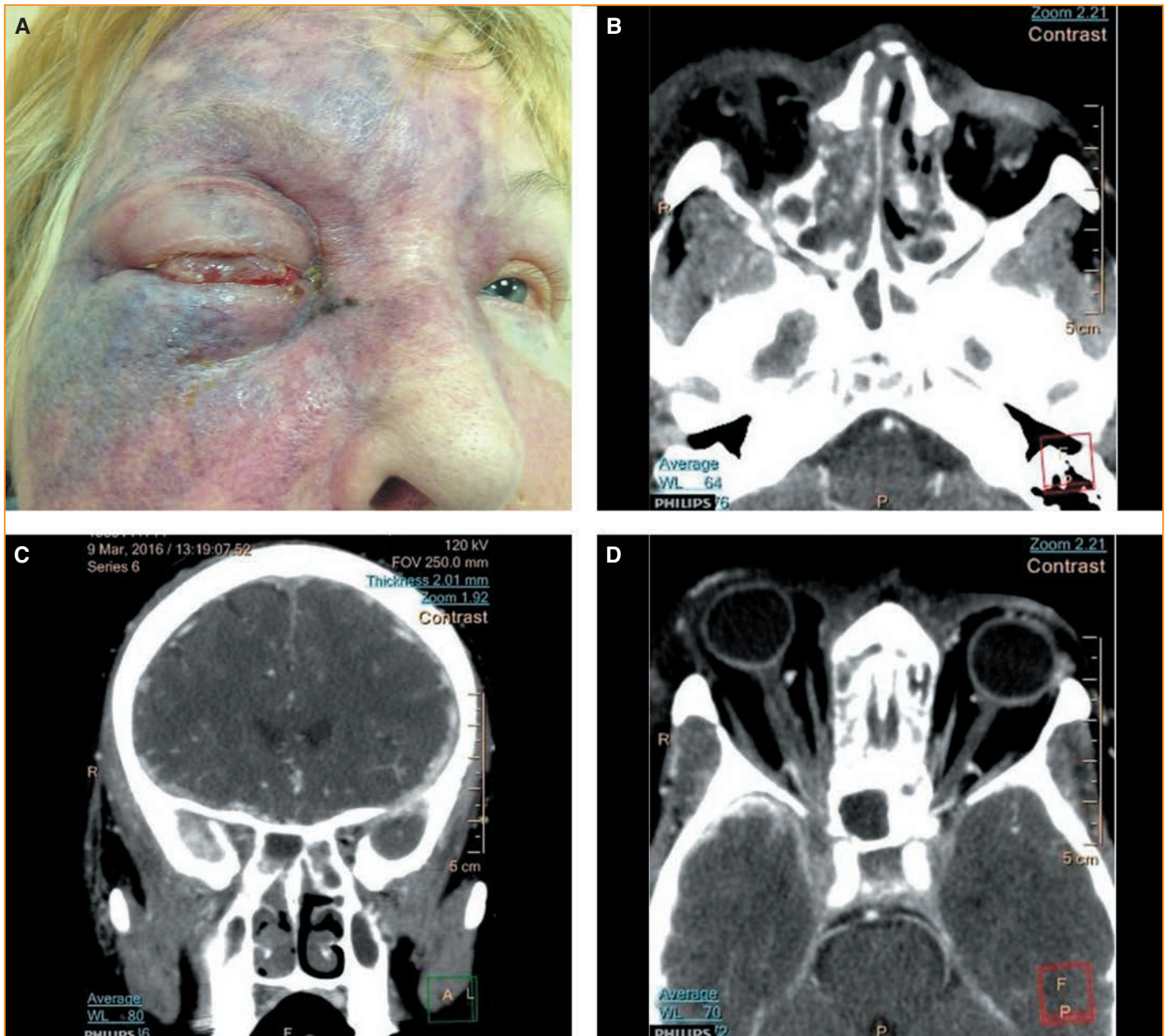
#### Клинический пример № 3

Больной 70 лет был установлен диагноз рожистого воспаления лица на основании жалоб на головные боли, значительный отек тканей правой половины лица, резко расширенные сосуды кожи лица (рис. 3А).

Патологических образований в правой орбите не обнаружено. Пальпация отекающих тканей лица безболезненна. Повышения температуры тела больная не отмечала. Изменений в показателях периферической крови не наблюдалось. Больная в течение месяца получала дезинтоксикационную, противовоспалительную и антибиоти-



**Рис. 2.** Т-клеточная кожная неходжкинская лимфома: **А** — поражение кожи век правого глаза; **В** — поражение кожи предплечья  
**Fig. 2.** Non-Hodgkin's cutaneous T-cell lymphoma: **A** — right eyelids skin lesion; **B** — forearm skin lesion



**Рис. 3.** Больная аденокарциномой правой молочной железы с множественными метастазами:

- A** – синдром верхней глазничной щели справа, метастазы в сосуды кожи и подкожной клетчатки лица;  
**B** – компьютерная томография придаточных пазух носа (аксиальная проекция). В клетках решетчатого лабиринта с обеих сторон негомогенная ткань с нечеткими границами;  
**C** – компьютерная томография придаточных пазух носа (фронтальная проекция). Аналогичная ткань в обеих половинах основной пазухи;  
**D** – компьютерная томография орбит (аксиальная проекция). Прямые мышцы правого глаза несколько утолщены, больше в задних отделах

**Fig. 3.** Female patient with adenocarcinoma of the right breast with multiple metastases:

- A** – orbital apex syndrome on the right, metastases in the skin vessels and subcutaneous tissue of the face;  
**B** – computer tomography of the paranasal sinuses (axial projection). Non-homogeneous tissue with fuzzy boundaries in the ethmoid sinuses on both sides;  
**C** – computer tomography of the paranasal sinuses (frontal projection). Similar tissue in both parts of the sphenoid sinus;  
**D** – computer tomography of orbits (axial projection). Rectus muscles of the right eye are thickened, more in the posterior parts

котерапию — без эффекта. Через месяц резко снизилась острота зрения правого глаза, появились правосторонний экзофтальм, полная офтальмоплегия, полный птоз верхнего века и значительный красный хемоз. Больная была направлена на консультацию к офтальмоонкологу.

Компьютерная томография выявила диффузно-очаговые изменения структуры костной ткани в костях лицевого и мозгового отделов черепа и наличие негомо-

генной ткани с нечеткими границами в верхнечелюстных, лобных, основных пазухах и клетках решетчатого лабиринта. На компьютерных томограммах орбит правое глазное яблоко смещено кпереди, форма и структура его не изменены, оболочки четко дифференцируются. Прямые мышцы правого глаза несколько утолщены, больше в задних отделах. Патологических образований в правой орбите не обнаружено (рис. 3B–D).

Была произведена биопсия новообразования верхнечелюстной пазухи и кожи лица. Выявлены рак слизистой придаточных пазух носа, предположительно метастатического характера, и опухолевые эмболы в сосудах кожи. При маммографии обнаружен рак правой молочной железы, подтвержденный пункционной биопсией. Заключительный диагноз: аденокарцинома правой молочной железы с метастазами в слизистую придаточных пазух носа, сосуды кожи и подкожной клетчатки лица, кости черепа, синдром верхней глазничной щели справа.

Рожистое воспаление лица часто сопровождается болевыми ощущениями в глазу. Выраженный отек век затрудняет отток секрета мейбомиевых желез, и, следовательно, нарушается липидный слой слезной пленки. Развивается синдром «сухого глаза», связанный с повышенным испарением слезной пленки. Провести диагностические пробы Ширмера и Норна таким больным не представляется возможным, но использование витального красителя — лиссаминового зеленого выявляет дефекты конъюнктивы, особенно у края века. При рожистом воспалении возможна и другая серьезная патология глаза. Имеются сведения о развитии у больных рожей метастатического эндофтальмита стрептококковой этиологии [9, 10].

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Развитие изолированного рожистого воспаления век невозможно. Начавшись в тканях век, процесс быстро распространится на область лица.

Рожистое воспаление — инфекционное заболевание, и лечить его должен инфекционист в условиях стационара.

При отсутствии положительной динамики лечения на 3–5-й день необходимо думать об осложнениях либо об ошибочно поставленном диагнозе рожистого воспаления.

Осмотр офтальмологом позволит исключить осложнения рожистого воспаления со стороны глазного яблока.

## Литература

- Бразник Е.А., Остроушко А.П. Рожистое воспаление в хирургической практике. Научное обозрение. Медицинские науки. 2016;4:14–17. [Brazhnik E.A., Ostroushko A.P. Erysipelas in a surgical practice. Scientific review. Medical sciences. 2016;4:14–17 (in Russ.).]
- Bläckberg A., Trelle K., Rasmussen M. Erysipelas, a large retrospective study of aetiology and clinical presentation. BMC Infectious Diseases. 2015;15:402–408. doi: 10.1186/s12879-015-1134-2.
- Яковлев А.Б., Липатова Е.В., Глазко И.И. Рожа и рожеподобные целлюлиты. ВММЖ Terra Medica. 2014;2:22–29 (in Russ.). [Yakovlev A.B., Lipatova E.V., Glazko I.I. Erysipelas and erysipelas-like cellulites. VIMJ Terra Medica. 2014;2: 22–29 (in Russ.).]
- Krasagakis K., Valachis A., Maniatakis P. et al. Analysis of epidemiology, clinical features and management of erysipelas. Int J Dermatol. 2010;49(9):1012–1017.
- Фокина Е.Г. Некоторые особенности первичной рожи лица в современных условиях. Тер. архив. 2014;11:70–77. [Fokina E.G. Some features of primary facial erysipelas under the present conditions. Therapeutic archive. 2014;11:70–77 (in Russ.).]
- Гришина Е.Е. Воспалительные заболевания век с позиции офтальмоонколога. РМЖ «Клиническая офтальмология». 2017;3:190–193. [[Grishina E.E. Inflammatory eyelid diseases from an ophthalmic oncologist's perspective.RMJ] "Clinical ophthalmology". 2017;3:190–193 (in Russ.).]

- Teresiak-Mikołajczak E., Szymańska M., Czarnecka-Operacz M. A case of diffuse large B-cell lymphoma misdiagnosed as an erysipelas of the face. Postepy Dermatol Alergol. 2013;30(4):268–270.
- Massone C., Fink-Puches R., Cerroni L. Atypical clinical presentation of primary and secondary cutaneous follicle center lymphoma (FCL) on the head characterized by macular lesions. J Am Acad Dermatol. 2016;75(5):1000–1006.
- Paquier-Valette C., Cante V., Brassat S. [Endogenous endophthalmitis as a complication in erysipelas]. Ann Dermatol Venereol. 2013;140:718–721.
- Costa J.F., Marques J.P., Marques M., Quadrado M.J. Endogenous endophthalmitis secondary to erysipelas. BMJ Case Rep. 2015. 29;2015. pii: bcr2014209252. doi: 10.1136/bcr-2014-209252.

**Сведения об авторах:** Гришина Елена Евгеньевна — д.м.н., профессор, главный научный сотрудник офтальмологического отделения. Сухова Татьяна Евгеньевна — д.м.н., старший научный сотрудник отделения дерматовенерологии и дерматоонкологии. ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. 129110, Российская Федерация, г. Москва, ул. Щепкина, д. 61/2. **Контактная информация:** Гришина Елена Евгеньевна, e-mail: eyelena@mail.ru. **Прозрачность финансовой деятельности:** никто из авторов не имеет финансовой заинтересованности в представленных материалах или методах. **Конфликт интересов отсутствует.** Статья поступила 09.07.2018.

**About the authors:** Elena E. Grishina — MD, PhD, professor, chief scientific officer of the ophthalmology department. Tatiana E. Sukhova — MD, PhD, Senior Researcher, Department of Dermatovenereology and Dermatooncology. M.F. Vladimirsky Moscow Regional Clinical and Research Institute. 61/2, Schepkina str., Moscow, 129110, Russian Federation. **Contact information:** Elena E. Grishina, e-mail: eyelena@mail.ru. **Financial Disclosure:** no author has a financial or property interest in any material or method mentioned. **There is no conflict of interests.** Received 09.07.2018.