

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА БАКТАМЕД В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РОЖИ У БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Авазашвили Д.Н., Ноникашвили З.А., Копадзе Т.Ш., Шарипашвили Г.Э. Г. Тбилиси.

В норме кожа человека заселена огромным количеством бактерий, мирно сосуществующих на её поверхности или в волосяных фолликулах. Однако кожа обладает определенными свойствами, защищающими её от инфицирования патогенами. К ним относятся плотный и сухой ороговевший слой, практически непроницаемый для микроорганизмов, и клейкое межклеточное вещество – сложная смесь липидов, плотно соединяющая клетки мальпигиевого слоя, которое защищает кожу.

Кожные инфекции, как правило, развиваются только тогда, когда травма, избыточная гидратация или воспалительные заболевания кожи нарушают эти защитные свойства. Микроорганизмы, вызывающие кожные инфекции, могут быть частью постоянной кожной флоры или ближайших слизистых оболочек или происходить из внешних источников, таких как другой человек, окружающая среда или зараженные объекты.

Рожа – это острая, быстро распространяющаяся инфекция кожи и подлежащих тканей, характеризующаяся лихорадкой и общей интоксикацией. Отличительной чертой рожистого воспаления является четко очерченный, приподнятый край, отражающий вовлечение более поверхностных (дермальных) слоев.

Считается, что рожистое воспаление вызывается β -гемолитическими стрептококками группы А. Рожистое воспаление может сопровождаться или предваряться лихорадкой и ознобом. Кожа красная, горячая и отечная, края воспаленного участка неровные, на поверхности могут развиваться пузырьки и волдыри. В редких случаях обнаруживается лимфангит и региональный лимфаденит.

Без лечения могут развиваться такие осложнения, как фасциит, миозит, подкожный абсцесс и септикопиемия.

Лечение рожистого воспаления на сегодняшний день является актуальной терапевтической проблемой, что обусловлено стабильно высокой частотой этого заболевания, учащением перехода острых форм в хронические, развитием остаточных явлений, ведущих к длительной нетрудоспособности и даже инвалидизации (1,2).

Отдельный интерес вызывает лечение рожистого воспаления, развивающегося на фоне варикозного расширения вен нижних конечностей, поскольку данное острое воспаление дермы часто становится причиной развития лёгочной эмболии или хронической лимфовенозной недостаточности и её крайнего проявления – элевантизма (3,4).

Материалы и методы

В статье приведены данные о результатах лечения рожистого воспаления в группе больных с варикозным расширением вен нижних конечностей в 2006-2007 гг. Всего под наблюдением было 43 больных с указанной патологией. Возраст больных колебался в пределах 45-70 лет. В наблюдаемой группе преобладали женщины - 31 (72,04 %), мужчины - 12 (27,91 %). Первичная рожа наблюдалась у 36 (83,72%) больных, рецидив у 7 (16,28%). Помимо варикозного расширения вен нижних конечностей в качестве фоновой патологии у 13 (30,23%) был выявлен сахарный диабет, у 29 (67,44%) - избыточный вес, у 9 (20,43%) - грибковое поражение стоп. Таким образом, у большинства пациентов отмечалось наличие более одного фонового заболевания, предрасполагающего к развитию риск фактора. Среди факторов, провоцирующих развитие рожи, отмечались в основном микротравмы кожных покровов в области варикозных узлов (включая наличие венозных изъязвлений),

переохлаждения, перенесённые незадолго до развития рожы острые вирусные инфекции. 11 (25,58%) больных не смогли указать наличие провоцирующего фактора.

Среди рожистого воспаления преобладали эритематозные случаи - 35 (81,39%), эритематозно-буллёзные формы отмечались у 8 (18,61%) больных. Геморрагические и некротические формы не были выявлены. Острый воспалительный процесс во всех случаях локализовывался на нижних конечностях.

Клиническая картина заболевания во всех случаях имела типичное начало. У всех больных отмечено острое начало с потрясающим ознобом, повышением температуры (38-39^oC), развитием общей слабости, головных болей, миалгий. У большинства больных - 23 (53,49%) развился региональный лимфаденит, отмечались боли в области региональных лимфатических узлов и сосудов, жжение в очаге поражения.

В качестве осложнений у 5 больных (11,62%) развился восходящий тромбоз вен подкожных вен нижних конечностей, оперативное вмешательство не было произведено ни в одном из случаев.

Все больные получали комплексное медикаментозное лечение:

- комбинированный антибиотик пенициллинового ряда Бактамед (ампициллин \ сульбактам) в дозе 1,5 г 3 раза в сутки в/м. Клинической необходимости во внутривенном введении препарата в рассматриваемой группе больных не было.
- нестероидное противовоспалительное средство (нимесулид - 1 пакет 2-3 раза в день после еды);
- антигистаминные препараты (акривастин - 8 мг 2 раза в сутки);
- витамины группы А, Е, С;
- в случаях развития варикотромбоза антикоагулянты с содержанием низкомолекулярного гепарина (надропарин кальций) по схеме в терапевтических дозах под контролем коагулограммы, а также венотоник (комплекс диосмина и гесперидина "Венодиол" 1 таб. 2 раза в сутки);
- местное лечение с использованием антисептиков (перекись водорода, диоксидин) в случаях вскрытия булл для обработки поверхности эрозий.

Результаты

В результате проведённого лечения купирование и излечение больных с острым воспалительным процессом было достигнуто во всех 43 случаях. Местный отёк спадал в среднем в течение 6-7 дней у больных с эритематозной рожой, в течение 10-11 дней в случае эритематозно-буллёзной формы. Температурная реакция нормализовывалась в среднем в течение 4-5 дней. Болевой синдром купировался в течение 6-7 дней, гиперемия - в течение 7-10 дней.

Стихание острого восходящего тромбоза вен, как осложнения рожистого воспаления, занимало в среднем 15-18 дней. Развитие тромбоза во всех случаях было связано с поздним обращением больных за врачебной помощью. Нормализация лабораторных показателей крови (снижение лейкоцитоза и СОЭ) отмечалась в течение 8-10 дней после начала лечения.

Формирование местного лимфатического отёка в течение 3-5 недель после стихания острого воспалительного процесса было отмечено у 12 (27,9%) больных (из них 7 с рецидивной формой рожы). Купирование этих отёков при условии использования венотоников, энзимных препаратов и эластической компрессии конечности было достигнуто у 9 больных из этой группы (75%).

Обсуждение

Полученные результаты показывают эффективность использования препарата Бактамед (ампициллин\сульбактам) в качестве антибактериального средства в составе комплексной терапии рожистого воспаления, в том числе и в группе больных с варикозным расширением вен нижних конечностей. Применение препарата Бактамед в виду наличия в его составе необратимого ингибитора β -лактамаз – сульбактама является этиопатогенетически обоснованным в лечении подобных больных, поскольку возбудителем рожистого воспаления является β -гемолитический стрептококк группы А, индуцирующий β -лактамазу. Также необходимо отметить важную роль своевременной постановки правильного диагноза у данной группы больных, что позволит избежать таких осложнений, как острый восходящий варикотромбофлебит и хроническая лимфовенозная недостаточность.

Литература:

1. Брико Н.И. „Эпидемиология и инфекционные болезни“; 2001 - №2 стр. 42-45.
2. Еровиченков А.А., Лиенко А.Б. *Российский медицинский журнал* 2002 №6 стр. 40-43.
3. Фролов В.М., Рычнев В.М. „Патогенез и диагностика рожистой инфекции“; Воронеж, 1986.
4. Лебедев В.В. Жаров Н.А. „Клиника и лечение рожи“; Краснодар 2003
5. Малов В.А., Лиенко А.Б. и др. , *Рожь (Клиника, диагностика, лечение)“*; пособие для врачей, Москва 2001