

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РОЖИСТЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Безводицкая А.А., Климук С.А.

Кафедра общей хирургии в УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. На фоне роста заболеваемости стрептококковыми инфекциями, наблюдаемого во всем мире, проблема рожистого воспаления приобретает особое значение ввиду широкого распространения, роста числа тяжелых форм, склонности к рецидивам и частого развития неблагоприятных последствий, присущих данному заболеванию и влекущих за собой длительную госпитализацию и ограничение трудоспособности. По выборочным данным, заболеваемость рожистым воспалением в последние годы составляет от 40,0 до 200,0 на 100 тысяч населения, не имея тенденции к снижению, и занимает 4 место по распространенности среди инфекционных заболеваний, уступая лишь гриппу, вирусному гепатиту, дизентерии [1, 2].

Цель. Целью настоящего исследования является оценка эффективности преемственности стационарного и амбулаторного лечения пациентов с рожистым воспалением нижних конечностей.

Материалы и методы.

Изучены 156 историй болезни пациентов, страдающих рожистым воспалением нижних конечностей и находившихся на лечении в 2018 году во 2 хирургическом отделении 5ГКБ г. Минска. Среди пациентов было 79 (50,6%) мужчин и 77 (49,4%) женщин. По возрастным категориям больные распределились следующим образом: до 40 лет – 18 (11,5%), 41-50 лет – 21 (13,5%), 51 - 60 лет – 30 пациентов (19,2%), 61-70 лет – 33 (21%), старше 70 лет – 54 (34,6%).

В своем исследовании мы руководствовались наиболее распространенной классификацией рожистого воспаления по клинико-морфологическим проявлениям:

- эритематозная,
- буллезная,
- флегмонозная,
- некротическая,

- гангренозная формы.

Кроме того, мы выделяли пациентов с рецидивирующей формой рожистого воспаления (рецидивирующая рожа возникает на том же самом месте, что и первичная, причем обычно интервал между рецидивами не превышает 1,5 – 2 года).

Из 156 пациентов 91 (58,3%) страдали эритематозной формой заболевания. Необходимость госпитализации в хирургический стационар объяснялась выраженной клинической картиной (значительный болевой синдром, интоксикация, отек конечности), а также наличием серьезной сопутствующей патологии – хроническая сердечная недостаточность (нередко в стадии декомпенсации), сахарный диабет, болезни органов дыхания и др.

65 пациентов (41,7%) страдали гнойно-некротическими формами поражения нижних конечностей: буллезной – 41 (26,3%), флегмонозной – 18 (11,5%), некротической – 5 (3,6%) и гангренозной формой – 1 пациент (0,6%).

По длительности нахождения в стационаре больные распределились следующим образом: до 5 дней находилось на лечении 29 человек (18,5%), 69 (44,2%) – 6-10 дней, 45 (28,8%) – 11-20, больше 20 дней получали лечение 13 больных, что составило 8,3%. Последним двум группам пациентов было выполнено оперативное пособие в связи с гнойно-некротическим процессом на нижних конечностях.

Результаты.

Все пациенты получали консервативное лечение, которое включало анальгетики, мочегонные, антибактериальную терапию (карбопенемы, цефалоспорины, ванкомицин, нитрофураны, метронидазол), детоксикационную терапию (физиологический раствор, электролитные коктейли, реополиглюкин, раствор глюкозы, белковые препараты и др), симптоматическую терапию (сердечные препараты, гипотензивные, инсулин, гептрал и др).

Хирургическое лечение было выполнено у 58 пациентов (37,1%), оно заключалось во вскрытии и дренировании флегмон – 37 (23,7%), наложение вторичных швов – 9 (5,8%), некрэктомия – 11 (7,1%), ампутация конечности – 1 пациент (0,6%).

После выписки было проведено анкетирование 79 пациентов (50,1%) с целью изучения приверженности пациентов поликлиническому этапу лечения. Анкета содержала следующие вопросы:

1. Получали ли пациенты амбулаторное лечение?
2. Длительность амбулаторного лечения?

3. Был ли рецидив рожистого воспаления?

Большинство из анкетированных пациентов (55,7%) не считали необходимым лечиться амбулаторно в поликлинике. У всех сохранялась отечность пораженной конечности. 44,3% участвующих в исследовании пациентов получали амбулаторное лечение до полного выздоровления (перевязки, физиотерапевтическое лечение, носили компрессионные чулки, принимали венотоники). Длительность амбулаторного лечения зависела от формы рожистого воспаления и составила 3-8 недель.

При этом 24% (19) из всех опрошенных имели рецидив рожистого воспаления, из них 78,9% (15 человек) – не лечились амбулаторно, 21,1% (4 человека) – получали лечение в поликлинике.

Выводы. Для предупреждения развития рецидива рожистого воспаления нижних конечностей следует более настойчиво рекомендовать пациентам длительный амбулаторный этап лечения с применением компрессионного трикотажа и приема венотоников.

Литература:

1. Dalal A, Eskin-Schwartz M, Mimouni D, Ray S, Days W, Hodak E, и соавт. Interventions for the prevention of recurrent erysipelas and cellulitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017, 20 июня. 6:CD009758. [Medline].

2. [Руководство] Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, и соавт. 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 Jul 15. 59(2):e10-52. [Medline].