

## *Современные методы лечения и профилактики рожи*

*Жаров М. А*

Городская клиническая инфекционная больница, г. Майкоп

На протяжении многих десятилетий рожа относится к компетенции клиники инфекционных болезней. Исключение составляют больные с осложненными формами рожи, которые госпитализируются в хирургические стационары. Лечение больных рожей в настоящее время проводится дифференцированно с учетом клинической формы и степени тяжести болезни. В настоящее время одним из основных принципов этиотропного лечения рожи является назначение антибиотиков. Оптимизация антибактериальной терапии при роже свидетельствует, что сроки купирования синдрома интоксикации и локального процесса у больных первичной, повторной и редко рецидивирующей формами рожи не имеют достоверных различий при назначении пенициллинов, цефалоспоринов, фторхинолонов и комбинации пенициллинов, цефалоспоринов. Однако, при тяжелых формах первичной и рецидивирующей роже наиболее эффективными оказываются цефалоспорины, фторхинолоны в монотерапии и комбинации пенициллинов и цефалоспоринов у больных с часторецидивирующей формой независимо от тяжести заболевания (В.Х. Фазылов и соавт., 2003). Антибактериальная терапия осуществляется антибиотиками, которые ранее не использовались для лечения рецидивов.

В качестве лечебного и одновременно противорецидивного средства был предложен линкомицин, который оказывает бактериостатическое действие не только на бактериальные, но и на L-формы стрептококка, в том числе персистирующие формы (В.Л. Черкасовым, 1986). В последние годы результативность линкомицинолечения у больных рожей стала постепенно уменьшаться. При тяжелой форме рожи с развитием осложнений возможно сочетание бензилпенициллина с гентамицином, который применяется внутримышечно по 240 мг 1 раз в сутки 5-7 дней. Для повышения лечебной эффективности препаратов пенициллинового, линкозамидного ряда, аминогликозидов, снижения числа и выраженности аллергических реакций было предложено осуществлять больным рожей эндолимфатическое введение антибиотиков, причем с использованием как прямых [А.С. Ермолов и соавт., 1989], так и непрямых [Ю.М. Амбалов, 1991] методов. Электрофоретическое насыщение антибиотиком лимфатической системы в комбинации с лазеротерапией (Д.А. Валишин и соавт., 2003), использование комплекса природных цитокинов (перфузата ксеноселезенки) методом не прямой эндолимфатической терапии (Н.Г. Васильева и соавт., 2003). В комплекс терапевтических методов патогенетического лечения включается дезинтоксикационная терапия с использованием глюкозо-солевых, коллоидных растворов и др. Из препаратов, обладающих ангиопротективным и антиоксидантным действием, используются пентоксифиллин, трентал, ксантинола никотинат, вазопростан, троксерутин, анавенол, деталекс, эндотелин, эмоксипин, реамберин и др. При выраженной

инфильтрации кожи в очаге воспаления показаны нестероидные противовоспалительные препараты: хлортазол, бутадион, индометацин в течение 10-15 дней. Больным розей необходимо назначение комплекса витаминов группы А, В, С, курс 2-4 недели. При рецидивирующей форме рожи на фоне антибактериальной терапии при выраженных явлениях лимфостаза, показано назначение гормональной терапии. Глюкокортикоиды оказывают противовоспалительное, десенсибилизирующее действие и нормализуют обмен тканевых биологически активных веществ, играющих существенную роль в коррекции нарушений микроциркуляции в коже, а также предупреждают развитие и разрастание соединительной ткани в очаге воспаления и подавление сенсibilизации клеток иммунной системы к тканевым аутоантигенам. При рецидивирующей розе выраженный противоаллергический и антигистаминный эффект отмечен при сочетании кетотифена и иммуномодулятора леакадина, человеческого иммуноглобулина.

Определенные положительные результаты получены при применении у больных розей и других иммунокорректирующих средств: нуклеината натрия, левомизола, пентоксила, метилурацила, тималина, тимогена, тактивина, спленина, вилозена, задитена, глицерама, биметила, димефосфона, имунофана, полиоксидония, тамерита и др.

В последние годы появилось сообщение об успешном применении при лечении рожи озонотерапии, аутологичной крови. Ю.М. Амбаловым разработана оригинальная модификация аутогемотерапии с использованием гемолизата аутокрови, введение которого оказывает нормализующее влияние на ряд показателей неспецифической и специфической резистентности, а также способствует сокращению частоты рецидивирования болезни.

В терапии больных розей применяется лазерное излучение (Е.Н. Абузярова, 1999; V.M. Manteifel et al., 1998, 2000), способствует усилению микроциркуляции крови с улучшением трофики поврежденных тканей, снижению активности воспалительного процесса и коррекции местного иммунного статуса, стимуляции регенерации клеток поврежденных органов, восстановлению их структурной и функциональной полноценности, нормализации показателей перекисного окисления липидов и циклических нуклеотидов плазмы крови (В.А. Буйлин, 2000; Т.Й. Кару, 2001; А.С. Amaral, 2001).

Впервые предложили для терапии рожи и лекарственной аллергии специально подобранный сбор лекарственных растений, обладающий антимикробным, противовоспалительным, десенсибилизирующим и другими действиями (А.А. Друганина, Л.В. Погорельская 1984).

Положительный местный эффект оказывает применение сока каланхоэ, подорожника в виде примочек [А.А. Сокол и соавт, 1973]. И.М. Ковалевой (1981) отмечено положительное действие аппликаций с димексидом, обладающих способностью значительно увеличивать проницаемость кожных покровов для различных растворенных в нем веществ, оказывает болеутоляющее и антибактериальное действие. Для местного лечения рекомендуется растворять в нем пенициллин, димедрол, гидрокортизон. При розе лица димексид противопоказан. При эритематозно-буллезной форме рожи неповрежденные пузыри надрезают у одного из краев и экссудат выпускают. На очаг воспаления

накладывают повязки с антисептиком (фурацилин, риванол, димексид, диоксидин, эктерицид, хлорфиллипт). На эрозированную поверхность с обильным серозным характером отделяемого накладывают повязки – марганцево-вазелиновые, с раствором фурацилина. Повязки меняют 2 раза в день. В остром периоде *запрещается* применение мази Вишневского, ихтиоловой, стрептоцидной эмульсии, мази с антибиотиками, сульфаниламидами. Они усиливают экссудацию, способствуют развитию буллезных и геморрагических форм рожи, а также поверхностных некрозов, вызывают аллергические реакции и замедляют процессы репарации [С.П. Щепкин, 1994; А.В. Безуглый, 1998]. Больным с тяжелыми формами течения заболевания с осложнениями в виде флегмон, некрозов на фоне явлений эндотоксикоза проводится оперативное лечение – вскрытие гнойного очага с максимальным иссечением всех видимых некротических измененных тканей дренирование затеков [О.М. Ширшов, 1999; М.П. Королев и соавт., 2000]. При длительно сохраняющихся эрозиях, лишенных гнойного отделяемого, накладывают бальзам Шостаковского, пелоидин. Используется разведенный в 5-6 раз 0,25% новокаином раствор хлорфиллипта. После того как поверхность подсыхает, появляются грануляции, их смазывают 10% метилурациловой мазью, также применяют масляный раствор хлорфиллипта, рыбий жир, масло шиповника, облепихи.

В остром периоде рожи назначается УФО на область очага воспаления и УВЧ на область регионарных лимфоузлов 2-3 процедуры. После ликвидации общетоксического синдрома назначают курс индуктотермии почечной области. УФО противопоказано при лимфостазах, посттромбофлебитическом синдроме, так как способствует повышению уровня гистамина в коже, вызывает ожоги с последующим образованием трофических язв. При сохранении в периоде реконвалесценции инфильтрации кожи, отекающего синдрома, регионарного лимфаденита назначаются аппликации озокерита, парафина (лицо) электрофорез с лидазой в стадии формирования слоновости, хлорида кальция, радоновые ванны, магнитотерапия ( Л.В. Поташов и соавт., 1993; М.В. Шипилов и соавт., 2000 ). Неудовлетворительность результатами лечения рожи заставляет пересмотреть основные подходы в терапии рожи и наблюдение реконвалесцентом. Предложенный нами, метод активного комплексного патогенетического лечения больных рожей с местными аппликациями галактилина, сочетающий консервативную терапию и оперативные вмешательства в очаге воспаления, позволяет добиться быстрого благоприятного течения болезни, регрессии воспаления, препятствия развития осложнений, более ранней нормализации изменении гематологических индексов интоксикации, показателей крови и сокращения сроков пребывания больных в стационаре. Диспансерное наблюдение реконвалесцентом рожи должно проводится врачами кабинетов инфекционных заболеваний, специализированных отделений, центров. Срок диспансерного наблюдения составляет 2-3 года при отсутствии рецидивов в этот период. В целях профилактики и своевременного выявления рецидивов у пролеченных больных, нами проводятся следующие организационные и лечебно-диагностические мероприятия. Проспективное наблюдение за реконвалесцентами с амбулаторным обследованием и лечением; формирование групп риска из лиц с частыми и сезонными рецидивами, наличием на пораженной конечности остаточных явлений.

Проводится лечение фоновых заболеваний в весенне-зимний период включая витаминотерапию, прием адаптогенов, лекарственных растений, физиотерапевтическое лечение.

Совершенствование и оптимизация комплексной терапии рожы с использованием современных лекарственных средств, диспансерного наблюдения реконвалесцентов является актуальной проблемой эффективного купирования острого процесса, профилактики осложнений и предупреждения возникновения рецидивов.