



ХАРКІВСЬКА ХІРУРГІЧНА ШКОЛА

№ 3 (138) 2026

Національна академія медичних наук України

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Харківський національний медичний університет

«Харківська хірургічна школа» — медичний науково-практичний журнал

Заснований у листопаді 2000 р.
Виходить 6 разів на рік

Засновник —

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Свідцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації
серія КВ № 20183-9983ПР
від 20.08.2013 р.

Журнал внесено до переліку фахових видань у галузі медичних наук
(Наказ Міністерства освіти і науки України № 420 від 15.04.2021 р.)

Рекомендовано вченою радою
ДУ «ІЗНХ імені В. Т. Зайцева НАМН України»
(Протокол № 05 від 30.03.2026 р.)

Технічний редактор
Н. В. Карпенко

Підписано до друку 30.03.2026 р.
Формат 60×84 1/8.
Папір офсетний. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 11,75.
Тираж 120 прим.

Адреса редакції:

61018, м. Харків,
в'їзд Лікарський, 1.
Тел.: (057) 715-33-48
349-41-39
715-33-45

Видання віддруковане
у ТОВ фірма «НТМТ»
61072, м. Харків,
вул. Дерев'янка, 16, к. 83
Тел. (095) 249-39-96

Розмножування в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у журналі, допускається лише з дозволу редакції

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець

© «Харківська хірургічна школа», 2026

МЕДИЧНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Головний редактор В. В. Бойко, док. мед. наук, професор, академік НАМНУ
Editor-in-chief V. V. Boyko, Doctor of Medical Sciences, Academician NAMS

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Аксендиус Калангос, M.D., PhD, Professor, Greece
Д. О. Євтушенко, док. мед. наук, професор
О. М. Клімова, докторка біологічних наук, професорка
О. В. Кравцов, док. медичних наук
В. М. Лихман, док. мед. наук, професор
В. В. Макаров, док. мед. наук, професор
В. В. Негодуйко, док. мед. наук, професор
В. К. Піонтковський, док. мед. наук, професор
В. О. Прасол, док. мед. наук, професор
Р. В. Смачило, док. мед. наук, професор
Е. М. Хорошун, док. мед. наук, доцент
Rayimov Gayratjon, PhD, Professor, Uzbekistan
Khakimov Murod Shavkatovich, PhD, Professor, Uzbekistan

EDITORIAL BOARD

Kalangos Afksendiyos, M.D., PhD, Professor, Greece
D. O. Yevtushenko, Doctor of Medical Sciences, Professor, Ukraine
O. M. Klimova, Doctor of Biological Sciences, Professor
O. V. Kravtsov, Doctor of Medical Sciences, Professor, Ukraine
V. M. Lykhman, Doctor of Medical Sciences, Professor, Ukraine
V. V. Makarov, Doctor of Medical Sciences, Professor, Ukraine
V. V. Nehoduiko, Doctor of Medical Sciences, Professor, Ukraine
V. K. Piontkovskyi, Doctor of Medical Sciences, Professor, Ukraine
V. O. Prasol, Doctor of Medical Sciences, Professor, Ukraine
R. M. Smachylo, Doctor of Medical Sciences, Professor, Ukraine
E. M. Khoroshun, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Ukraine
Rayimov Gayratjon, PhD, Professor, Uzbekistan
Khakimov Murod Shavkatovich, PhD, Professor, Uzbekistan



Особливості перебігу бешихи у воєнний час
(огляд літератури)166
С. Д. Шаповал

Peculiarities of erysipelas during wartime
(Literature review).....160
S. D. Shapoval

ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ

Пошкодження кульшової западини.
Ретроспективний аналіз
клінічних випадків175

*В. К. Пiontkovsky, О. Ф. Marchuk,
Б. М. Myronik, Ю. І. Tsyplinskyi*

Посттравматичний розрив правої половини
діафрагми: клінічне спостереження180

*С. О. Savvi, П. М. Zamiatin,
Є. А. Novikov, В. В. Zhydetskyi,
С. Ю. Bytiak, О. С. Lobanov,
Е. В. Sushchenko*

Досвід хірургічного лікування
поліструктурної бойової травми в умовах
обласного центру бойової травми184

*С. Pechnikov, С. Palamarchuk, І. Gerega,
В. Prysyzhnyuk, Б. Zakharchuk,
О. Guzovaty, І. Ovdiyuk*

Особливості клінічного перебігу ізольованого
некрозу сліпої кишки (випадок із практики)190

*І. Д. Duzhyi, С. О. Metynskyi,
Г. І. Piatyko, О. В. Kurochkin,
В. В. Lohutov, Б. С. Diak*

ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ

Injuries to the hip fossa.
A retrospective analysis
of clinical cases169

*V. K. Piontkovsky, O. F. Marchuk,
B. M. Myronik, Yu. I. Tsyplinsky*

Post-traumatic rupture of the right hemidiaphragm:
a clinical case.....174

*S. O. Savvi, P. M. Zamiatin,
Ye. A. Novikov, V. V. Zhydetskyi,
S. Yu. Bytiak, O. S. Lobanov,
E. V. Sushchenko*

Experience in the surgical management
of multiple trauma
in a regional trauma centre178

*S. Pechnikov, S. Palamarchuk, I. Gerega,
V. Prysyzhnyuk, B. Zakharchuk,
O. Guzovaty, I. Ovdiyuk*

Clinical features of isolated cecal necrosis
(a case report).184

*I. D. Duzhyi, S. O. Metynskyi,
H. I. Piatyko, O. V. Kurochkin,
V. V. Lohutov, B. S. Diak*



С. Д. Шаповал

*Запорізький державний
медико-фармацевтичний
університет*

© Шаповал С. Д.

Отримано – 2.03.26

Схвалено до друку – 23.03.26

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БЕШИХИ У ВОЄННИЙ
ЧАС (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)**

Резюме. У статті мова йде про особливості перебігу бешихи, обумовлені бойовими діями та умовами, в яких перебувають військові, які постійно піддаються ризику отримати бойові травми та поранення. Особливості цього захворювання пов'язані із інфекціями, стресом, погіршенням санітарії та доступу до медицини, що може призводити до більш тяжких форм бешихи та рецидивів. Внаслідок триваючих бойових дій в Україні серед військових та цивільних зростає увага до цієї проблеми.

Ключові слова: бешиха, особливості перебігу, бойові дії.

Вступ

Війна — це дуже важка робота, яка не дає здоров'я. Військові постійно піддаються ризику отримати бойові травми та поранення, адже перебувають у надскладних умовах. Через активні бойові дії військові можуть просто не мати доступу до необхідних засобів гігієни, мерзнути, перегріватися на сонці чи просто не встигати вчасно змінювати одяг та взуття. Тому захисники і захисниці часто хворіють ще й на різноманітні недуги, серед яких особливе місце займає бешиха [1-3].

У воєнний час особливості бешихи пов'язані з умовами, що сприяють інфекціям (рани, мікротравми), стресом, погіршенням санітарії та доступу до медицини, що може призводити до більш тяжких форм (із бульбашками, виразками) та рецидивів. При цьому лікування може ускладнитися, хоча суть недуги та симптоми залишаються класичними: висока температура, сильна інтоксикація, чітко окреслене почервоніння. В Україні серед військових та цивільних зростає увага до цієї проблеми через наявність постійних бойових дій [4-9].

Бешиха (рожа) у військових — це бактеріальне інфекційне запалення шкіри, найчастіше на ногах, спричинене стрептококом, що виникає через мікротравми (від фізичних навантажень, умов служби), проявляється яскраво-червоною, гарячою, набряклою ділянкою з чіткими краями («язиками полум'я») та болем. Лікування вимагає антибіотиків та невідкладного звернення до лікаря, щоб запобігти ускладненням, таким як слоновість (лімфостаз) [10-31].

Основні аспекти проблеми бешихи у військових наведено в табл. 1.

Отже, в умовах бойових дій бешиха становить актуальну проблему, оскільки через часту травматизацію та мікропошкодження шкіри, забруднення ран, фізичне та психоемоційне перенапруження захворювання може усклад-

нитися, що призводить до рецидивів та зниження боєздатності особового складу.

Таблиця 1

Проблема бешихи в умовах бойових дій

Аспект проблеми	Характеристика
Епідеміологічні фактори	Часті травми та мікропошкодження шкіри, забруднення ран, висока контамінація β-гемолітичним стрептококом
Місцеві умови	Порушення крово- та лімфообігу внаслідок поранень, опіків, контузій, іммобілізації кінцівок
Імунологічні фактори	Стрес, перевтома, переохолодження, недосипання, неповноцінне харчування → вторинний імунодефіцит
Організаційні труднощі	Пізня діагностика, затримка початку антибіотикотерапії, обмежений доступ до препаратів
Клінічні особливості	Часті ускладнені та рецидивні форми (бульозна, флегмонозна, некротична)
Ускладнення	Абсцеси, флегмони, некрози, сепсис
Медико-тактичне значення	Втрата боєздатності, необхідність евакуації, збільшення навантаження на медичну службу

У воєнний час бешихове запалення має низку особливостей і підвищених ризиків, зумовлених частою травматизацією, порушенням місцевого крово- й лімфообігу внаслідок поранень та іммобілізації, розвитком вторинних імунодефіцитних станів на тлі хронічного стресу, перевтоми, переохолодження й неповноцінного харчування, а також обмеженими можливостями своєчасної діагностики та адекватної антибактеріальної терапії, що призводить до більш тяжкого перебігу захворювання та ускладнень [14-20].

Серед ключових особливостей розвитку бешихи виокремлюють такі [21-33]:

1. Підвищений ризик інфікування: часті мікротравми шкіри, садна, рани та їх забруднення (від бойових дій, польових умов), які стають «вхідними воротами» для стрептокока.

2. Тяжкість перебігу: хронічний стрес і перевтома, недосипання, переохолодження, неповноцінне харчування, внаслідок чого посилю-



ються інтоксикація та розвиток бульбашкової або флегмонозної форм бешихи.

3. Ускладнення: можливе швидке поширення запалення, розвиток некрозів, сепсису.

4. Рецидиви: хронічний стрес та ослаблення імунітету можуть провокувати повторні епізоди, які часто виникають на тій самій ділянці тіла (ноги, обличчя).

5. Організаційні та медичні обмеження: затримка діагностики та початку АБТ, відсутність доступу до препаратів першої лінії, труднощі з профілактикою.

Розвиток бешихи у військових підвищується внаслідок поєднання польових умов та зниження імунітету. Ключові фактори включають порушення цілісності шкіри (травми, потертості, мікротравми), тривале переохолодження чи перегрівання, хронічний стрес, грибкові інфекції стоп, недостатню гігієну, мацерацію шкіри, а також супутні захворювання (діабет, ожиріння).

Основні фактори ризику розвитку бешихи [34-39]:

1. Пошкодження шкіри: травми, мозолі, потертості від форменого одягу та взуття створюють «ворота» для інфекції.

2. Фізичні навантаження: тривалі походи, біг, носіння важкого спорядження, в результаті чого виникають мікротравматизації та набряки.

3. Зниження імунітету: стрес, недосипання, незбалансоване харчування, внаслідок чого ослаблюються захисні сили організму.

4. Контакт із бактеріями: поширення стрептокока через забруднені поверхні чи безпосередній контакт, грибкові захворювання стоп.

5. Хронічні захворювання: цукровий діабет, венозна недостатність, лімфостаз (набряки), ожиріння (рис. 1).

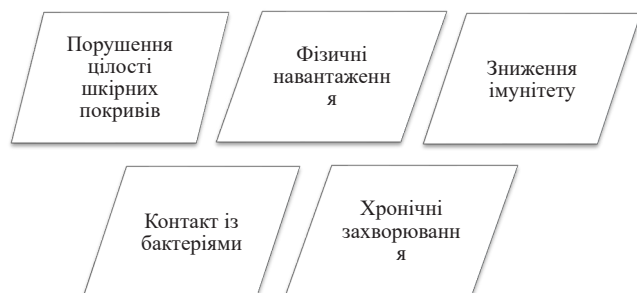


Рис. 1 Фактори ризику розвитку бешихи

Крім того, можна виокремити кілька факторів, що підвищують ризик поширення бешихи серед військових [40-43]:

1) руйнування інфраструктури, що ускладнює доступ до чистої води та санітарних умов;

2) скупченість людей в евакуаційних пунктах та укриттях;

3) вплив війн на поведінкові моделі людей, і зростання ризику через психологічні навантаження та нехтування засобами захисту.

Особливості розвитку бешихи у воєнний час:

- супутні чинники: травми, рани, обмороження, погані санітарні умови, що створює ідеальні умови розвитку інфекції;

- складність діагностики: важко відрізнити бешиху від інших запалень (флегмона, дерматит, тромбофлебіт) на тлі загальних симптомів, пов'язаних із бойовими діями;

- обтяжений фон: супутні захворювання (цукровий діабет, варикоз) та ослаблений імунітет посилюють перебіг бешихи.

- ризик ускладнень: підвищений ризик формування некрозу, флегмони, сепсису через затримку допомоги та наявність супутніх пошкоджень.

Бешиха у воєнний час має такі самі особливості, що і в мирний: гострий початок, висока температура, інтоксикація, яскрава, чітко окреслена еритема на шкірі (часто на ногах), що викликається стрептококом. Особливості в умовах військових дій — ускладнення діагностики через супутні травми та інші інфекції, підвищений ризик ускладнень (флегмони, сепсис) та ускладнений доступ до антибіотиків, що потребує ранньої, адекватної антибіотикотерапії [44-47].

У військових умовах пріоритет віддається швидкому старту антибактеріальної терапії та усуненню інтоксикації, оскільки зволікання загрожує розвитком важких ускладнень і летальним результатом.

Спостерігається чітка сезонність: у літньо-осінньому періоді бешихове запалення розвивається більш ніж у 4 рази частіше порівняно із зимово-весняним. За кратністю захворювання первинна бешиха значно переважає інші форми.

За тяжкістю спостерігається переважно перебіг середньої тяжкості. У всіх пацієнтів осередок ураження супроводжується мерзлякуватістю, гарячкою, гіперемією шкіри, набряком м'яких тканин, болем.

Хвороба починалася гостро з ознобу і підвищення температури тіла до 38-40°C і вище. Відмічається головний біль, біль у м'язах, нудота, блювання. Симптоми інтоксикації виникають на добу раніше від місцевих запальних уражень. Тривалість гарячки при неускладненому перебігу не перевищує 5-6 діб. Місцеві прояви запалення зникають значно пізніше нормалізації температури тіла. При еритематозній формі бешихи осередкове ураження утримується від 5 до 9 діб, при бульозній і геморагічній — до 12-17 діб. Після перенесеного захворювання у реконвалесцентів відзначаються залишкові явища: пігментація шкіри, осеред-

кова застійна гіперемія, щільні скоринки на місці бул, набряковий синдром. Зміни периферійної крові характеризуються помірним лейкоцитозом, збільшенням ШОЕ [48-49].

Посилюють перебіг бешихи такі ускладнення:

- наявність бешихового запалення, що виникало раніше;
- хронічні захворювання шкіри: псоріаз, екзема;
- травми: наявні або ті, що виникали раніше;
- інфекції носоглотки;
- за захворювання вен;
- імунодефіцитні стани;
- цукровий діабет;
- ожиріння;
- нефротичний синдром.

Симптоми бешихового запалення виникають раптово. До шкірних проявів хвороби належать:

- еритема шкіри яскраво червоного кольору;
- помітне височіння уражених ділянок шкіри над навколишніми;
- виникнення печіння, болісних відчуттів та свербіжу у ділянці ураження;
- твердість та набряклість шкіри з можливим виникненням дрібних ямочок, що нагадують апельсинову скоринку;
- можливість появи пухирів та виразок, а в деяких випадках і некрозу.

Крім шкірних проявів характерне виникнення ознак інтоксикації:

- лихоманка;
- озноб;
- головний біль;
- підвищена втома;
- погіршення апетиту;
- нудота і блювота.

Ці загальні симптоми можуть бути різної сили, але досить часто вони проявляються слабо.

Якщо лікування бешихового запалення вчасно не розпочате, можуть виникати ускладнення різного ступеня тяжкості, серед яких [50, 51]:

- абсцеси;
- флегмони;
- тромбофлебії.

Рідше можуть розвиватися інфекційні захворювання, локалізовані далеко від місця ураження шкіри, такі як інфекційний ендокардит, септичний артрит, бурсит, тендиніт, гломерулонефрит, тромбоз печеристого синуса. У найважчих випадках може розвинути сепсис.

З огляду на інфекційну природу хвороби важливо пам'ятати, що це заразне захворювання. Інфекція зазвичай передається від людини до людини. Найчастіше бешиховим запаленням шкіри можна заразитися контактним спо-

собом. Однак інфекційний агент, здатний викликати захворювання, може передаватися й іншими шляхами.

В умовах бойових дій бешиха часто має тяжкий та ускладнений перебіг через поєднання травматизації, імунодефіциту та затримки лікування. Зокрема, бешиха часто ускладнюється гнійно-некротичними процесами, судинними ураженнями, сепсисом і рецидивуючим перебігом.

Перелік основних ускладнень наведено в табл. 2.

Таблиця 2

Основні ускладнення бешихи у військових

Група ускладнень	Конкретні ускладнення
Місцеві гнійно-некротичні	Абсцес, флегмона, некроз м'яких тканин, бульозно-геморагічна форма бешихи
Судинні та лімфатичні	Тромбофлебіт, лімфангіт, хронічний лімфостаз (елефантіаз)
Загальні (системні)	Сепсис, інфекційно-токсичний шок, поліорганна недостатність
Рецидиви та хронізація	Часті рецидиви, хронічна рецидивна бешиха, постбешихові трофічні зміни
Медико-тактичні наслідки	Тривала втрата боєздатності, госпіталізація, евакуація

У разі приєднання вторинної бактеріальної інфекції та/або поширення інфекційного процесу на глибші шари шкіри і підшкірно-жирової клітковини розвивається гнійне запалення з утворенням абсцесів або поширених флегмон. Це супроводжується деструкцією тканин, збільшенням вираженості інтоксикації.

Внаслідок вираженого запалення з порушенням кровопостачання можливий розвиток ділянок некрозу і виразкових вад.

Поширення запального процесу на стінки вен, розташованих у дермі та підшкірній клітковині, закінчується флебітом, у деяких випадках тромбофлебітом, який значно підвищує ризик розвитку тромбоемболічних ускладнень.

Можливий розвиток гострої серцевої та судинної недостатності на тлі інтоксикації, порушень водно-електролітного балансу.

У деяких випадках приєднується гострий гломерулонефрит, як прояв системного стрептококового ураження нирок.

Гематогенна дисемінація збудників бешихи супроводжується сепсисом, інфекційно-токсичним шоком — найбільш несприятливими ускладненнями з високим ризиком летального результату.

Лікування бешихи у військових вимагає негайного призначення антибіотиків (пеніциліни, цефалоспорины) курсом 7-10 днів, симптоматичної терапії (анальгетики, НПЗП), місцевого догляду (антисептичні пов'язки) та часто госпіталізації. Через ризик рецидивів (до



Таблиця 3

Протокол лікування бешихи у військових

№ з. п.	Етап	Основні дії
1	Початкове оцінювання	- Виявлення форми бешихи: еритематозна, бульозна, флегмонозна, некротична - Оцінка тяжкості: локалізована, ускладнена, септична - Виявлення факторів ризику: травма, лімфостаз, імунodefіцит, супутні захворювання
2	Антибактеріальна терапія	Початкова (емпірична) терапія: - пеніциліни: бензилпеніцилін (в/в) або амоксицилін/клавуланат; - при алергії: цефалоспорины (II і III поколінь), макроліди; - тривалість: 7-14 днів (залежно від тяжкості); - рецидиви/ускладнена форма: внутрішньовенна терапія, контроль стану
3	Імунорегувальна та імуномодульвальна терапія	- Призначається при рецидивній або тяжкій формі, особливо на тлі вторинного імунodefіциту - Препарати: поліоксидоній, імудон, тимоген, лікопід - Мета: стимуляція Т-клітинного імунітету, посилення фагоцитозу, нормалізація цитокінового профілю
4	Місцеве лікування	- Антисептична обробка шкіри та ран - Травматологічне або хірургічне втручання при ускладнених формах (абсцес, флегмона, некроз) - Дренування та санування уражених зон
5	Симптоматична та підтримувальна терапія	- Жарознижувальні препарати при лихоманці - Вітаміни та мікроелементи (А, С, Е, група В) - Корекція супутніх захворювань (цукровий діабет, варикозна хвороба) - Гідратація та підтримка серцево-судинної системи за тяжкого перебігу
6	Профілактика рецидивів	- Довготривала антибіотикопрофілактика у групах ризику (біцилін – 1 раз на 2-4 тижні) - Контроль за станом шкіри та ран - Лікування хронічних осередків інфекції - Відновлення та підтримка лімфо- і кровообігу
7	Медико-тактичні рекомендації	- Тривала або тяжка бешиха є підставою для тимчасової втрати боєздатності - Ускладнена форма → евакуація в лікувальний заклад з хірургічними можливостями - Обов'язковий диспансерний контроль після лікування

30,0%) важливими є диспансеризація та уникнення перевантажень.

У табл. 3 наведено адаптований протокол лікування бешихи у військових.

Лікування включає такі етапи:

1. Діагностика: клінічний огляд (яскрава, болісна, піднята бляшка з чіткими краями), збирання анамнезу, виключення травматичного походження.

2. Антибіотикотерапія (ключовий етап). Препаратами першого вибору є пеніциліни (бензилпеніцилін парентерально при тяжких формах).

3. Альтернативні призначення (при алергії/резистентності): цефалоспорины (цефтриаксон, цефазолін), кліндаміцин, доксициклін.

4. Терміни: почати негайно, поки немає даних про чутливість.

5. Симптоматична терапія:

а) жарознижувальні та знеболювальні: парацетамол, НПЗП;

б) дезінтоксикація: рясне питво, інфузійна терапія (за умов стаціонару).

в) місцеве лікування: спокій, піднесене положення кінцівки, асептичні пов'язки (уникати спирту та йоду на яскраву еритему).

6. Профілактика ускладнень: спостереження за станом, контроль симптомів інтоксикації.

Додатково для полегшення стану використовують:

- холодні компреси;
- підняте положення ноги (це допомагає зменшити набряк);
- перев'язки рани із застосуванням антисептичних і протизапальних лікарських засобів.

Протокол лікування у вигляді компактної схеми наведено на рис. 2.



Рис. 2 Схема лікування бешихи у військових

Під час лікування дуже важливо дотримуватися протоколу і розуміти, що:

- діагностика необхідна для запобігання ускладнень (абсцеси, тромбофлебіт, лімфостаз);
- рецидивній формі (>3 разів на рік) потрібний диспансерний облік;
- лікування проводиться в інфекційному або хірургічному відділеннях стаціонару;
- народні методи (наприклад, «спалювання рожі») неприпустимі.

Вакцини для запобігання стрептококовим інфекціям не існує, тому заходи профілактики мають переважно організаційний характер і передбачають [52]:

- проведення контролю рівня зволоженості шкіри;

- уникнення подряпин та порізів;
- дотримання гігієни (зокрема регулярне миття рук із милом, використання дезінфікувальних засобів на спиртовій основі);
- прикриття рота та носа при кашлі чи чханні.

Обробка інструментів у польових умовах теж не завжди можлива. Якщо доводиться використовувати ті самі ножиці або пінцет для кількох людей, їх необхідно хоча б протирати спиртовими серветками або змочувати в антисептику. Якщо антисептика немає, можна прокип'ятити інструмент у воді (коли є час і можливість) або обпалити полум'ям.

Прогноз при бешисі в цілому відносно сприятливий. При своєчасній діагностиці, адекватній терапії ймовірність повного одужання та відновлення висока. Слід зазначити, що інфекція схильна до рецидивного перебігу. У близько 30,0% пацієнтів діагностують рецидиви, які піддаються лікуванню значно складніше [53].

Рецидивна бешиха виникає приблизно у третини пацієнтів, що пов'язано з наявністю чинників ризику, а також із тим, що сама бешиха спричиняє ураження лімфатичних судин, розташованих у шкірі. А це призводить до повторного виникнення хвороби. Лікування рецидивної форми може вимагати застосування декількох видів антибіотиків внутрішньовенно і більш тривалого курсу терапії, який може тривати 4-6 тижнів і більше [54, 55].

Бешиха у військових може призводити до тимчасової або стійкої втрати боєздатності внаслідок ускладнень, рецидивів і розвитку лімфостазу.

Прогноз бешихи для військових може бути:

- 1) сприятливий – при еритематозній формі та своєчасно розпочатій антибіотикотерапії;
- 2) обтяжений – при бульозній, флегмонозній, некротичній формах;
- 3) несприятливий – у разі розвитку сепсису, інфекційно-токсичного шоку, частих рецидивів;
- 4) погіршується за наявності лімфостазу, хронічної венозної недостатності, імунодефіциту.

Для військовослужбовців можливі такі наслідки:

- своєчасне лікування – повне одужання можливе за 1-2 тижні;
- хронічна бешиха – часті рецидиви призводять до потовщення/атрофії шкіри, венозної недостатності, слоновості (лімфостазу), що впливатиме на придатність до служби, особливо в умовах бойових дій;
- ускладнення – можливі тромбофлебіт, мєнінгіт (при бешисі обличчя), септичний артрит, сепсис (рис. 3).



Рис. 3. Основні наслідки бешихи у військових

Вплив бешихи на проходження військової служби може бути таким:

- Легкий перебіг → тимчасове відсторонення, повернення до служби після одужання.
- Ускладнені та рецидивні форми → тривале лікування, обмеження фізичних навантажень.
- Хронічні ускладнення → обмежена придатність або непридатність до служби (за медичними показаннями).

Бешиха під час воєнного стану в Україні розглядається військово-лікарською комісією (ВЛК) згідно з «Розкладом хвороб» і може призвести до обмеженої придатності або непридатності до служби залежно від частоти загострень, стадії та впливу на функції організму, особливо якщо вона супроводжується частими рецидивами, які потребують стаціонарного лікування, або ускладненнями, що обмежують функціональність.

На рішення ВЛК впливає:

- частота загострень – часті рецидиви (наприклад, два або більше на рік) є підставою для перегляду придатності;
- стадія захворювання – наявність хронічної форми, ускладнень, трофічних змін шкіри чи лімфостазу;
- порушення функцій – вплив хвороби на працездатність, температуру, загальну слабкість, нудоту та інші симптоми.

Можливі статуси:

1. Обмежено придатний – якщо хвороба не має стійких виражених порушень і дозволяє виконувати певні види робіт.

2. Непридатний – у разі стійких, виражених порушень функцій або якщо загострення дуже часті, незважаючи на лікування.

Як це відбувається:

1. Звернення – потрібно звернутися до сімейного лікаря, який надасть направлення до військово-лікарської комісії.

2. Діагностика – лікарі ВЛК оцінять вашу медичну документацію (виписки, результати аналізів, історію хвороби).



Таблиця 4

Алгоритм рішення ВЛК щодо бешихи

Клінічна ситуація	Характеристика перебігу	Рішення ВЛК
Гостра бешиха (вперше)	Еритематозна форма, без ускладнень, ефективне лікування	Тимчасово непридатний → після одужання придатний
Ускладнена бешиха	Бульозна, флегмонозна, некротична форма	Тимчасово непридатний → повторний огляд
Ускладнена з наслідками	Стійкі функціональні порушення після лікування	Обмежено придатний
Рецидивна форма	≥2 рецидиви на рік	Обмежено придатний
Хронічна форма	Часті рецидиви, тривалий перебіг	Обмежено придатний
Тяжкі наслідки	Лімфостаз, слоновість, трофічні порушення, сепсис в анамнезі	Непридатний до служби

3. Висновок — за результатами обстежень ВЛК ухвалює висновок про придатність або непридатність до військової служби за відповідною статтею Розкладу хвороб.

Алгоритм рішення ВЛК наведено в табл. 4.

Статус тимчасово непридатного до служби надається на період лікування та реконвалесценції. Після завершення лікування проводять повторний огляд і залежно від ре-

зультатів ВЛК виносить нове рішення. Статус обмежено придатного передбачає зменшення фізичних навантажень, особливі умови служби тощо.

Рішення ВЛК при бешихі залежить від форми захворювання, частоти рецидивів і наявності стійких ускладнень. Чим тяжча форма та більше рецидивів бешихи, тим суворіше рішення ВЛК.

ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

- Борак ВП. Особливості перебігу бешихи. Вісник медичних і біологічних досліджень. 2021;4 (10):10-2.
- Василевська ЛА. Вплив мікробного пейзажу на розвиток деструктивних форм бешихи. Сучасні медичні технології. 2019;2:17-9.
- Василевська ЛА. Хірургічне лікування ускладнених форм бешихи. Сучасні медичні технології. 2020;4 (47):27-30.
- Василевська ЛА. Вакуум-аспірація в комплексному лікуванні хворих з деструктивними формами бешихи. Сучасні медичні технології. 2021;2 (49): 26-30.
- Василевська ЛА. Летальність при некротичній формі бешихи. Сучасні медичні технології. 2021;3 (50):19-21.
- Василевська ЛА. Показники неспецифічної резистентності організму у хворих на деструктивні форми бешихи. Сучасні медичні технології. 2022; 2 (53):26-30.
- Василевська ЛА, Шаповал СД, Воронцова ЛЛ. Особливості цитокінового типу регуляції імунної відповіді у пацієнтів з рожистим запаленням. Світ медицини та біології. 2022; 3 (81):35-8.
- Інфекційні хвороби. За ред. ОА. Голубовської. К. ВСВ: Медицина, 2022. 464 с.
- Настанова 00275. Бешиха і целюїт. Електрон. ресурс. Режим доступу: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents>.
- Шаповал СД, Василевська ЛА. Деякі аспекти проблеми хірургічних форм бешихи. Клінічна хірургія. 2020;9-10 (87):59-62.
- Шаповал СД, Василевська ЛА, Белінська ВО. Особливості клінічного перебігу і принципи диференціальної діагностики бешихи. Клінічна хірургія. 2021;1-2 (88):61-8.
- Шаповал СД, Василевська ЛА. Неспецифічні чинники резистентності у хворих на бешиху. Харківська хірургічна школа. 2021;1 (106):122-7.
- Шаповал СД, Василевська ЛА. Використання прокальцитоніну у хворих на хірургічні форми бешихи. Медичні перспективи. 2021;26(1):196-200.
- Шаповал СД, Василевська ЛА. Різновиди діагностованих мікроорганізмів у хворих на бешиху. Art of Medicine. 2021; 2 (18):140-3.
- Шаповал СД, Василевська ЛА, Воронцова ЛЛ. Використання імунокорегуючої терапії в комплексному лікуванні хірургічних форм бешихи. Клінічна хірургія. 2021; 5-6 (88):53-5.
- Шаповал СД, Василевська ЛА. Клініко-патогенетичне значення показників прозапальних цитокінів у хворих на бешиху. Шпитальна хірургія. Журнал імені Л.Я. Ковальчука. 2021;4:5-9.
- Шаповал СД, Василевська ЛА, Белінська ВО. Особливості клініки і принципи диференціальної діагностики бешихи. Сучасні медичні технології. 2022; 1 (52):46-55.
- Шаповал СД, Василевська ЛА. Аналіз незадовільних наслідків лікування бешихи. Архів клінічної медицини. 2022; 1 (28):57-61.
- Falcone M, et al. Acute bacterial skin and skin structure infection in internal medicine wards: old and new drugs. Internal and Emergency Medicine. 2016;1 (5):637-48.
- Bernard P, Bedane C, Mounier M, et al. Streptococcal cause of erysipelas and cellulitis in adults: a microbiologic study using a direct immunofluorescence technique. Arch. Dermatol. 1989;125:779-82.
- Bartholomeeusen S, Vandenbroucke J, Truysers C, Buntinx F. Epidemiology and comorbidity of erysipelas in primary care. Dermatol. 2007;215:118-22.
- Bernard P, Bedane C, Mounier M, et al. Streptococcal cause of erysipelas and cellulitis in adults: a microbiologic study using a direct immunofluorescence technique. Arch. Dermatol. 1989;125:779-82.
- Bishara J, Golan-Cohen A, Robenshtok E, et al. Antibiotic use in patients with erysipelas: a retrospective study. Isr. Med. Assoc. J. 2001;3:722-4.
- Bisno AL, Stevens DL. Streptococcal infections of skin and soft tissues. N. Engl. J. Med. 1996;334:240-5.
- Bläckberg A, Trelle K, Rasmussen M. Erysipelas, a large retrospective study of aetiology and clinical presentation. B.M.C. Infect. Dis. 2015;15:402-7.
- Bonnetblanc J.M., Bédane C. Erysipelas: recognition and management. Am. J. Clin. Dermatol. 2003;4:157-63.
- Cardona AF, Wilson SE. Skin and soft-tissue infections: a critical review and the role of telavancin in their treatment. Clinical Infectious Diseases. 2015;61:69-78.

28. Chartier C, Grosshans E. Erysipelas. *Int. J. Dermatol.* 1990;29:459-67.
29. Dupuy A, Benchikhi H, Roujeau JC, et al. Risk factors for erysipelas of the leg (cellulitis): case-control study. *B.M.J.* 1999;318:1591-4.
30. Druml W, Heinzel G, Kleinberger G. Amino Acid Kinetics in patients with sepsis. *American Journal of Clinical Nutrition.* 2001;73:908-13.
31. Bruun T, et al. Early response in cellulitis: a prospective study of dynamics and predictors. *Clinical Infectious Diseases.* 2016; 63(8):1034-41.
32. Karppelin M, et al. Evidence of streptococcal origin of acute non-necrotizing cellulitis a serological study. *Europ. J. of Clinical Microbiology & Infectious Diseases.* 2015;34(4):669-72.
33. Karppelin M, et al. Factors predisposing to acute and recurrent bacterial non-necrotizing cellulitis in hospitalized patients: a prospective case-control study. *Clin. Microbiol. Infect.* 2010;14(6):729-34.
34. Ferretti JJ, Stevens DL, Fischetti VA. *Streptococcus pyogenes: Basic biology to clinical manifestations.* Oklahoma City: University of Oklahoma Health Sciences Center, 2016.
35. Freund H, Atamian S, Holroyde J, et al. Plasma amino acids as predictors of the severity and outcome of sepsis. *Ann. Surg.* 1979;190:571-6.
36. Hannula-Jouppi K, et al. Genetic susceptibility to Non-Necrotizing Erysipelas. Cellulitis. *PLoS One.* 2013;8(2):e56255.
37. Goettsch WG, Bouwes-Bavinck JN, Herings RMC. Burden of illness of bacterial cellulitis and erysipelas of the leg in the Netherlands. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2006;20:834-9.
38. Gunderson CG, Martinello RA. A systematic review of bacteremias in cellulitis and erysipelas. *J Infect.* 2012;64:148-55.
39. Gunderson CG. Cellulitis: definition, etiology, and clinical features. *The Amer. J. of Medicine.* 2011;124(12):1113-22.
40. Hirschmann JV, Raugi GJ. Lower limb cellulitis and its mimics: part I. Lower limb cellulitis. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2012;67:163-75.
41. Inghammar M, Rasmussen M, Linder A. Recurrent erysipelas — risk factors and clinical presentation. *B.M.C. Infect. Dis.* 2014;14:270-5.
42. Doerler M, et al. Impact on wound healing and efficacy of various leg ulcer debridement techniques. *J. der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft.* 2012;10(9):624-31.
43. Karppelin M, Siljander T, Vuopio-Varkila J, et al. Factors predisposing to acute and recurrent bacterial non-necrotizing cellulitis in hospitalized patients: a prospective case-control study. *Clin. Microbiol. Infect.* 2010;16:729-34.
44. Krasagakis K, et al. Local complications of erysipelas: a study of associated risk factors. *Clin. Exp. Dermatol.* 2011;36(4):351-4.
45. Luiking YC, Steens L, Poeze M, et al. Low Plasma Arginine concentration in Septic Patients is related to diminished de novo arginine production from Citrulline. *Luiking, Supplement Clinical Nutrition.* 2003;22: 26.
46. Manring MM, Hawk A, Calhoun JH, Andersen RC. Treatment of war wounds: a historical review. *Clin Orthop Relat Res.* 2009; 467(8):2168-91. doi: 10.1007/s11999-009-0738-5. Epub 2009 Feb 14. PMID: 19219516; PMCID: PMC2706344.
47. Pasternak MS. Cellulitis, necrotizing fasciitis, and subcutaneous tissue infections. *Principles and Practice of Infectious Diseases.* 8th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2015, 1194-2015 p.
48. Stevens DL, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin. Infect. Dis.* 2014;59:10-52.
49. Karppelin M, et al. Predictors of recurrent cellulitis in five years. Clinical risk factors and the role of PTX3 and CRP. *J. of Infection.* 2015;70(5): 467-73.
50. Rantala S. *Streptococcus dysgalactiae* subsp. *equisimilis* bacteremia: an emerging infection. *Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis.* 2014;33:1303-10.
51. Karppelin M, et al. Recurrent cellulitis with benzathine penicillin prophylaxis associated with diabetes and psoriasis. *Europ. J. of Clinical Microbiology & Infectious Diseases.* 2013;32(3):369-72.
52. Pitche PV, et al. Risk factors associated with abscess formation among patient with leg erysipelas (cellulitis) in sub-Saharan Africa: a multicenter study. *BMC Dermatol.* 2015;15:18-22.
53. Sweeney IR, Mirafat M, Collyer GA. Critical review of modern and emerging absorbent dressings used to treat exuding wounds. *Int. Wound J.* 2012; 9(6):601-12.
54. Torok ME, Torok ME, Conlon CP. Skin and soft tissue infections. *Medicine.* 2013; 41(12):709-71.

REFERENCES

1. Borak VP. Osoblivosti perebigu beshikhi. *Visnik medichnikh i biologichnikh doslidzhen.* 2021;4 (10):10-2.
2. Vasilevska LA. Vpliv mikrobnogo peizazhu na rozvitok destruktivnikh form beshikhi. *Suchasni medichni tekhnologii.* 2019;2:17-9.
3. Vasilevska LA. Khirurgichne likuvannya uskladnenikh form beshikhi. *Suchasni medichni tekhnologii.* 2020;4 (47):27-30.
4. Vasilevska LA. Vakuom-aspiratsiya v kompleksnomu likuvanni khvorikh z destruktivnimi formami beshikhi. *Suchasni medichni tekhnologii.* 2021;2 (49): 26-30.
5. Vasilevska LA. Letalnist pri nekrotichnii formi beshikhi. *Suchasni medichni tekhnologii.* 2021;3 (50):19-21.
6. Vasilevska LA. Pokazniki nespetsifichnoi rezistentnosti organizmu u khvorikh na destruktivni formi beshikhi. *Suchasni medichni tekhnologii.* 2022; 2 (53):26-30.
7. Vasilevska LA, Shapoval SD, Vorontsova LL. Osoblivosti tsitokinovogo tipu regulatsii imunnoi vidpovidi u patsientiv z rozhistim zapalenniyam. *levska. Svit meditsini ta biologii.* 2022; 3 (81):35-8.
8. Infektsiini khvorobi. Za red. OA. Golubovskoi. K. VSV: Meditsina, 2022. 464 s.
9. Nastanova 00275. Beshikha i tselyuit. *Yelektron. resurs. Rezhim dostupu: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents>.*
10. Shapoval SD, Vasilevska LA. Deyaki aspekti problemi khirurgichnikh form beshikhi. *Klinichna khirurgiya.* 2020;9-10 (87):59-62.
11. Shapoval SD, Vasilevska LA, Belinska VO. Osoblivosti klinichnogo perebigu i printsipi diferentsialnoi diagnostiki beshikhi. *Klinichna khirurgiya.* 2021;1-2 (88):61-8.
12. Shapoval SD, Vasilevska LA. Nespetsifichni chinniki rezistentnosti u khvorikh na beshikhu. *Kharkivska khirurgichna shkola.* 2021;1 (106):122-7.
13. Shapoval SD, Vasilevska LA. Viktoristannya prokaltitoninu u khvorikh na khirurgichni formi beshikhi. *Medichni perspektivi.* 2021;26(1):196-200.
14. Shapoval SD, Vasilevska LA. Riznovidi diagnostovanih mikroorganizmiv u khvorikh na beshikhu. *Art of Medicine.* 2021; 2 (18):140-3.
15. Shapoval SD, Vasilevska LA, Vorontsova LL. Viktoristannya imunokoreguyuchoi terapii v kompleksnomu likuvanni khirurgichnikh form beshikhi. *Klinichna khirurgiya.* 2021; 5-6 (88):53-5.



16. Shapoval SD, Vasilevska LA. Kliniko-patogenetichne znachennya pokaznikov prozapalnikh tsitokiniv u khvorikh na beshikhu. Shpitalna khirurgiya. Zhurnal imeni L.Ya. Kovalchuka. 2021;4:5-9.
17. Shapoval SD, Vasilevska LA, Belinska VO. Osoblivosti kliniki i printsipi diferentsialnoï diagnostiki beshikhi. Suchasni medichni tekhnologii. 2022; 1 (52):46-55.
18. Shapoval SD, Vasilevska LA. Analiz nezadovolnikh naslidkiv likuvannya beshikhi. Arkhiv klinichnoï meditsini. 2022; 1 (28):57-61.
19. Falconeet M, et al. Acute bacterial skin and skin structure infection sininternal medicine wards: old and new drugs. Internaland Emergency Medicine. 2016;1 (5):637-48.
20. Bernard P, Bedane C, Mounier M, et al. Streptococcal cause of erysipelas and cellulitis in adults: a microbiologic study using a direct immunofluorescence technique. Arch. Dermatol. 1989;125:779-82.
21. Bartholomeeusen S, Vandenbroucke J, Truysers C, Buntinx F. Epidemiology and comorbidity of erysipelas in primary care. Dermatol. 2007;215:118-22.
22. Bernard P, Bedane C, Mounier M, et al. Streptococcal cause of erysipelas and cellulitis in adults: a microbiologic study using a direct immunofluorescence technique. Arch. Dermatol. 1989;125:779-82.
23. Bishara J, Golan-Cohen A, Robenshtok E, et al. Antibiotic use in patients with erysipelas: a retrospective study. Isr. Med. Assoc. J. 2001;3:722-4.
24. Bisno AL, Stevens DL. Streptococcal infections of skin and soft tissues. N. Engl. J. Med.1996;334:240-5.
25. Bläckberg A, Trell K, Rasmussen M. Erysipelas, a large retrospective study of aetiology and clinical presentation. B.M.C. Infect. Dis. 2015;15:402-7.
26. Bonnetblanc J.M., Bédane C. Erysipelas: recognition and management. Am. J. Clin. Dermatol.2003;4:157-63.
27. Cardona AF, Wilson SE. Skin and soft-tissue infections: a critical review and the role of telavancin in their treatment. Clinical Infectious Diseases. 2015;61:69-78.
28. Chartier C, Grosshans E. Erysipelas. Int. J. Dermatol.1990;29:459-67.
29. Dupuy A, Benchikhi H, Roujeau JC, et al. Risk factors for erysipelas of the leg (cellulitis): case-control study. B.M.J. 1999;318:1591-4.
30. Druml W, Heinzl G, Kleinberger G. Amino Acid Kinetics in patients with sepsis. Americal Journal of Clinical Nutrition.2001;73:908-13.
31. Bruun T, et al. Early response in cellulitis: a prospective study of dynamics and predictors. Clinical Infectious Diseases.2016; 63(8):1034-41.
32. Karpelin M, et al. Evidence of streptococcal origin of acute non-necrotising cellulitis a serological study. Europ. J. of Clinical Microbiology & Infectious Diseases.2015;34 (4):669-72.
33. Karpelin M, et al. Factors predisposing to acute and recurrent bacterial non-necrotizing cellulitis in hospitalized patients: a prospective case-control study. Clin. Microbiol. Infect. 2010;14(6):729-34.
34. Ferretti JJ., Stevens DL, Fischetti VA. Streptococcus pyogenes: Basic biology to clinical manifestations. Oklahoma City : University of Oklahoma Health Sciences Center, 2016.
35. Freund H., Atamian S, Holroyde J, et al. Plasma amino acids as predictors of the severity and outcome of sepsis. Ann. Surg. 1979;190:571-6.
36. Hannula-Jouppi K, et al. Genetic susceptibility to Non-Necrotizing Erysipelas. Cellulitis. PLoS One. 2013;8(2):e56255.
37. Goettsch WG, Bouwes-Bavinck JN, Herings RMC. Burden of illness of bacterial cellulitis and erysipelas of the leg in the Netherlands. J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2006;20:834-9.
38. Gunderson CG, Martinello RA. A systematic review of bacteremias in cellulitis and erysipelas. J Infect. 2012;64:148-55.
39. Gunderson CG. Cellulitis: definition, etiology, and clinical features. The Amer. J. of Medicine. 2011;124(12):1113-22.
40. Hirschmann JV, Raugi GJ. Lower limb cellulitis and its mimics: part I. Lower limb cellulitis. J. Am. Acad. Dermatol. 2012;67:163-75.
41. Inghammar M, Rasmussen M, Linder A. Recurrent erysipelas — risk factors and clinical presentation. B.M.C. Infect. Dis. 2014;14:270-5.
42. Doerler M, et al. Impact on wound healing and efficacy of various leg ulcer debridement techniques. J. der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft. 2012;10(9):624-31.
43. Karpelin M, Siljander T, Vuopio-Varkila J, et al. Factors predisposing to acute and recurrent bacterial non-necrotizing cellulitis in hospitalized patients: a prospective case-control study. Clin. Microbiol. Infect. 2010;16:729-34.
44. Krasagakis K, et al. Local complications of erysipelas: a study of associated risk factors. Clin. Exp. Dermatol. 2011;36(4):351-4.
45. Luiking YC, Steens L, Poeze M, et al. Low Plasma Arginine concentration in Septic Patients is related to diminished de novo arginine production from Citrulline. Luiking, Supplement Clinical Nutrition. 2003;22: 26.
46. Manring MM, Hawk A, Calhoun JH, Andersen RC. Treatment of war wounds: a historical review. Clin Orthop Relat Res. 2009; 467(8):2168-91. doi: 10.1007/s11999-009-0738-5. Epub 2009 Feb 14. PMID: 19219516; PMCID: PMC2706344.
47. Pasternak MS. Cellulitis, necrotizing fasciitis, and subcutaneous tissue infections. Principles and Practice of Infectious Diseases. 8th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2015, 1194-2015 r.
48. Stevens DL, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the Infectious Diseases Society of America. Clin. Infect. Dis. 2014;59:10-52.
49. Karpelin M, et al. Predictors of recurrent cellulitis in five years. Clinical risk factors and the role of PTX3 and CRP. J. of Infection. 2015;70(5): 467-73.
50. Rantala S. Streptococcus dysgalactiae subsp. equisimilis bacteremia: an emerging infection. Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. 2014;33:1303-10.
51. Karpelin M, et al. Recurrent cellulitis with benzathine penicillin prophylaxis associated with diabetes and psoriasis. Europ. J. of Clinical Microbiology & Infectious Diseases. 2013;32(3):369-72.
52. Pitche PV, et al. Risk factors associated with abscess formation among patient with leg erysipelas (cellulitis) in sub-Saharan Africa: a multicenter study. BMC Dermatol. 2015;15:18-22.
53. Sweeney IR, Miraftab M, Collyer GA. Critical review of modern and emerging absorbent dressings used to treat exuding wounds. Int. Wound J. 2012; 9(6):601-12.
54. Torok ME, Torok ME, Conlon CP. Skin and soft tissue infections. Medicine. 2013; 41(12):709-71.



PECULIARITIES OF
ERYSIPELAS DURING
WARTIME
(LITERATURE REVIEW)

S. D. Shapoval

Abstract. The article discusses the peculiarities of the course of erysipelas, caused by hostilities and the conditions in which military personnel are constantly at risk of receiving combat injuries and wounds. The peculiarities of this disease are associated with infections, stress, deterioration of sanitation and access to medicine, which can lead to more severe forms of erysipelas and relapses. As a result of the ongoing hostilities in Ukraine, attention to this problem is increasing among the military and civilians.

Keywords: *erysipelas, peculiarities of the course, hostilities.*

Відомості про автора

Шаповал С.Д. — <https://orcid.org/0000-0001-8516-9494>; shapoval.s.d@gmail.com; +38050-9876902.