

ЛИМФОТРОПНАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ И АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА В СИСТЕМЕ ЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ

ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Барнаул)
ГЦГХ ГБ № 3 (г. Барнаул)

Принятые в настоящее время схемы лечения больных с рожистым воспалением (РВ) не позволяют адекватно санировать лимфатическую систему, что обуславливает высокую частоту рецидивов. В группе больных с первичной распространенной и часто рецидивирующей формами заболевания число рецидивов доходит, по данным отечественных авторов, до 65 %. Причинами неудач чаще являются: рецидивы РВ на фоне бициллинопрофилактики, аллергические реакции на пенициллин, запущенные дерматозы стоп, короткие курсы флеботоников, отсутствие системы реабилитации реконвалесцентов на амбулаторном этапе лечения.

Эти факты заставляют искать новые методы и подходы в решении данной проблемы, которые создали бы возможность надежной профилактики ранних рецидивов и позволили бы избежать инвалидизации больных от вторичной лимфедемы конечностей.

В отделении гнойной хирургии ГБ № 3 в период с 2005 — 2007 гг. проведено лечение 7 больных (из группы риска раннего рецидива) с распространенной первичной формой РВ (4 пациента) и распространенной часто рецидивирующей рожой (3 пациента). Местный патологический процесс при поступлении был представлен эритематозно-буллезной формой РВ. Все больные — женщины в возрасте 50 — 55 лет, с лимфогенозной недостаточностью и фоновой патологией — микозом или гиперкератозом стоп, сахарным диабетом, избыточной массой тела.

Общая схема лечения больных с факторами риска хронизации инфекционного процесса состояла:

I. Стационарный этап

1. В комбинированной антибиотикотерапии на стационарном этапе — парентерально в-лактамы (пенициллины, цефалоспорины) + аминогликозид III генерации № 7 — 10; в сочетании с непрямым эндолимфатическим введением линкозамидов или аминогликозидов № 5; антикоагулянты, дезагреганты, дезинтоксикационная терапия.

2. Последовательный парентеральный курс линкомицином (по Покровскому) № 7.

II. Амбулаторный этап

1. На амбулаторном этапе назначались: бициллинопрофилактика, флеботоники, антиагреганты + проводилось лечение фоновой патологии (микозы стоп, варикозная болезнь, сахарный диабет, сердечная недостаточность, коррекция вторичного иммунодефицита).

2. Через месяц после выписки из стационара проводился курс мезопунктуры, состоявший из 4 — 5 сеансов с перерывом в 10 дней, инъекции смеси лекарственных препаратов проводилось на всю область дермальной инфильтрации, а на конечностях циркулярно. Лимфостаз не являлся противопоказанием для данной процедуры.*

3. Завершающий этап — реабилитация с ЛФК, ручной массаж, ограничение физических нагрузок, витаминотерапия.

В результате лечения отмечена высокая эффективность комплексного лечения больных с РВ, входящих в группу риска раннего рецидива (после стационарного лечения у всех 7 больных сохранялись дермальные инфильтраты, лимфостаз, вялая эритема).

В период наблюдения более года ранних и поздних рецидивов нет, регресс остаточных явлений в течение трех месяцев.

Отмечается хорошая переносимость не прямых методов насыщения антибиотиками лимфатической системы, осложнений мезодермального введения антибиотиков не было.

Комбинированная антибактериальная терапия первично распространенной рожи на стационарном этапе, включающая антистафилококковые антибиотики, позволила уменьшить количество осложнений в остром периоде — формирование абсцессов и флегмон до единичных случаев. Выделенные из этих очагов микроорганизмы были представлены почти исключительно полирезистентными штаммами *St. aureus*. Проводимые нами микробиологические исследования указывают на раннее появление кокковой флоры на уровне гиподермы, что подтверждается и другими авторами.

Таким образом, основные принципы лечения больных РВ на современном этапе:

1 — применение комбинированной антибактериальной терапии на стационарном этапе;

2 — активное насыщение лимфатической системы антибиотиками;

3 — формирование группы риска ранних рецидивов при выписке из стационара с последующей антибиотикопрофилактикой и активным воздействием на фоновые состояния на амбулаторном этапе.

* Этапное лечение, включало лимфотропное мезодермальное введение антибиотика на амбулаторном этапе по разработанному в клинике способу.