

Выявленные цитологические особенности экссудата мягких тканей при различных формах рожи позволили установить критерии для прогнозирования НФР и диагностики гнойных осложнений (табл. 2). Точность, чувствительность, специфичность, прогностическая ценность положительного и отрицательного результатов предлагаемого метода превышает 95 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

НФР развивается при высоком уровне инвазии стрептококков в мягких тканях. Обнаружение в экссудате мягких тканей при роже большого количества стрептококков (100 и более микробных тел) может служить достоверным критерием развития НФР. Наличие в экссудате более 20 лейкоцитов свидетельствует о развитии гнойных осложнений.

В.В. Черненко, В.Ф. Сумин

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ

Алтайский государственный медицинский университет (Барнаул)

За пять лет на лечении в центре гнойной хирургии находился 591 больной с рожистым воспалением различных форм и локализации. Чаще всего заболевание возникает на коже головы и нижних конечностей. С локализацией на нижних конечностях связано наибольшее число осложнений и рецидивирующих форм. Возрастает опасность развития грозных осложнений — лимфостаза и слоновости, что приводит больных к стойкой инвалидности.

Среди 591 больного осложнения возникли у 136 (23 %). При распространении инфекции в подкожную клетчатку у больных наблюдались осложнения, которые проявились эпифасциальной флегмоной — у 64 больных, некротической флегмоной — у 48 больных. В клинике у таких больных присоединяются симптомы, характерные для флегмоны. У 10 больных наблюдались метастатические абсцессы мягких тканей этой же конечности. При рожистом воспалении часто в процесс вовлекаются лимфатические узлы и сосуды. При их нагноении возникает картина гнойного лимфаденита и гнойного лимфангоита. Таких больных в отделении было 6. У 8 больных возникли гнойные парафлебиты. Всем больным с осложненным течением рожистого воспаления проводилось хирургическое лечение. По показаниям выполнялось вскрытие, дренирование гнойников, при эпифасциальных и некротических флегмонах, протекающих по типу распространенного дерматоцеллюлита или некротического фасциита — широкое вскрытие, часто лампасными разрезами, некрэктомия. Задержка с оперативным вмешательством недопустима, так как заболевание протекает быстро и вызывает выраженные явления интоксикации.

Наряду с операцией проводится рациональная антибиотикотерапия. Целесообразно стартовую антибактериальную терапию начинать с защищенных антибиотиков (аугментин, амоксиклав) в сочетании с аминогликозидами или фторхинолонами, после исследования чувствительно-

сти микрофлоры к антибиотикам, назначается селективная антибиотикотерапия, как правило, цефалоспорины II — III генерации в сочетании с аминогликозидами или фторхинолонами. Всем больным, если не поражена стопа, проводится прямое эндолимфатическое введение антибиотиков 3—5 раз. У больных с выраженными явлениями интоксикации лечение дополняли эфферентными методами лечения: УФО крови, лазерное облучение крови, плазмаферез, ГБО, непрямая электрохимическая детоксикация гипохлоридом натрия. Для местного лечения рожи использовали растворы хлоргексидина, гипохлорида натрия, йодопиррона, мази левомеколь и диоксиколь.

Эффективным оказалось лечение ран в управляемой абактериальной среде. Использование УАС сократило сроки подготовки ран к ВХО в 2 раза.

По стиханию явлений общей интоксикации и очищению ран восстановительное оперативное вмешательство выполнено у 97 больных (71,3 %). 75 больным с обширными дефектами кожи, раны были закрыты аутодермопластикой. У 12 больных выполнялась ВХО с наложением вторичных швов. У остальных 39 больных с небольшими ранами последние зажили через грануляции, без ВХО.

По окончании стационарного этапа лечения назначали курс реабилитации и профилактики рецидивов заболевания, которое включало в себя назначение бициллина-5 по 1,5 млн. ЕД через 4 недели в течение 1 — 1,5 лет, флеботоников (детралекс, венорутон), магнитотерапии, а при наличии лимфатических отеков — ручного и аппаратного лимфомассажа, электростимуляции мышц голени, компрессионных средств.

Таким образом, рожистое воспаление нередко осложняется гнойно-некротическими процессами, протекающими по типу распространенного дерматоцеллюлита или некротического фасциита, требующими хирургического вмешательства. У 71,8 % больных потребовалось выполнение вторичной хирургической обработки.