

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК БЕШИХИ З ПОШИРЕНОЮ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ

Чабан Тетяна Володимирівна,
доктор медичних наук, професор,
професор кафедри інфекційних хвороб
Одеського національного медичного університету, Україна

Бочаров Вячеслав Михайлович,
асистент кафедри інфекційних хвороб
Одеського національного медичного університету, Україна

Чубач Марія Іванівна,
асистент кафедри інфекційних хвороб
Одеського національного медичного університету, Україна

Бердник Юлія Ігорівна
лікар – інтерн КНП «Міська клінічна інфекційна лікарня» ОМР

Кайгородов Василь Миколайович
лікар – інтерн КНП «Міська клінічна інфекційна лікарня» ОМР

Бешиха (erysipelas) – гостра поверхнева форма запалення клітковини із залученням шкірної та лімфатичної судинної системи. Є досить частою інфекцією шкіри, яка складає до 20% всіх її запальних захворювань. Захворювання, зумовлені β -гемолітичним стрептококом групи А, не втрачають своєї актуальності й продовжують чинити значну соціально-економічну шкоду через широке розповсюдження і наявність несприятливих наслідків [1 – 8].

За даними ВООЗ, у країнах по всьому світу щорічно реєструється більше 100 млн., випадків первинної стрептокової інфекції. Серед яких значну частину займають пацієнти із бешихою, етіологічним патогеном є β -гемолітичний стрептокок, на фоні коморбідної патології [2, 10, 18, 20, 21].

На сьогоднішній день спостерігається зниження чутливості збудників бешихи до антибіотикотерапії, що раніше широко використовувались для її лікування. А саме помітна тенденція до стійкості препаратів пеніцилінового ряду – Бензилпеніцилін, Оксацилін, Ампіцилін, Амоксицилін. Що, у свою чергу, веде до збільшення кількості її важких форм з розвитком ускладнень. На фоні стрімкого розвитку стійкості до усіх препаратів, почали використовувати препарати Цефалоспоринового ряду, Фторхінолони, у важких випадках Карбопенеми. Ці групи показали свою ефективність у клінічній практиці, але також мають тенденцію до розвитку стійкості [11 – 18].

Наводимо випадок важкого перебігу бешихи, еритематозно – бульозної форми, ускладненої абсцесом лівої гомілки. Фоном виступають – ішемічна хвороба

серця, кардіосклероз. Гіпертонічна хвороба Іст. Лімфостаз (стан після політравми у минулому).

Хвора – 57 років, захворіла гостро: гарячка до 38.0 °С, гіперемія, виражений набряк від стопи до колінного суглоба та біль лівої гомілки. Звернулась до Одеської клінічної інфекційної лікарні на четверту добу хвороби, після консультації лікаря – хірурга.

З анамнезу відомо, що у минулому хвора перенесла політравму, після якої, на нижніх кінцівках залишились множинні шрами та розвинувся лімфостаз обох кінцівок. Раніше на бешиху не хворіла – вперше діагностована.

Об'єктивно: стан хворої важкий, свідомість ясна, контакта. Високо лихоманить, млява.

St. localis: ліва гомілка набрякла та яскраво гіперемована з чітким контуром по типу «язика полум'я», розповсюджена від стопи до колінного суглоба. На фоні гіперемії множинна дрібно – плямиста геморагічна висипка. Вражені ділянки гарячі на дотик та болючі при пальпації. Інші шкірні покриви без змін. Пальпуються збільшені пахові лімфатичні вузли з обох сторін, хворобливі. Змін з боку інших систем та органів не було.

Проведено посів матеріалу із вражених шкіряних покривів (рани тощо). Виділений – *Staphylococcus epidermidis*.

Хвора у відділенні була консультована хірургом — заключення – Бешиха лівої гомілки, еритематозна форма. Лімфостаз лівої нижньої кінцівки. Рекомендовано: 1) обробка метиленовою синькою.

Лікування хворої складалось з: антибіотикотерапії, яка на початку складалась з Ампіциліну 1.5 грами 4 рази на добу. Додатково проводилась терапія: дезінтоксикаційна – Реосорбілакт 200.0 мл., внутрішньовенно протягом 5 днів. Патогенетична - Глюконат кальцію 10% 5.0 мл., внутрішньовенно протягом 9 днів, фуросемід 2.0 мл., внутрішньовенно протягом 5 днів, дексаметазон 4 мг внутрішньо м'язово протягом 5 днів. Симптоматична – анальгін 2.0 мл., внутрішньо м'язово та дімедролом 1.0 мл., внутрішньо м'язово на 7 добу (одноразово), диклофенак 3.0 мл., внутрішньо м'язово (перші три доби). Підтримуюча - опефера 1 капсула 2 рази на добу протягом 14 днів. Місцева терапія складалась з обробки ураженої ділянки метиленовим синім з надання носі піднесеного положення [17 – 21].

На третю добу колегіально було прийнято рішення щодо скасування ампіциліну, у зв'язку з погіршенням загального стану хворої. Та, у свою чергу, призначено цефтріаксон у початковій дозі 1.0 грама внутрішньо м'язово 2 рази на добу з додатком левофлорсацину внутрішньовенно у дозі 500 мг., 1 рази на добу (отримана антибіотикограма з визначеною помірною чутливістю *S. epidermidis* до левофлорсацину). Додаткову терапію хвора отримала у тому же обсязі.

Подалі хвора почала помічати покращення загально стану та візуально ліва гомілка стала менш гіперемована, набрякла, були розкрились з утворюванням скоринки.

На сьому добу хвора поскаржилась на різкий біль по передній поверхні

гомилки. При пальпації відчувався інфільтрат з зоною початкової флюктуації. Хвора повторно була консультована хірургом та було призначено: рег ос моксикум 400 мг., 1 рази на добу; цефтазидим в дозі 1 гр., 3 рази на добу внутрішньо м'язово; диклоберл 100 мг., (свічки) 2 рази на добу.

Повторна консультація хірурга — заключення — Початкові краєві формування на передній поверхні нижньої кінцівки абсцесу. Бешиха лівої гомилки, еритематозна форма. Рекомендовано: диклоберл 100 мг., (свічки) 2 рази на добу, 5 днів, антибактеріальна терапія, болтушка з рімфонія, при погіршенні перевод в ургентну хірургію.

У зв'язку з неефективністю лікування, колегіально було прийнято рішення щодо переведення хворої до хірургічного відділення для подальшого хірургічно-терапевтичного лікування. Консультація хірурга через добу — заключення — Абсцес лівої гомилки. Стан після перенесеної бешихи лівої гомилки, еритематозна форма. Рекомендовано: перевод в ургентну хірургію [15 – 21].

Стійкість до антибіотиків є сьогодні однією з найсерйозніших загроз здоров'ю людства. Неправильне використання антибіотиків лише прискорює цей процес. Доказом того є наш клінічний випадок, де збудник не реагував навіть до помірно чутливого до нього антибіотика.

Майже кожен третій пацієнт з бешиховим запалення потребує подальшого лікування у хірургічному стаціонарі.

Важливим є диспансерне спостереження хворих з коморбідною патологією та своєчасне виявлення захворювання.

Особливу увагу маємо приділяти людям, у яких в анамнезі раніше була бешиха, щоб одразу запобігти повторному важкому перебігу захворювання.

Наслідком стійкості до антибіотиків є триваліші госпіталізації, зростання важкого перебігу захворювання, подальшого оперативного лікування хворого та летальність хворих.

Список літератури:

1. Глумчер А.С. Метаболизм L-аргинина у пациентов с сепсисом и септическим шоком (обзор) / Глумчер, Венёвцева-Моренец, Демин // Экстренная медицина. – 2016. – №4. – С. 96–103.
2. Іоффе О.Ю., Крижановський Я.Й., Кульбака В.С. та ін. Ефективність плазмозамінника «Реосорбілакт» в комплексному лікуванні флегмонознокротичної бешихи // Матеріали III міжнародного конгресу з інфузійної терапії. – 2016. – С. 180–183.
3. Лишневская В.Ю. Эндотелиальная дисфункция: что необходимо знать практическому врачу? // Медична газета «Здоров'я України». – 2011. – №2. – С. 29.
4. Лишневская В.Ю. Эндотелиальная дисфункция: что необходимо знать практическому врачу? // Медична газета «Здоров'я України». – 2011. – №2. – С. 29.
5. Мішалов В.Г., Черняк В.А., Сопко О.І. Клінічне обґрунтування використання L-аргініну у хворих на критичну ішемію нижніх кінцівок // Український хіміотерапевтичний журнал. – 2012. – №3. – С. 158–163.

6. Палієнко І.А., Кармазіна О.М., Шепетько І.С. та ін. Застосування L-аргініну в лікуванні системної склеродермії // Медицина неотложных состояний. – 2013. – №4. – С. 80–84.
7. Петрюк Б.В., Хомко О.Й., Сидорчук Р.І., Білик І.І. Внутрішньотканинний електрофорез антибактерійних засобів та ентеросорбція – ентеросанація ентеросгелем та реосорбілактом при термічних опіках // Український хіміотерапевтичний журнал. – 2008. – №1–2. – С. 274–277.
8. Рудіченко В.М. Англomовні мережеві засоби при проведенні практичних занять англійською мовою у підготовці зі спеціальності «загальна практика-сімейна медицина» // Матеріали підсумкової LX науково-практичної конференції «Здобутки клінічної та експериментальної медицини» (присвячена 60-річчю ТДМУ), Тернопіль, 14.06.2017. – Тернопіль: ТДМУ «Укрмедкнига», 2017. – С. 433–434.
9. Рудіченко В.М. Декстروкардія: актуальні клінічні аспекти в діяльності лікаря загальної практики-сімейної медицини // Ліки України плюс. – 2017. – №3. – С. 30–37.
10. Bernard P., Bedane C., Mounier M. et al. Streptococcal cause of erysipelas and cellulitis in adults: a microbiologic study using a direct immunofluorescence technique // Arch. Dermatol. – 1989. – Vol. 125. – P. 779–782.
11. Bartholomeeusen S., Vandembroucke J., Truysers C., Buntinx F. Epidemiology and comorbidity of erysipelas in primary care // Dermatol. – 2007. – Vol. 215. – P. 118–122.
12. Bernard P., Bedane C., Mounier M. et al. Streptococcal cause of erysipelas and cellulitis in adults: a microbiologic study using a direct immunofluorescence technique // Arch. Dermatol. – 1989. – Vol. 125. – P. 779–782.
13. Bishara J., Golan-Cohen A., Robenshtok E. et al. Antibiotic use in patients with erysipelas: a retrospective study // Isr. Med. Assoc. J. – 2001. – Vol. 3. – P. 722–724.
14. Bisno A.L., Stevens D.L. Streptococcal infections of skin and soft tissues // N. Engl. J. Med. – 1996. – Vol. 334. – P. 240–245.
15. Bläckberg A., Trelle K., Rasmussen M. Erysipelas, a large retrospective study of aetiology and clinical presentation // B.M.C. Infect. Dis. – 2015. – Vol. 15. – P. 402–407.
16. Bonnetblanc J.-M., Bédane C. Erysipelas: recognition and management // Am. J. Clin. Dermatol. – 2003. – Vol. 4. – P. 157–163.
17. Chartier C., Grosshans E. Erysipelas // Int. J. Dermatol. – 1990. – Vol. 29. P. 459–467.
18. Druml W. Amino Acid Kinetics in patients with sepsis. Druml W, Heinzl G, Kleinberger G. // American Journal of Clinical Nutrition. – 2001. – Vol. 73. – P. 908–913.
19. Роль фактора фон Виллебранда в патогенезе ендотеліальної дисфункції при COVID-19-асоційованій коагулопатії ТВ Чабан, АВ Кузьміна, ВВ Тюпа, ВМ Бочаров Topical issues of practice and science. – 2021. – № 26, – С. 345.

MEDICINE
INTEGRATION OF SCIENTIFIC AND MODERN IDEAS INTO PRACTICE

20. Эндотелиальная дисфункция-основное звено патогенеза Covid-19 АВ Кузьмина, ВВ Тюпа, ВМ Бочаров Implementation of modern science and practice. – 2021. – № 15, – С. 267.

21. X МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС «Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України» Роль церулоплазміну у механізмах розвитку запалення ТВ Чабан, ВВ Тюпа, ВМ Бочаров, ОВ Кузьміна Topical issues of practice and science. – 2021. – №26, – С. 354.