

УДК 616-03

© О.А. Ефремова, Р.Р. Фаязов, Д.И. Мехдиев, 2009

О.А. Ефремова, Р.Р. Фаязов, Д.И. Мехдиев

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ*ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г. Уфа*

В работе представлены результаты комплексного лечения 54 больных с различными формами рожистого воспаления. Авторами предложен способ хирургического лечения осложнённых форм рожи, а также местного и дополнительного лечения. Предложенное комплексное лечение рожи внедрено в клиническую практику в стационаре.

Ключевые слова: рожистое воспаление, хирургические методы лечения, результаты лечения.

O.A. Efremova, R.R. Fayasov, D.I. Mehdiev

THE COMPLEX TREATMENT SEVERAL FORM OF ERYSIPELAS

Work presents the results of complex treatment of 54 patients with several form of erysipelas. The authors proposed the method of surgical treatment complications forms of erysipelas and local and additional treatment. This complex treatment of erysipelas inculcated in clinical practice in the hospital.

Key words: erysipelas, the surgical methods of treatment, the results of treatment.

До сегодняшнего дня проблема адекватного лечения рожистого воспаления и уменьшения рецидивов данного заболевания остаётся мало разработанной проблемой на стыке 3 специальностей: хирургии, инфекционных болезней и иммунологии. Частота заболеваемости рожистым воспалением остаётся высокой (1.4 – 2.2 на 1000 человек взрослого населения [1]). Среди больных с гнойно-септической патологией более 20% приходится на рожу. [6,10] Эти цифры убедительно говорят об актуальности и нерешённости проблемы лечения рожистого воспаления и его осложнений в хирургии, которая приобретает все большую социально-экономическую значимость [9].

Использование традиционных общепринятых методов лечения не всегда приводит к желаемым результатам. Несмотря на множество способов лечения рожи проблема не теряет своей актуальности в силу снижения эффективности применяемых препаратов, резистентности микроорганизмов к проводимой терапии, снижения иммунологической и общей реактивности организма пациентов [1,2]. В последнее время все острее встают проблемы гнойной интоксикации организма, инфекционно-аллергических проявлений заболевания, а также увеличение осложнённых форм рожистого воспаления и рецидивов данного заболевания [3,4].

Современный уровень теоретических и практических достижений общепатологических, медицинских, и технических наук по-

зволяет подойти с новых позиций к решению проблемы повышения эффективности лечения рожистого воспаления и его осложнений в амбулаторной хирургической практике.

Материалы и методы

Клинический материал составили 92 больных, находившихся на стационарном лечении. Из них 54 пациента составили основную группу, лечение которых проводилось по разработанному методу, а 38 больных составили группу сравнения, которые получали лечение по ранее принятым методам. Наибольшую часть исследуемых составили больные с эритематозно-буллёзной формой рожи - 52 человека (57%), далее пациенты с буллёзно-геморрагической формой 15 (16,7%), эритематозной формой 14 (15,2%), некротической формой 11 (11,1%). Следует отметить, что в ходе проведения работы не было ни одного случая эритематозно-геморрагической формы рожи.

В комплексном лечении больных рожей главное место принадлежит ранней хирургической обработке зоны патологического процесса. Данное утверждение не распространяется лишь на эритематозную форму рожи, когда с помощью местного нехирургического лечения удастся ликвидировать патологический процесс. Хирургическая обработка включала:

1) при эритематозно-буллёзной и буллёзно-геморрагической формах вскрытие булл с эвакуацией патологической жидкости, дренированием;

2) при гнойно-некротической и даже при буллезно-геморрагической формах рожи – это проведение декомпрессионной контурной дерматомии.

3) при циркулярном рожистом поражении производится разрез в пределах зоны воспаления продольными и поперечными волнообразными разрезами на всем протяжении патологического очага. Данный метод обеспечивает полноценный дренаж, отток инфицированной лимфы и уменьшения давления вглубь лежащих тканей.

Показаниями для проведения контурной дерматомии являются следующие: осложнённые формы рожи (гнойно-некротическая, буллезно-геморрагическая, геморрагическая), выраженный отёк конечности, рецидивирующая форма рожи с наличием рубцов, рожа на фоне лимфедемы. Целью проведения дерматомии при буллезно – геморрагических и гнойно – некротических формах рожи является дренирование центра воспаления и подготовка к проведению некрэктомии. Производят контурные разрезы кожи, а также подкожной жировой клетчатки с пересечением региональных надфасциальных лимфатических сосудов на расстоянии 1,0 – 1,5 см по контуру рожистого воспаления в пределах здоровой ткани, подготавливая инфицированную поверхность для вульнесорбции. Вульнеросорбция (аппликационная сорбция) – метод выделения токсических компонентов через раневую поверхность [7]. Декомпрессионная контурная дерматомия позволяет отграничить рожистый воспалительный процесс, уменьшить признаки местной воспалительной реакции, вследствие чего снижается попадание микроорганизмов, токсических продуктов в общую лимфатическую систему, что создает оптимальные условия для купирования заболевания. При снижении отека происходит сближение краев раны и самостоятельная эпителизация. При наличии диастаза производят наложение кожно-узловых швов.

Параллельно проводилась терапия антибиотиками системно: 1) препаратами стартовой антибиотикотерапии при эритематозной форме является эритромицин 0,5 внутривенно 2 раза в день 7-10 дней до купирования процесса. При осложнённых формах до получения результатов чувствительности к антибиотикам назначаются цефтриаксон 1,0 внутривенно 2 раза в сутки + эритромицин 0,5 внутривенно 2 раза в сутки;

2) основная терапия проводилась уже с учётом антибиотикограмм и по имеющемуся у нас опыту включала следующие препараты:

продолжение антибиотикотерапии цефтриаксоном 1,0 внутривенно 2 раза в сутки и эритромицином 0,5 внутривенно 2 раза в сутки. При осложнённых случаях и при устойчивости микроорганизмов к данным антибиотикам назначался тиенам или ципрофлоксацины (абактал 0,4 внутривенно 2 раза в сутки). Следует отметить, что данные примеры у наблюдаемых нами больных встречались редко и, как правило, при таких сопутствующих заболеваниях как сахарный диабет;

3) профилактическая антибактериальная терапия включала инъекции бициллина 5 внутримышечно 1 раз в неделю в течение 4 недель.

Перевязки ран в первые 3-5 суток в зависимости от формы рожи выполнялись ежедневно с использованием раствора димексид: борная кислота 3% водный раствор 1:3. Одновременно использовались внутривенные инфузии 1,5% раствора реамберина, системная энзимотерапия вобэнзимом по стандартной схеме, а также иммуностимулятора, разработанного НПО “Башбиомед” - иммурега по стандартной схеме и лечение сопутствующей патологии. Контроль за течением процесса осуществлялся во время перевязок на 3,5,7 и 10 сутки.

С целью объективной оценки комплексного лечения применялся метод лазерной доплеровской флоуметрии, который основан на зондировании ткани лазерным излучением и последующей регистрации излучения, отражённого от подвижных и неподвижных компонентов ткани. Отражённое от статических компонентов ткани лазерное излучение не изменяет своей частоты, а отражённое от подвижных частиц (эритроцитов) – имеет доплеровское смещение частоты относительно зондирующего сигнала. Лазерное излучение имеет длину волны 0,63 и 1,15 мкм. Применялся аппарат ЛАКК-02 производства НПП “Лазма” г.Москва, с помощью которого определялось состояние микроциркуляции до, во время и после комплексного лечения рожи вокруг ран и по путям регионального лимфооттока, а также данные цитологии, бактериологического исследования, метрического исследования, клинических анализов.

Результаты и их обсуждение

Полученные результаты комплексного лечения больных рожистым воспалением по вышеприведённой схеме сравнивались с традиционным лечением данной патологии. При раннем хирургическом вмешательстве с дальнейшим лечением по вышеприведённой схеме процесс купировался уже на 2-3 сутки: местно

уменьшались гиперемия, отёк, местная болезненность; из общих проявлений нормализовалась температура тела, уменьшалась интоксикация. В то время как в контрольной группе эти симптомы сохранялись у 58% пациентов. При применении повязки димексид-борная кислота на участки с некрозом кожи деструктивный процесс ограничивался уже на 1-2 сутки с дальнейшей химической некрэктомией и краевой эпителизацией уже на 3-4 сутки, заживая вторичным натяжением. Максимальный эффект при эритематозной форме наблюдался на 3-5 сутки, при эритематозно-буллезной на 5-6 сутки, при буллезно-геморрагической на 6-8 сутки. При рецидивирующей форме рожи клинический эффект более выражен по всем вышеприведённым параметрам, чем в контрольной группе. Метод лазерной флоуметрии показал уменьшение

застоя крови в веноулярном звене микроциркуляторного русла и улучшение других показателей микроциркуляции. Течение раневого процесса подтверждено цитологическим, бактериологическим исследованиями.

Таким образом, применение комплексного хирургического лечения по предложенной нами схеме при всех формах рожи позволило увеличить количество хороших результатов лечения в 1,3 раза, удовлетворительных в 1,2 раза и снизить количество неудовлетворительных результатов в 2,6 раза. Это позволяет добиться хороших результатов у подавляющего числа больных, снизить количество койко-дней с $10 \pm 0,49$ до $8,8 \pm 0,28$ ($p < 0,05$) и, следовательно, затраты на лечение и дальнейшую реабилитацию больных данной нозологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бубнова Н.А., Шатиль М.А., Кнорринг Г.Ю., Супрун К.С., Иванова О.И., Акинчиц Л.Г. Результаты оценки иммунного статуса у больных рожистым воспалением/ Амбулаторная хирургия 2005г. №3 с.40-42;
2. Бунин К.В., Черкасов В.Л. Патогенез и противорецидивное лечение рожи/ Хирургия 1980г. №11 с. 24-26;
3. Косенков А.И., Наренков В.М. Патогенез и основные принципы консервативного и хирургического лечения рецидивирующей рожи/ Хирургия 2005г. №7 с.63-65;
4. Липатов К.В., Канорский И.Д., Емельянов А.Ю. Флегмонозно-некротическая рожа/ Хирургия 2003г. №9 с.41-43;
5. Рыбачков В.В., Потапов П.П., Сальников Е.В., Кабанов Е.И. Аппликационная раневая сорбция в комплексном лечении деструктивных форма рожистого воспаления/ Вестник хирургии 2003г. №5 с.82-84;
6. Рыскинд Р.Р., Самотолкин К.И., Лиенко А.В. Рожа у больных старших возрастных групп/ Клиническая геронтология 1997г. №1 с.43-48;
7. Трифонов, С.В. Избранные лекции по медицине катастроф / С.В. Трифонов. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 304 с.;
8. Черкасов В.Л. Рожа: диагностика, лечение, профилактика рецидивов. М.,1991. – 198 с.
9. Комплексное хирургическое лечение буллезно-некротической формы рожи правой верхней конечности / А.М. Светухин, В.А. Митиш, Л.А. Блатун, О.Н. Ширшов // Анналы хирургии. - 1999. - № 5. - С. 78-80.
10. Stober L.-C., Soltz-Slots I. Etiology of erysipelas/ Wiem Klin Wschr 1987; 99:4:105-107