

# ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ В ХІРУРГІЇ

УДК 616-089:617.5

© В.Г.ШЕНДРИК, 2015

*В.Г.Шендрик*

## НАДАННЯ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА БЕШИХУ НА ГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

**Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика**

**Вступ.** Згідно даних сучасних клініко-епідеміологічних досліджень, за останні роки значно зросла захворюваність на хронічні та рецидивуючі інфекційні хвороби шкіри, які обумовлені *Str. pyogenes*, зокрема. В останні роки відмічається різке збільшення кількості хворих на бешиху, особливо з ускладненими її формами – флегмонозною та некротичною.

**Мета.** Покращити ефективність лікування хворих з бешиховим запаленням та попередити розвиток ускладнень.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз хворих на бешиху, що лікувались хірургічному відділенні КМКЛ №6. Обстежено 69 хворих на бешиху, що складо 13,6% серед гнійно-септичних захворювань. Діагноз бешихи було встановлено на основі клінічної картини, що характеризувалась гострим початком, ознобом, підвищенням температури тіла до 38-39°C, симптомами загальної інтоксикації, появою ділянок набряку та гіперемії з чіткими контурами у вигляді язиків полум'я, виникненням бул та геморагій. Розпал захворювання наступав в термін від декількох годин до 1-2 діб після виникнення перших проявів хвороби та характеризувався максимальними загальними проявами (інтоксикацією та лихоманкою), а також місцевими. Усім хворим проведено комплексне обстеження (лабораторне: загальний аналіз крові та сечі, біохімічний аналіз крові, аналіз крові на цукор, коагулограма; інструментальне: ЕКГ, R-графія).

**Результати.** Антибіотикотерапія в комплексному лікуванні хворих на бешиху має неабияке значення. Напівсинтетичні пеніциліни, цефалоспорины та фторхінолони мали найбільшу ефективність при різних формах бешихи. Тому при поступленні хворих відразу призначались саме вони. Після отримання результатів мікробіологічного дослідження проводили зміну антибіотику в залежності від отриманих результатів (етіотропна антибіотикотерапія). Призначалась інфузійна терапія із застосуванням кардіотоніків та кардіопротекторів, антикоагулянтна (переважно низькомолекулярні гепарини), імуномодулятори, протизапальна, гепатопротектори, ангіопротектори, вітамінотерапія в комплексі з аскорбіновою кислотою. Також, призначались антигістамінні препарати. При появі гнійно-запальних ускладнень у вигляді флегмон, абсцесів, некротизованих тканин в найбільш короткі строки виконувалось розкриття гнійника з висіченням некротично змінених тканин, що покращувало результати лікування тяжких форм захворювання і був основою для лікування ендотоксикозу. Після повного очищення рани, при необхідності, виконувалась аутодермопластика.

**Висновки.** Бешиха – тяжке хірургічне захворювання з переважно геморагічними формами, що супроводжується інтоксикацією та відсутністю тенденції до

## ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ В ХІРУРГІЇ

зменшення числа випадків з переважною локалізацією на нижніх кінцівках. Застосування антибіотиків та особливо стрептоциду місцево в комплексному лікуванні зменшує розвиток запальних явищ ранового процесу при бешисі. При розвитку гнійно-запальних ускладнень в найбільш короткі строки виконували розкриття та санацію гнійника з висіченням некротично змінених тканин для попередження розвитку ендотоксикозу. В результаті лікування зменшувалась інтоксикація, попереджався розвиток ускладнень, швидше наступало одужання хворих.

**Ключові слова:** бешиха, ускладнення бешихи, рецидив, запалення, інтоксикація, лікування, антибіотикотерапія, хірургічне лікування.

**Вступ.** Стрептококова інфекція до цього часу не втрачає своєї актуальності та потребує великої уваги лікарів багатьох спеціальностей [1, 2, 3]. Згідно даних сучасних клініко-епідеміологічних досліджень, за останні роки значно зросла захворюваність на хронічні та рецидивуючі інфекційні хвороби шкіри, які обумовлені *Str. pyogenes*, зокрема бешиху [4, 5]. Захворюваність на неї, останні десятиліття, постійно збільшується. Застосування сучасних антибактеріальних препаратів не забезпечують бажаних результатів. Проблема бешихи на сьогоднішній день характеризується значною захворюваністю, що не піддається значному зниженню [6, 7, 8]. В останні роки відмічається різке збільшення кількості хворих на бешиху, особливо з ускладненими її формами – флегмонозною та некротичною [9], які потребують комплексного лікування. Спостерігається чітка тенденція розвитку частих та стійких рецидивів захворювання у 18-45% пацієнтів [10], розвивається клініка зі збільшенням хворих на бульозну та геморагічну форми бешихи, зростає частота випадків з тривалою лихоманкою та уповільненою репарацією в джерелі запалення [11-12]. Хірургічні інфекції шкіри та м'яких тканин до цього часу залишаються тією хірургічною областю, на яку звертається не достатньо велика увага хірургів як поліклініки, так і стаціонару. На сучасному етапі відмічаються зміни клінічної симптоматики і протікання хірургічної інфекції. Це проявляється в тому, що зростає число ускладнених форм гнійних захворювань, що не піддаються стандартному лікуванню та кількість форм з тяжким протіканням. Крім того, подовжуються строки лікування, частішають випадки стертих форм та атипового протікання [13]. Доля бешихи в структурі хірургічних інфекцій м'яких тканин продовжує залишатись стабільно високою (по даним різних авторів від 7% до 12%), частота рецидивів та гнійних ускладнень – 5-8% [14]. До цього часу основним профілактичним методом рецидивів бешихи вважається біцилінопрофілактика [15], однак клінічний досвід свідчить про те, що після неї у більшості хворих дуже довго не відмічається відновлення показників імунного статусу [10]. На сьогодні лікування бешихи передбачає застосування антибіотиків широкого спектра дії, нестероїдних протизапальних препаратів, антипиретиків, антикоагулянтів, антиагрегантів у поєднанні з фізіотерапевтичними процедурами та обробкою ураженої поверхні антисептиками [5, 16]. Щоб зарадити цій проблемі пропонуються різноманітні методи лікування бешихи шляхом місцевої дії на зону патологічного процесу: лазеротерапія, кріотерапія, аргоніві потоки [17-19].

**Мета** - покращити ефективність лікування хворих з бешиховим запаленням та попередити розвиток ускладнень.

**Матеріали та методи.** Було проведено ретроспективний аналіз хворих на бешиху, що лікувались в хірургічному відділенні КМКЛ №6. Обстежено 69 хворих на бешиху, що склало 13,6% серед гнійно-септичних захворювань.

Серед них еритематозна форма була у 43 пацієнтів (62,3%), еритематозно-бульозна - у 10 (14,5%), еритематозно-геморагічна - у 5 (7,2%), бульозно-геморагічна - у 11 (1,5%). Серед яких чоловіків - 23 (33,3%), жінок - 46 (66,6%). Вік хворих становив від 17 до 90 років. По локалізації бешиха обличчя була у 2 хворих (2,9%), плеча та передпліччя у 3 хворих (4,3%), стоп у 9 хворих (13,0%), стегна у 7 хворих (10,1%), кисті у 4 хворих (5,8%), гомілки у 44 хворих (63,8%). Діагноз бешихи встановлено на основі клінічної картини, що характеризувалась гострим початком, ознобом, підвищенням температури тіла до 38-39°C, симптомами загальної інтоксикації, появою ділянок набряку та гіперемії з чіткими контурами у вигляді язиків полум'я, виникненням бул та геморагій. Розпал захворювання наступав в термін від декількох годин до 1-2 діб після виникнення перших проявів хвороби та характеризувався максимальними загальними проявами (інтоксикацією та лихоманкою), а також місцевими. Тривалість лихоманки в основному не перевищувала 4±1,2 діб. Усім хворим проведено комплексне обстеження (об'єктивне; лабораторне: загальний аналіз крові та сечі, біохімічний аналіз крові, аналіз крові на цукор, коагулограма; інструментальне: ЕКГ, R°-графія).

**Результати та їх обговорення.** Антибіотикотерапія в комплексному лікуванні хворих на бешиху має неабияке значення. Напівсинтетичні пеніциліни, цефалоспорины та фторхінолони мають найбільшу ефективність при різних формах бешихи. Тому при поступленні хворих відразу призначались саме вони. Останніми роками при важких формах застосовувались фторхінолони 3 покоління. Після отримання результатів мікробіологічного дослідження проводили зміну антибіотикозалежності від отриманих результатів (етіотропна антибіотикотерапія). При проведенні антибіотикотерапії застосовували принцип деескалаційної антибіотикотерапії, при необхідності також застосовували принципи ступінчастої антибіотикотерапії. Призначалась інфузійна терапія з застосуванням кардіотоніків та кардіопротекторів, антикоагулянтна (пе-реважно низькомолекулярні гепарини), імуномодулятори, протизапальна, гепатопротектори, ангіопротектори, вітамінотерапія в комплексі з аскорбіною кислотою. Крім того, призначались антигістамінні препарати. З першого дня в комплексі лікування протягом 4±1,8 доби призначаються нестероїдні протизапальні препарати (диклофенак натрію 3,0 в/м x 1 р/д). Преднізолон по 15-20 мг на добу не давав помітної дії на імунітет, але різко зменшував сенсibilізацію до стрептококу і аутоалергічних реакціям, що дуже важливо при лікуванні бешихи, крім того кортикостероїди посилювали дію антибіотиків. Для боротьби з анаеробною інфекцією, особливо при геморагічних та ускладнених формах, усім хворим призначається метронідазол 100,0 в/в протягом 4±1,2 доби. Застосовувались, також антигіпоксанти (вітамін Е, вітамін А, аскорбінова кислота). Фізіотерапевтичні процедури (УФО) призначались протягом усього лікувального процесу, а також пов'язки зі стрептоцидовою маззю місцево.

При появі гнійно-запальних ускладнень у вигляді флегмон, абсцесів, некрозів тканин в найбільш короткі строки виконувалось розкриття гнійника з висіченням некротично змінених тканин, що дозволяло значно покращити результати лікування тяжких форм захворювання і було основою формою для лікування ендотоксикозу. Після повного очищення рани, при необхідності, виконувалась аутодермопластика. В результаті лікування швидше зменшувалась інтоксикація, попереджувалась розвиток ускладнень, що може призвести до інвалідизації, та наступало швидше одужання.

## ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ В ХІРУРГІЇ

**Висновки.** Бешиха – тяжке хірургічне захворювання з переважно геморагічними формами, що супроводжується інтоксикацією та відсутністю тенденції до зменшення числа випадків з переважною локалізацією на нижніх кінцівках. Це потребує удосконалення методів лікування та профілактики ускладнень. Антибіотикотерапія має неабияке значення при цьому і є основою в комплексному лікуванні захворювань шкіри та підшкірної клітковини. Застосування антибіотиків та особливо стрептоциду місцево в комплексному лікуванні прискорює зворотній розвиток запальних явищ ранового процесу при бешихі. При розвитку гнійно-запальних ускладнень в найбільш короткі строки необхідно виконувати розкриття та санацію гнійника з висіченням некротично змінених тканин для попередження розвитку ендотоксикозу. В результаті лікування зменшується інтоксикація, попереджається розвиток ускладнень, що може призвести до інвалідизації, та швидше наступає одужання.

### Література

1. Акимкин В.Г. О факторах, способствующих неблагоприятной эпидемиологической ситуации по инфекции, вызываемой  $\beta$ -гемолитическим стрептококком группы А, в Вооруженных силах РФ / В.Г. Акимкин, А.В. Кочетков, С.И. Коротченко: матер. II ежегодн. Всерос. конгресса по инфекционным болезням (Москва, 29 – 31 марта 2010 г.) // Инфекционные болезни. – 2010. – Т. 8. – С. 10.
2. Белобородов В. Стафилококковые инфекции / В. Белобородов, Д. Митрохин // Инфекции и антимикробная терапия. — 2003. - № 1. — С. 25 – 27.
3. Чевычалова Е.В. Резистентность стафилококков – возбудителей хирургической инфекции мягких тканей к  $\beta$ -лактамам антибактериальными препаратами / Е.В.Чевычалова, С.А.Глазева // Молодые ученые в медицине: X Всероссийская научно-практ. конф. – Казань, 2005. – С. 265 – 266.
4. Ільїна Н.І. Бешиха: сучасний погляд на проблему/Н.І. Ільїна, М.Д. Чемич, В.В. Захлебаєва // Хіміо- та імунотерапія інфекційних хвороб: матер. Всеукраїнської науч.-практ. конф. (18-19 травня 2010 р., м. Суми) – С. 28-31.
5. Bernard P. Management of common bacterial infections of the skin / P. Bernard // Curr. Opin. Infect. Dis. – 2008. - Vol. 21, № 2. – P. 222-228.
6. Абаев Ю.К. Раневая инфекция в хирургии / Ю.К. Абаев. — Минск: Беларусь, 2003. — 296 с.
- 7.Ефименко Н. А. Инфекции в хирургии. Фармакотерапия и профилактика / Ефименко Н. А., Гучев И.А., Сидоренко С. В. – Смоленск, 2004. – 296 с.
8. Ефремова О. А. Новые подходы к комплексному лечению рожистого воспаления в хирургической клинике: автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.17 «Хирургия» / О. А. Ефремова. –Уфа, 2010. – 22 с.
9. Гостищев В.К. Применение кожной пластики в гнойной хирургии / В.К. Гостищев, К.В. Липатов, Е.А. Комарова // Материалы IV Всероссийской конференции общих хирургов «Раны и раневая инфекция». – Ярославль, 2007. – С. 89-93.
10. Белова Е.А. Иммуномодулирующая терапия больных первичной и рецидивирующей рожой / Е.А. Белова, Н.Н. Дворникова, Н.Г. Лищук // Вестник новых медицинских технологий. - 2007. -Т. 14, № 3. - С. 127-128.
11. Белобородов В.Б. Выбор антибактериальной терапии при нозокомиальных инфекциях, вызванных продуцентами Р-лактамаз расширенного

спектра / В.Б. Белобородов // Антибиотики и химиотерапия. - 2001. - №12. - С. 24 – 28.

12. Выбор антибактериальной терапии в комплексном лечении различных форм рожистого воспаления в хирургическом стационаре / В. С. Тарасенко, С. А. Глазева, С. Б. Фадеев [и др.] // Хирургия. – 2008. – № 11. – С. 10–15.

13. Абаев Ю.К. Хирургическая повязка / Ю.К. Абаев. – Минск: Беларусь, 2005. – 150 с.

14. Липатов К.В. Пластическое закрытие постнекрэктомических ран при осложненных формах рожи / К.В. Липатов, Е.А. Комарова // Врач. – 2008. – №1. – С. 52-53.

15. Иммунопатогенез развития рецидивов первичной рожи / И.П. Балмасова, Н.И. Дунда, О.Ф. Еремина, М.М. Гульяев: материалы I ежегодного Всероссийского конгресса по инфекционным болезням (Москва, 30 марта – 1 апреля 2009 г.) / Инфекционные. болезни. – 2009. – Т. 7. – С. 20-21.

16. Плочев К. С. Лікування хворих на бештихудаптоміцином / К. С. Плочев, Г. Т. Попов, В. В. Ніколов // Інфекційні хвороби. – 2010. – № 2 (60). – С. 54–56.

17. Абдулов Р.Х. Применение электрофоретического насыщения антибиотиком лимфатической системы у больных рожей / Р.Х. Абдулов, Д.А. Валишин, Г.Р. Абдулова // Лазерная медицина. – 2006. – Т. 10, № 3. - С. 27-29.

18. А.Г. Хасанов, А.Г. Хирургическое лечение осложненных форм рожистого воспаления / А.Г. Хасанов, М.А. Нуртдинов, Р.К. Ибрагимов, Д.Г. Шайбаков, Р.Ф. Карамова // Башкирский мед. вестник. - 2009. - № 6. - С. 94-96.

19. Шулуток А.М. Плазменная технология в комплексном лечении хирургических инфекций мягких тканей у пациентов пожилого возраста / А.М. Шулуток, Э.Г. Османов // Клинич. геронтология. -2009. - Т. 15, N 4/5. - С. 13-17.

### ***В.Г. Шендрик***

## **Помощь больным с рожей на госпитальном этапе**

### **Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика**

**Введение.** Согласно современных данных клинко-эпидемиологических исследований, за последние года значительно выросла заболеваемость хроническими и рецидивирующими инфекционными заболеваниями кожи, что обусловлены *Str. ruogenes*, в частности рожи. Последние года отмечается резкое увеличение больных рожей, особенно с ее осложненными формами – флегмонозной и некротической.

**Цель.** Улучшить эффективность лечения больных с рожей и предупредить развитие осложнений.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ больных с рожей, которые лечились в хирургическом отделении КГКБ №6. Обследовано 69 больных с рожей, что составило 13,6% среди гнойно-септических заболеваний. Диагноз рожи было поставлено на основе клинической картины, что характеризовалась острым началом, ознобом, повышением температуры тела до 38-39°С, симптомами общей интоксикации, появлением областей отека и гиперемии с четкими контурами в виде языков пламени, появление булл и геморрагий. Разгар заболевания наступал в сроки от нескольких часов до 1-2 суток после появления первых признаков болезни и характеризовался максимальными общими проявлениями (интоксикацией и лихорадкой), и местными. Всем больных проводилось комплексное обследование (лабораторное: общий анализ крови,

## ПРОБЛЕМНИ ПИТАННЯ В ХІРУРГІЇ

---

мочи, биохимический анализ крови, анализ крови на сахар, коагулограмма, инструментальное: ЭКГ, R-графия).

**Результаты.** Антибиотикотерапия в комплексном лечении больных рожей имеет большое значение. Полусинтетические пенициллины, цефалоспорины и фторхинолоны имели наибольшую эффективность при разных формах рожи. Потому при поступлении больных сразу назначались эти препараты. После получения результатов микробиологического исследования проводили замену антибиотика в зависимости от полученных результатов (этиотропная терапия). Назначалась инфузионная терапия с использованием кардиотоников и кардиопротекторов, антикоагулянтная (преимущественно низкомолекулярные гепарины), иммуномодуляторы, противовоспалительная, гепатопротекторы, ангиопротекторы, витаминотерапия в комплексе с аскорбиновой кислотой. Также, назначались антигистаминные препараты. При появлении гнойно-воспалительных осложнений в виде флегмон, абсцессов, некрозов тканей в наиболее короткие сроки проводилось вскрытие гнойника с иссечением некротически измененных тканей, что значительно улучшало результаты лечения тяжелых форм заболевания и было основой лечения эндотоксикоза. После полного очищения раны, при необходимости, проводится аутодермопластика.

**Выводы.** Рожа – тяжелое хирургическое заболевание с преимущественно геморрагическими формами, что сопровождается интоксикацией и отсутствием тенденции к снижению числа случаев с преимущественной локализацией на нижних конечностях. Использование антибиотиков и особенно стрептоцида местно в комплексном лечении снижало развитие воспалительных явлений раневого процесса при роже. При развитии гнойно-воспалительных осложнений в наиболее короткие сроки производилось вскрытие и санация гнойника с иссечением некротически измененных тканей для предупреждения развития эндотоксикоза. В результате лечения быстрее уменьшалась интоксикация, предупреждалось развитие осложнений, быстрее наступало выздоровление.

**Ключевые слова:** рожа, осложнения рожи, рецидив, воспаление, интоксикация, лечение, антибиотикотерапия, хирургическое лечение.

*V.Shendrik*

### Help to patients with erysipelas in the pre-admission period

Shupyk National academy of postgraduate education

**Introduction.** According to modern clinicoepidemiological investigation, morbidity of chronic and recurrent infectious skin diseases, erysipelas in particular, considerably increased during last time, that are conditioned by *Str. Pyogenes*. We can see quick increase a quantity of patients with erysipelas last years, particularly with complicated forms – phlegmonic and necrotic.

**Purpose.** To improve efficiency of the treatment patients with erysipelas and prevent aftereffect of the illness.

**Materials and methods.** The patients with erysipelas, who were treated in the department of surgical disease in the city hospital №6, are post-evaluated. 69 patients with erysipelas formed 13,6% among pyoinflammatory diseases. Erysipelas was determined with the help of symptoms as trulent beginning, rigor, fever 38-39°C, general intoxication, appearance parts of edema and hyperemia with robust edge in the tongues of flame shape, bulls and hemorrhage. The climax of disease began from a few hours till 1-2 days with the advent of first manifestation of disease and had maximal general manifestation character (intoxication and fever) and local.

**Results.** Antibiotic therapy have high importance in the package treatment. The most effective about different forms of erysipelas are semisynthetic penicillin, cephalosporin and fluoroquinolones. Because when the patients were arriving, it were immediately

prescribing. Hard forms had treated by fluoroquinolones 3-th generation last years. On receipt microbiological analysis antibiotic changed depending on received results (etiotropic therapy). Prescribed infusion therapy with cardiotonics, cardioprotectors, anticoagulants (previously low-molecular heparins), immunomodulators, anti-inflammatory agents, hepatoprotectors, angioprotectors, vitaminization with acid ascorbic. Besides, prescribed antihistaminic preparation. In case of pyoinflammatory complication shaped like phlegmon, abscess, tissue necrosis, hotbed had opening with cutting necrotic modified tissues as soon as possible, that help to improve the treatment results of serious illness forms and is the basis for endotoxiosis treatment. After full wound cleaning, is performing autodermaplastic.

**Conclusion.** Erysipelas – is hard surgery illness mainly with hemorrhagic forms, that is following with intoxication and downtrend absence with prevailing localization on low extremities. Antibiotic therapy, and especially streptocid in the complex treatment, is accelerating reverse progress inflammatory phenomenon erysipelas wound process. When is progressing pyoinflammatory complications, need to open and sanitation hotbed with cutting necrotic modified tissues for endotoxiosis premonition as soon as possible. As a result of treatment quickly decrease intoxication, is preventing progress of complications, that can be cause of incapacitation and recovery come quickly.

**Key words:** erysipelas, erysipelas complications, relapse, inflammation, intoxication, treatment, antibiotic therapy, surgery treatment.

***Відомості про автора:***

***Шендрик Владислав Григорович*** – аспірант кафедри загальної та невідкладної хірургії НМАПО імені П.Л.Шупика. Адреса: Київ, вул. Дорогожицька, 9.