

УДК 616.5-002.36-022.7-002.4-085

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПЛАЗМОЗАМІННИКА «РЕОСОРБІЛАКТ» В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ФЛЕГМОНОЗНО-НЕКРОТИЧНОЇ БЕШИХИ

Іоффе О.Ю., Крижановський Я.Й., Кульбака В.С., Меллін В.М., Галига Т.М.

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, м. Київ.

Резюме. В роботі приведені результати дослідження впливу інфузій реосорбілакту на клінічний перебіг і показники гомеостазу під час комплексного лікування хворих еритематозно-пухирцевою та флегмонозно-некротичною формами бешихи в основній групі 60 і в групі порівняння 20 хворих. Застосування інфузій реосорбілакту в комплексному лікуванні флегмонозно-некротичних форм бешихи є обґрунтованим, що визначається поліфункціональним спектром дії на патогенез бешихового запалення. Інфузії плазмозамінника «Реосорбілакт» покращують клінічний перебіг бешихи, усувають інтоксикаційний синдром, зменшують агресивність інфекційного ураження дерми, сприяють скороченню термінів очищення ран, дозрівання зрануляцій для аутодермопластики ранових дефектів шкіри.

Ключові слова: плазмозамінники, реосорбілакт, бешиха, комплексне лікування.

Вступ. Незважаючи на успішне лікування еритематозної та еритематозно-пухирцевої бешихи, кількість хворих з гнійно-некротичними ускладненнями цієї хвороби залишається на рівні 6–12% всіх хворих бешихою [1,4]. Поглиблення та розширення меж запального процесу в дермі детерміновано дією ферментів, які продукуються β -гемолітичним стрептококом – збудником бешихи і викликають каскад патологічних змін гомеостазу. Розщеплення гіалуронової кислоти, підсилення реакції фібринолізу в організмі, продукція медіаторів запалення, пошкодження ендотелію судинної стінки, дисфункція мікроциркуляторного русла складають благоприємні умови для розвитку серозно-геморагічного запалення шкіри, розповсюджених некрозів в дермі та підшкірній жировій клітковині, яке ускладнюється приєднанням гнійної та гнильної інфекції [2,8]. При поширених гнійно-некротичних ураженнях і запізнілому комбінованому лікуванні є загроза розвитку сепсису з наступною поліорганною неспроможністю та летальними наслідками, частота яких складає 5–10 % [5,9].

Застосування реосорбілакту в комплексному лікуванні бешихи обґрунтовано його поліфункціональною дією на багатоланцюговий патогенез бешихового запалення. Реосорбілакт покращує реологічні властивості крові, зменшує в'язкість крові, агрегаційні властивості тромбоцитів, в зв'язку з чим рекомендується для профілактики мікротромбоцитоутворення [3]. До складу реосорбілакту входять Д-сорбітол (6%), натрію лактат (1,9%), життєво важливі електроліти–натрій, калій, кальцій, магній і хлориди. Реосорбілакт відноситься до групи багатоконпонентних гіперосмолярних розчинів. Плазмозамінник надає дезінтоксикаційну, реологічну, енергетичну, протишокову дію, здатний усувати метаболічний ацидоз [6].

Більш ніж десятирічний досвід успішного застосування реосорбілакту в клінічній практиці анестезіологічних хірургічних, гінекологічних, терапевтичних, неврологічних, дитячих та інших відділень засвідчує, що препарат комбінованої дії, повністю метаболізується в організмі [3,7].

Мета роботи. Вивчити вплив плазмозамінника «Реосорбілакт» на клінічний перебіг та деякі константи гомеостазу в хворих бешихою для обґрунтованого застосування його в комплексній терапії ускладнених форм бешихового запалення.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Робота базується на аналізі результатів лікування 238 хворих бешихою, котрі перебували на лікуванні в гнійно-септичному відділенні Київської міської клінічної лікарні № 3 з 2007 по 2011 рік. Серед хворих жінок було 166, чоловіків – 72 віком від 25 до 76 років. Первинна бешиха виявлена в 142, повторна та рецидивна – в 96 хворих. Флегмонозні і некротичні форми бешихи розвинулися у 56 пацієнтів.

Основну групу склали 60 хворих (20–еритематозно-пухирцева, 40–флегмонозно-некротична форма бешихи). Хворим основної групи в гострому періоді захворювання з першого дня госпіталізації щоденно переливали реосорбілакт по 200,0–400,0 мл одноразово крапельно з темпом введення 40–60 кр/хв, протягом 4–5 днів.

До групи порівняння віднесені 20 хворих з еритематозно-пухирцевою та флегмонозно-некротичною формою по 10 осіб, у котрих інфузійна терапія проведена без реосорбілакту. В динаміці в обох групах хворих вивчали рівень лихоманки, загальнотоксичні прояви, показники загального аналізу крові та сечі,

рівень загального білка і його фракцій, білірубину, показники коагулограми, сечовини, креатиніну, рівень глюкози крові. Аналізу підлягали тільки показники, в яких були суттєві зміни і залежності, пов'язані з метою дослідження. Динамічне спостереження за перебігом інфекційного процесу в дермі проводили щоденно в обох групах, для виявлення впливу різних програм інфузійної терапії на наявність поглиблення або поширення меж бешихового запалення.

Лікування ускладнених форм бешихи було комплексним і поєднувало хірургічні втручання з консервативними лікувальними заходами. Комплексне лікування хворих бешихою включало антибактеріальну терапію з врахуванням чутливості ранової мікрофлори. Певну проблему створювала наявність у хворих флегмонозно-некротичною формою бешихи 66% антибіотико нечутливих штамів мікробів. Другою важливою складовою комплексного лікування було проведення інфузійно-трансфузійної терапії з метою покращення реологічних властивостей крові, дезінтоксикації, корекції білкових розладів, кислотно-лужного балансу, водно-електролітних розладів і відрізнялася в групах хворих з врахуванням мети дослідження.

Хірургічні методи лікування флегмонозно-некротичних форм були однотипними в основній і групі порівняння. Некротомії виконували в ранні терміни (2–4 доба). Некректотомії виконували після визначення глибини некрозу. А у разі поширення запалення на підшкірну клітковину – в ранні терміни (2–5 доба). Лікування поширених ран після некректотомії проводили відповідно до стадії ранового процесу. Виконували вторинну пластику ран розщепленням дерматомними клаптями шкіри.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У більшості хворих бешихою обох груп перед початком лікування констатована висока температура тіла, явища інтоксикації, прискорення пульсу, дихання. Відмічено зниження числа тромбоцитів, скорочення часу згортання крові, збільшення фібриногену крові, лейкоцитоз, зсув лейкоформули вліво.

У хворих основної групи інфузійна терапія реосорбілактом сприяла швидкому падінню температури тіла до субфібрильної або нормальної, зменшення інтоксикації, нормалізації діяльності серцево-судинної системи і дихання. Реосорбілакт завдяки гіперосмолярності викликав надходження рідини із міжклітинного простору в судинне русло, що сприяло посиленню мікроциркуляції, транскапілярному обміну, перфузії тканин, видаленню з них метаболітів і токсинів, які за наявності у реосорбілакті діуретичного ефекту виводилися з організму нирками. Зменшення лейкоцитозу і палочкоядерних лейкоцитів відмічено після 4–5 інфузій реосорбілакту лише в хворих еритематозно-бульозною формою бешихи. Показники коагулограми в хворих основної групи в процесі інфузійної терапії реосорбілактом змінювалися мало, проте відмічена тенденція до збільшення кількості тромбоцитів на п'ятий день лікування з одночасним зменшенням фібриногену В і повернення до нормальних показників часу згортання крові.

У хворих групи порівняння, інфузійна терапія яких включала ізотонічний розчин натрію хлориду, 5% розчин глюкози, розчин Рінгера, температура тіла знижувалася до субфебрильної на 1,5–2 дні пізніше ніж у хворих основної групи. Відповідно довшо зберігалася м'якість, відсутність апетиту, головний біль, періодичні озноби, глухість серцевих тонів, прискорення пульсу та дихання, як прояв інтоксикації.

У хворих основної групи на 1–2 доби раніше ніж у хворих групи порівняння зменшилися прояви запалення дерми (почервоніння, перифокальний набряк, біль в уражених ділянках). Вплив реосорбілакту на попередження поглиблення запалення дерми достовірно підтвердити неможливо. Проте із десяти в 2 хворих групи порівняння еритематозно-пухирцевою формою бешихи виявлені острівцеві некрози дерми. У основної групи серед 20 хворих з аналогічним діагнозом некрозів дерми не діагностовано. Більш виражені патологічні зміни показників гомеостазу констатовані в хворих флегмонозно-некротичною формою бешихи, особливо при перевищенні площі ураження 4–5%, у окремих осіб – до 15% поверхні тіла. У них спостерігали розвиток стійкої гіпопротеїнемії, гіпоальбумінемії, диспротеїнемії, білірубінемії. Ці зміни важко компенсувалися трансфузіями розмороженої нативної плазми, розчинів альбуміну із-за наявності поширених ран і втрати води, електролітів, особливо білків з рановими виділеннями.

Важливим є застосування реосорбілакту в хворих з ускладненнями бешихи, поширеними некрозами дерми. У хворих основної групи виконували хірургічну обробку вогнища під прикриттям інфузії 400,0 мл реосорбілакту з наступною некректотомією дерми і підшкірної клітковини на площі 4–5% поверхні тіла одночасно без суттєвих змін гемодинаміки. У хворих групи порівняння некректотомія виконана в декілька етапів, що негативно впливало на одночасність формування грануляційного покрову рани. Інфузійну терапію після видалення некротичних тканин у хворих основної групи проводили через день з введенням 200,0–400,0 мл реосорбілакту.

Місцеве лікування ран в обох групах спостережень було однотипним. Очищення ран у хворих основної групи наступало на 7–9 дні раніше ніж у хворих групи порівняння. В прискоренні очищення ран від залишків некротичних тканин і фібрину в хворих основної групи, крім посилення мікроциркуляції в тканинах, важливе значення, на нашу думку, мала корекція метаболічного ацидозу лактатом натрію, котрий метаболізується в тканинах і безпосередньо усуває в них ацидоз. Вміст лактату натрію у реосорбілакті у 6 разів перевищує його концентрацію в розчині Рінгера [7].

Терміни підготовки гранулюючих ран до аутодермопластики в хворих основної групи були на 4–5 днів коротшими ніж у хворих групи порівняння. Пластика ранових дефектів виконана в оптимальні строки з добрими результатами приживлення клаптів шкіри. Це забезпечило ліквідацію токсикоз-інфекційного вогнища, припинення значних щоденних втрат білків, електролітів, енергії, води з рановими виділеннями. Застосування інфузій реосорбілакту під час підготовки ран до пластики було ефективним тому, що досліджуваний плазмозамінник крім реологічної дії, усуває метаболічний ацидоз, порушення водно-електролітного балансу, як збалансований за складом натрію, калію, кальцію, магнію, втрата яких через ранову поверхню є суттєвою.

Для закриття ранових поверхонь у 38 хворих основної групи виконано 52 операції з повним приживленням клаптів шкіри після 96% аутодермопластик. У хворих групи порівняння добрі результати отримані після 85% пересадок розщеплених шкірних клаптів. За весь період комплексного лікування у хворих алергічних, анафілактичних і інших ускладнень, пов'язаних з інфузіями реосорбілакту не виявлено.

ВИСНОВКИ

1. Застосування інфузій реосорбілакту в комплексному лікуванні флегмонозно-некротичних форм бешихи є обґрунтованим, що визначається поліфункціональним спектром дії на патогенез бешихового запалення.
2. Інфузії плазмозамінника «Реосорбілакт» покращують клінічний перебіг бешихи, усувають інтоксикаційний синдром, зменшують агресивність інфекційного ураження дерми, сприяють скороченню термінів очищення ран, дозрівання грануляції та виконання аутодермопластики ранових дефектів шкіри.

ЛІТЕРАТУРА

1. Біляєва О.О., Кравченко О.В., Погрібняк В.В. та ін. Бешиха: особливості клінічного перебігу, структури та частоти захворювання. Хірургія України. Київ, 2005; 4: 95–99
2. Дуванский В.А. Особенности регионарной микроциркуляции у больных осложненными формами рожи. Лазерная медицина 2008; 12, № 2: 41–44
3. Гаврилюк В.К., Гуменюк Н.И., Морская Н.Д. и др. Сравнительное изучение влияния реосорбилакта и реополиглокина на состояние гемоконцентрации, вязкости крови и агрегационной способности тромбоцитов у больных с хроническим легочным сердцем и хронической сердечной недостаточностью. Укр. пульмонологічний журнал 2006; 1: 35–38.
4. Гусак И.В. и др. Лечение рожистого воспаления в условиях хирургического стационара. Харк. хірург. школа. Х., 2010; 4: 129–133.
5. Канорский И., Липатов К., Ользеев И. и др. Лечение флегмонозно-некротической рожи. Врач: 35–36.
6. Кондрацкий Б.А., Миндюк М.В., Винарчик М.И. и др. Реосорбилакт-комплексный инфузионный препарат комбинированного действия. Пробл. Гематологии и переливания крови 2005; 3: 47.
7. Лисенко Г.І. Інфузійна терапія соматичних захворювань. Дистанційне навчання за спеціальністю «Сімейна медицина» 2011; 7: 21–24.
8. Пересадин М.О., Антонова Л. П., Юган Я. Л. Клінічні особливості бешихи в сучасних умовах. Укр. мед. альманах. Луганськ, 2011; 14, № 2: 143–148.
9. Поцілуйко Н.М., Зінчук О.М. Діагностика та лікування бешихи: (огляд літератури. Сучас. інфекції. К., 2011; 1: 104–109.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНФУЗИЙ ПЛАЗМОЗАМЕНИТЕЛЯ «РЕОСОРБИЛАКТ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНОЗНО-НЕКРОТИЧЕСКОЙ РОЖИ

Июффе А.Ю., Крыжановский Я.И., Кульбака В.С., Меллин В.Н., Галыга Т.Н.

Резюме. В работе приведены результаты исследований влияния инфузий реосорбилакта на клиническое течение и некоторые показатели гомеостаза при комплексном лечении больных эритематозно-буллезной и флегмонозно-некротической формой рожи в основной группе 60 больных и в группе сравнения – 20 больных. Применение инфузий «Реосорбилакт» в комплексном лечении флегмонозно-некротической рожи является обоснованным. Это определено полифункциональным спектром действия на патогенез рожистого воспаления. Инфузии плазмозамениителя «Реосорбилакт» улучшают клиническое течение рожи, устраняют интоксикационный синдром, уменьшают

агресивність інфекційного процесу в дермі, сприяють скороченню термінів очищення рани, а також созреванию грануляцій і виконання аутодермопластики ран.

Ключевые слова: плазмозамениТЕЛЬ, реосорбилАкт, рожа, комплексное лечение.

EFFICIENCY OF PLASMA SUBSTITUTE «REOSORBILAKT» INFUSIONS IN PHLEGMONOUS- NECROTIC ERYSIPELAS COMPLEX TREATMENT

Ioffe A. Y., Kryzhanovskyy I.Y., Kulbaka V.S., Mellin V.N., Galyga T.N.

Summary. Results of researches about reosorbilakt infusions influence for clinical current and for homeostasis some indicators in complex treatment of patients with erythematic violet erysipelas and with phlegmonous-necrotic erysipelas are shown in the work (60 patients are in the basic group and 20 patients are in comparison group). Use «Reosorbilakt» in complex treatment of the patients with phlegmono- necrotic erysipelas is well-founded. It is defined by polyfunctional spectrum of action on erysipelas pathogenesis. Plasma substitute «Reosorbilakt » infusions improve a clinical current of an erysipelas, eliminate intoxication, reduce aggression of infectious process in derma, assist in shortening periods of wound purification, in maturing of granulations and wounds autodermoplastics.

Keywords: plasma substitute, reosorbilakt, erysipelas, complex treatment.

Адреса для листування:

Кульбака Віктор Степанович

01054, м. Київ, вул. Дмитрівська, 24, кв. 26

Тел. моб. (097) 259-25-50

E-mail: vik_kulbaka@mail.ru