



Ж.В. Корольова

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ

Алгоритм лікування неуточненої інфекції підшкірної жирової клітковини — бактеріального целюліту

Ключові слова

Підшкірна жирова клітковина, неуточнена інфекція, бактеріальний целюліт, загальне та місцеве лікування.

Сьогодні для лікування бактеріального целюліту (БЦ) більшість лікарів застосовують тільки системні антибактеріальні препарати [3, 14, 24]. Препаратом вибору при БЦ стрептококової етіології є пеніцилін [6, 23], пеніцилін VK по 0,5–1,0 г внутрішньо 4 рази на добу, прокаїн — пеніцилін G 600 000 МО внутрішньом'язово 2 рази на добу або пеніцилін G 2–6 млн МО внутрішньовенно залежно від тяжкості захворювання. У разі непереносності пеніциліну призначають еритроміцин по 500 мг внутрішньо 4 рази на добу, або ванкоміцин по 1 г внутрішньовенно кожні 12 годин, або кліндаміцин по 150 мг 4 рази на добу кожні 6 годин у тяжких випадках.

Хоча *Staphylococcus aureus* не належать до мікроорганізмів, які часто спричинюють БЦ [4, 23], багато клініцистів призначають ефективні щодо них антибіотики, навіть при БЦ легкого перебігу: доксициклін по 250 мг внутрішньо. В тяжких випадках, коли пацієнт потребує госпіталізації, застосовують оксацилін або нафцилін по 1 г 4 рази на добу. В разі непереносності пеніциліну або резистентності інфекції до метациліну призначають ванкоміцин по 1 г через 12 годин. У пацієнтів з рецидивним БЦ нижніх кінцівок лікування супутнього мікозу ступень дає змогу ліквідувати джерело стрептококової інфекції [6, 11] та запобігти рецидиву хвороби. Якщо цього недостатньо, призначають бензатинпеніцилін по 1,2 млн ОД або пеніцилін V, еритроміцин по 250 мг внутрішньо 1 тиждень кожного місяця. Пеніцилін також є препаратом вибору при *Pasteurella multocida*, аміноглікозиди — при *Aeromonas hydrophylia*, тетрациклін — при *Vibrio vulnificus*.

БЦ в осіб з імунодефіцитом потребує призначення антибіотиків, ефективних щодо грамнегативних мікроорганізмів (гентаміцин по 1,5 мкг через 8 годин, мезлоцилін по 3 г через 4 години, оксацилін або цефазолін у комбінації з аміноглікозидами або фторхінолонами). У тяжких випадках переважно призначають антибактеріальні препарати, ефективні щодо стафіло- і стрептококів та грамнегативних аеробів, до отримання результатів культурального дослідження [2, 6, 25]. Коли виявлення патогенних мікроорганізмів неможливе через відсутність гнійного виділення, антибіотикотерапію слід проводити препаратами, ефективними щодо стрепто- та стафілококів, з урахуванням індивідуальної чутливості (метациклін по 0,3 г 2 рази на добу, ципрофлоксацин по 0,25 г 2 рази на добу, рокситроміцин по 150 мг 2 рази на добу 10 днів) [6]. При лікуванні ЦБ на тлі імуносупресії необхідно включати антибіотики, ефективні щодо грамнегативних мікроорганізмів. Так, пацієнтові з раком грудної залози було призначено офлоксацин по 0,2 г 2 рази на добу протягом 14 днів, потім рокситроміцин по 150 мг 2 рази на добу протягом 10 днів. На тлі терапії на третю добу спостерігалася позитивна динаміка: зменшення гіперемії, набряку, зникнення больового синдрому; в кінці курсу лікування висипка повністю регресувала з гіперпігментацією. Рішення використовувати інтравенозні антибіотики замість парантеральних ґрунтується на клінічній картині кожного пацієнта [23]. У тяжких випадках застосовують пеніцилін (парантеральні форми) або перше покоління цефалоспоринов. Ванкоміцин (1,0–1,5 г щодня) є альтернативним

для осіб, чутливих до пеніциліну [23]. Коли в дітей одночасно спостерігається фасціальний БЦ, лікар має враховувати можливість інфекції, зумовленої *Haemophilus influenzae*. Ампіцилін вже не вважають ефективним проти цих мікроорганізмів, також спостерігається резистентність до левоміцетину; адекватну терапію забезпечують цефалоспорины другого покоління, наприклад, цефуоксим натрію [23]. Режим та обсяг лікування залежать від стану хворого, форми захворювання, локалізації процесу, ускладнень та супутньої патології [1]. Лікування загалом комплексне. Хірургічне втручання здійснюється у формі видалення при флегмонозній та некротичних формах некротичних мас, дренажу. Медикаментозна етіотропна терапія антибіотиками та іншими протимікробними препаратами широкого спектра дії передбачає призначення: нафциліну або оксациліну — по 2,0 г внутрішньовенно 6 разів на добу; нефазоліну — по 1,0–2,0 г в/в 3 рази на добу; нанкоміцину по 1,0 г в/в 2 рази на добу; ніклоксацину — по 500 мг 4 рази на добу перорально. Як альтернативні засоби використовують еритроміцин, джозаміцин, спарфлоксацин, азитроміцин, кларитроміцин та інші протимікробні препарати; їх призначають внутрішньо в ін'єкціях, перорально, локально. Патогенетичне лікування включає антизапальну терапію (нестероїдні протизапальні засоби, автогемотерапія, неспецифічна стимулювальна терапія (вітамінотерапія, біогенні стимулятори, ферменти)), імуномодулювальну терапію, дезінтоксикаційну терапію, вазоактивні препарати, знеболювальні та гіпосенсибілізувальні засоби. Місцеве лікування є частиною медикаментозної етіотропної та патогенетичної терапії, а також фізіотерапії [1].

Фізіотерапію призначають з метою дії на збудника захворювання та його патогенез; використовують такі методи: рентген- та радіотерапію, місцеве ультрафіолетове опромінення (УФО) в гіпереритемних дозах, автотрансфузію фотомодифікованої крові, загальне УФО в суберитемних дозах, магнітотерапію, УВЧ-терапію. Фізіотерапію також застосовують як засіб переважно місцевого введення медикаментів: електрофорез, фонофорез антимікробних і протизапальних препаратів [1].

За даними деяких авторів, біль можна зменшити холодними компресами з рідиною Бурова [15]. Трохи підняте положення ураженої кінцівки допомагає дренажу.

Емпіричне лікування антибіотиками, дія яких спрямована проти стафілококів і стрептококів, є адекватним, оскільки стафілококову та стрептококову інфекції клінічно складно розрізнити. Призначають стійкий до пеніцилінази пеніцилін:

диклоксацилін по 500–1000 мг внутрішньо кожні 6 годин. Амоксицилін із клавулановою кислотою по 875/125 мг призначають внутрішньо 2 рази на добу або по 500/125 мг — 3 рази на добу (доза для дорослих). Цефалоспорин першого покоління (цефалексин) по 250–500 мг приймають 4 рази на добу. Азитроміцин приймають у початковій дозі по 500 мг, потім по 250 мг у 2–5-й дні або кларитроміцин по 200 мг кожні 12 годин. Період загосення становить у середньому 12 днів від початку лікування. В більшості випадків стан пацієнта покращує проста системна антибіотикотерапія. При резистентності потрібна повторна оцінка та, можливо, внутрішньовенне введення хворому антибіотиків. У разі тяжкої інфекції можуть бути необхідними госпіталізація та внутрішньовенне введення антибіотиків. Емпірична внутрішньовенна терапія для боротьби зі стрептококами групи А та *Staphylococcus aureus* включає цефазолін по 1,0 г кожні 8 годин або нафцилін по 2,0 г кожні 4–6 годин. При клостридійному анаеробному БЦ пацієнтові призначають високі дози пеніциліну внутрішньовенно, а також термінове хірургічне втручання і санацію мертвих тканин. Антимікробна профілактика може тривати місяці або роки. Призначають еритроміцин (250 мг 2 рази на добу) або феноксиметилпеніцилін (250–500 мг 2 рази на добу). При інфекціях від укусів собак і котів приймають внутрішньо комбінації амоксициліну з клавулановою кислотою по 875/175 мг 2 рази на добу протягом 7–10 днів або 500 мг/125 мг 3 рази на добу; альтернативою є внутрішнє застосування доксицикліну по 100 мг 2 рази на добу протягом 10 днів. Цефалоспорины менш ефективні [15]. Доволі широко описано користь кортикостероїдів і нестероїдних протизапальних препаратів при БЦ [6, 8, 12].

У дослідженні з групою контролю не визначено ефективнішого антибіотика, також не доведено переваг внутрішньовенного введення препарату [10]. Було проведено рандомізоване контрольоване дослідження ефективності лікування пацієнтів з БЦ гомілки, частина з яких приймала лише флюклоксацилін, частина — флюклоксацилін і бензилпеніцилін. Розбіжностей не виявлено [10, 21]. Також доведено ефективність левофлоксацину [10], пристинаміцину та пеніциліну [7, 10]. Запропоновано призначення пацієнтам цефазоліну два рази на добу внутрішньовенно [9, 20, 28] або один раз на добу з пробенецидом [9], внутрішньовенно один раз на добу цефтріаксону [13] та лінезоліду [26, 29]. Також для лікування можна використовувати цефдинір, лінезолід, даптоміцин та пристиноміцин [14, 26, 27]. Бензилпеніцилін і феноксиметилпеніцилін мають мінімальну

стафілолітичну концентрацію, що дає відмінну відповідь при більшості стрептококасоційованих захворювань. Крім того, вони мають невисокий показник резистентності [17, 19, 22]. Варто зазначити, що госпіталізація може не призвести до повного одужання. Для стійкої еритеми застосовують термін «хронічний БЦ». Цим поняттям можна охарактеризувати імунологічну відповідь на інфекцію звичайної бактеріальної природи, яка може розвинути на тлі лімфадени, якщо процес є білатеральним [10, 16]. У 17 дослідженнях, у яких взяли участь пацієнти з БЦ, інфекції в крові до та після лікування не виявлено [16]. Лише у 2–5 % осіб з необтяженим БЦ виділено збудник у крові. Серед 171 пацієнта (перебували під спостереженням протягом 3 років) у 47 % спостерігався рецидив, у 46 % — хронічний набряк ніг [10]. Обидва ускладнення рідше зустрічаються у пацієнтів, які пройшли курс тривалішого лікування пеніциліном (понад 28 днів).

Лікування пацієнтам з неуточною інфекцією підшкірної жирової клітковини — бактеріальним целюлітом (НПК — БЦ), інфекційною екземою і такими ускладненнями, як венозні трофічні виразки слід призначати з урахуванням етіологічних механізмів їх розвитку.

Головною метою консервативного лікування можна вважати профілактику рецидиву захворювань, усунення ознак хронічної венозної недостатності (ХВН), збереження працездатності, підвищення якості життя хворих. Консервативна терапія включала такі заходи:

1) для підвищення тонуусу венозної стінки та покращення флебогемодинаміки: постуральний дренаж (ліжковий режим з підвищеним положенням кінцівок з метою зменшення навантаження на неспроможний клапанний апарат вен нижніх кінцівок); компресійна терапія у період згасання гострих запальних явищ (застосування еластичних бинтів або компресійного трикотажу) для зниження патологічної венозної гіперволемії нижніх кінцівок, поліпшення функціональної здатності неспроможного клапанного апарату, збільшення резорбції тканинної рідини у венозному відділі капіляра та зниження її фільтрації в артеріальному відділі, збільшення фібринолітичної активності крові; використання топічних флеботоніків (троксевазинова мазь); застосування системних флеботонічних препаратів (діосмін + гесперидин);

2) корекція порушень мікроциркуляції (діосмін + гесперидин) та лімфовідтоку (сечогінні засоби);

3) усунення запальних реакцій (застосування системних нестероїдних протизапальних препаратів (диклофенак) і топічних кортикостероїдів).

При виразних порушеннях венозної гемодинаміки та мікроциркуляції, пацієнтам призначали «Детралекс» у дозуванні по 500 мг 2 рази на добу. Тривалість терапії становила 2 місяці [6].

Варто зауважити, що комбінація діосміну і гесперидину ефективна при венозній недостатності всіх стадій — від «важкості в ногах» до трофічних розладів. Застосування препарату по 500 мг двічі на добу 2- і 6-місячним курсом зменшує болісні відчуття, парестезії, набряклість; у осіб із трофічними ураженнями загоюються раневі поверхні без хірургічного втручання. На сьогодні цей препарат найчастіше призначають у Європі пацієнтам з ХВН.

Взагалі до лікування НПК — БЦ включають системну та місцеву терапію, зокрема:

1) у гострому періоді екземи — лікувальний голод протягом трьох днів з поступовим розширенням дієти; в подальшому — дієта з обмеженням солі та екстрактивних речовин для зменшення затримки рідини в організмі, нормалізації роботи травного каналу, запобігання додатковій сенсibiliзації, сліпе зондування;

2) гіпосенсибілізуючі засоби (30 % розчин натрію тіосульфату, 10 % розчин кальцію глюконату);

3) сечогінні засоби (фуросемід, гідрохлоротіазид) при вираженій ексудації та набряку тканин;

4) вазоактивні препарати (пентоксифілін, діосмін + гесперидин) для покращення мікроциркуляції у тканинах;

5) імунокоригувальні препарати (настоянка ехінацеї, автогемотерапія, «Протефлазид»);

6) седативні препарати (екстракт валеріани, настоянка кропиви собачої);

7) гепатопротектори (силибінін, фосфоліпіди);

8) системну антибіотикотерапію у разі приєднання вторинної інфекції за даними бактеріологічних досліджень з урахуванням чутливості мікроорганізмів до антибіотиків;

9) системні кортикостероїди при тяжкому перебігу захворювань (бетаметазон, преднізолон).

Місцева терапія залежить від стадії процесу та передбачає щоденний туалет шкіри теплою мильною водою, застосування примочок, вологих пов'язок з розчинами протизапальних, антибактеріальних, в'язучих засобів, індиферентних кератопластичних кремів та мажевої терапії, а також кортикостероїдних кремів і мазей. З метою очищення трофічних виразок від гнійно-некротичних мас застосовують кисневі ванночки з розчином 3 % пероксиду водню. Для активації грануляцій та епітелізації виразок використовували «Солкосерил» [6].

Реабілітаційне лікування було невід'ємною частиною наших рекомендацій хворим після клі-

нічного одужання. Головною метою реабілітаційного лікування є усунення симптомів ХВН, профілактика рецидивів варикозної хвороби та трофічних захворювань шкіри, збереження працездатності, підвищення якості життя [5]. Реабілітаційне лікування включає:

1) усунення факторів ризику (корекція способу життя та харчування, раціональне працевлаштування, обмеження статичних навантажень, лікувальна фізкультура); основні рекомендації: уникати травмування нижніх кінцівок, контролювати масу тіла, більше рухатися;

2) компресійну терапію (застосування еластичних бинтів або компресійного трикотажу) довічно пацієнтам з усіма формами виразкової хвороби в разі неможливості проведення радикального хірургічного втручання;

3) медикаментозне лікування підтримувальними курсами з метою усунення симптомів ХВН та запобігання трофічним ускладненням, різні флеботропні засоби (діосмін + гесперидин, діосмін, тіамін + есцин, «Гінкор форт»);

4) фізіотерапію (магнітотерапію, електростимуляцію) з метою покращення тканинного обміну, активації ферментативних і трофічних процесів, стимулювання венозного кровотоку та лімфотокру.

Було виявлено переважання 42,87 % генотипу DD гена ACE у хворих з НІПК – БЦ, які мають нормальну масу тіла, порівняно з пацієнта-

ми із надлишковою масою тіла й ожирінням 16,67 % генотипу DD, що може свідчити про певну роль судинних факторів у патогенезі захворювання.

Таким чином, дослідження поліморфних генетичних маркерів ACE (I/D) дають підстави припускати певний вплив генотипу DD гена ACE на функціональний стан капілярів у жінок, хворих на НІПК – БЦ, з нормальною масою тіла.

Хворим на НІПК – БЦ з нормальною масою тіла рекомендовано проводити корекцію гемодинаміки додатковими консервативними методами лікування: використання топічних флеботоніків (рутозид, «Гінкор гель», троксевазинова мазь); застосування системних флеботонічних препаратів (діосмін + гесперидин (переважно по 500 мг двічі на добу 2- і 6-місячним курсом), «Гінкор форт», діосмін, есцин, «Троксевазин», «Венорутон»), ловастатин по 20 мг 1 раз на добу протягом 6–12 місяців.

Використання розробленої методики лікування із застосуванням у комплексній стандартній терапії ловастатину по 20 мг 1 раз на добу протягом 6–12 місяців, місцевої терапії з 0,01 % розчином мірамістину, мажевої терапії («Ілон», тиротрицин), венотонізувального та судинопротекторного препарату «Детралекс» у хворих з нормальною та надлишковою масою тіла сприяло скороченню тривалості лікування при НІПК – БЦ у 1,4 разу.

Список літератури

1. Дерматовенерологія: навчальний посібник для лікарів і лікарів-інтернів / За ред. В.П. Федотова, А.Д. Дюдіона, В.І. Степаненка.— Дніпропетровськ; К., 2008.— 600 с.
2. Дерматологія: атлас-справочник / Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вулф К. [и др.].— М.: Практика, 1999.— 1044 с.
3. Европейское руководство по лечению дерматологических заболеваний: Пер. с англ. / Под ред. Кацамба А.Д., Лотти Т.М.— М.: МЕДпресс-информ, 2008.— 736 с.
4. Иванов С.В. Дослідження патології капілярів у хворих на екзему / Иванов С.В. // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2005.— № 3.— С. 140.
5. Пашенко В.М. Комплексна терапія хворих на екзему, спричинену варикозним симптомокомплексом з урахуванням особливостей гемодинаміки та гормонального гомеостазу: Автореф. дис. ...канд. мед. наук: спец. 14.01.20 / Пашенко В.М.— Х., 2008.— 19 с.
6. Потекаев Н.С. Клиника и терапии целлюлита / Потекаев Н.С., Курдина М.И., Ястребова Р.И. [и др.] // Рос. журн. кожн. и венер. болезней.— 2000.— № 5.— С. 15–17.
7. Bernard P. Oral pristinamycin versus standard penicillin regimen to treat erysipelas in adults: randomised, non-inferiority, open trial / Bernard P, Chosidow O., Vaillant L. // BMJ.— 2002.— Vol. 325, N 7369.— P. 864.
8. Dan M. Erysipelas after venectomy for coronary artery bypass surgery / Dan M., Shapira I., Yakirewitsch V. [et al.] // Isr. J. Med. Sci.— 1983.— Vol. 19, N 12.— P. 1100–1101.
9. Donald M. Emergency department management of home intravenous antibiotic therapy for cellulitis / Donald M., Marlow N., Swinburn E., Wu M. // Emerg. Med. J.— 2005.— Vol. 22, N 10.— P. 715–717.
10. Evidence-based dermatology / Ed. by H. Williams, M. Bigby.— 2nd ed.— Malden, Mass.; Oxford: Blackwell Pub. BMJ Books, 2008.— 723 p.
11. Fleisher G., Fleisher G. Cellulitis: bacterial etiology, clinical features, and laboratory findings / Fleisher G., Ludwig S., Campos J. // J. Pediatr.— 1980.— Vol. 97, N 4.— P. 591–593.
12. Garcia-Doval I. Inpatient dermatology: characteristics of patients and admissions in a Spanish hospital / Garcia-Doval I., Feal C., Roson E. [et al.] // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.— 2002.— Vol. 16, N 4.— P. 334–338.
13. Grayson M.L. Once-daily intravenous cefazolin plus oral probenecid is equivalent to once-daily intravenous ceftriaxone plus oral placebo for the treatment of moderate-to-severe cellulitis in adults / Grayson M.L., McDonald M., Gibson K. [et al.] // Clin. Infect. Dis.— 2002.— Vol. 34, N 11.— P. 1440–1448.
14. Guay D.R. Treatment of bacterial skin and skin structure infections / Guay D.R. // Exp. Opin. Pharmacother.— 2003.— Vol. 4, N 8.— P. 1259–1275.
15. Habif T.P. Skin disease: diagnosis and treatment / Habif T.P. [et al.]— 2nd ed.— Philadelphia; Edinburgh: Elsevier Mosby, 2005.— 662 p.
16. Hepburn M.J. Comparison of short-course (5 days) and standard (10 days) treatment for uncomplicated cellulitis /

- Hepburn M.J., Dooley D.P., Skidmore P.J. [et al.] // Arch. Intern. Med.— 2004.— Vol. 164, N 15.— P. 1669—1674.
17. Horn D.L. Why have group A streptococci remained susceptible to penicillin? Report on a symposium / Horn D.L., Zabriskie J.B., Austrian R. [et al.] // Clin. Infect. Dis.— 1998.— Vol. 26, N 6.— P. 1341—1345.
 18. Infectious diseases / Ed. by S.L. Gorbach, J.G. Bartlett, N.R. Blacklow.— 2nd ed.— Philadelphia: Saunders, 1998.— 2594 p.
 19. Kaplan E.L. Susceptibility of group A beta-hemolytic streptococci to thirteen antibiotics: examination of 301 strains isolated in the United States between 1994 and 1997 / Kaplan E.L., Johnson D.R., Del Rosario M.C., Horn D.L. // Pediatr. Infect. Dis. J.— 1999.— Vol. 18, N 12.— P. 1069—1072.
 20. Leder K. Home-based treatment of cellulitis with twice-daily cefazolin / Leder K., Turnidge J.D., Grayson M.L. // Med. J. Aust.— 1998.— Vol. 169, N 10.— P. 519—522.
 21. Leman P. Flucloxacillin alone or combined with benzylpenicillin to treat lower limb cellulitis: a randomised controlled trial / Leman P., Mukherjee D. // Emerg. Med. J.— 2005.— Vol. 22, N 5.— P. 342—346.
 22. Macris M.H. Studies of the continuing susceptibility of group A streptococcal strains to penicillin during eight decades / Macris M.H., Hartman N., Murray B. [et al.] // Pediatr. Infect. Dis. J.— 1998.— Vol. 17, N 5.— P. 377—381.
 23. Manual of clinical problems in dermatology: with annotated references / Ed. by S.M. Olbricht, M.E. Bigby, K.A. Arndt.— Boston: Little, Brown, 1992.— 409 p.
 24. Musette P. Determinants of severity for superficial cellulitis (erysipelas) of the leg: a retrospective study / Musette P., Benichou J., Noblesse I. [et al.] // Eur. J. Intern. Med.— 2004.— Vol. 15, N 7.— P. 446—450.
 25. Oxford textbook of medicine / Ed. by D.J. Weatherall, J.G.G. Ledingham, D.A. Warrell.— 3rd ed.— Oxford: Oxford University Press, 1996.— Vol. 1.— 1085 p.
 26. Rosen T. Update on treating uncomplicated skin and skin structure infections / Rosen T. // J. Drugs Dermatol.— 2005.— Vol. 4, N 6 (suppl.) — P. s9—s14.
 27. Schweiger E.S. Novel antibacterial agents for skin and skin structure infections / Schweiger E.S., Weinberg J.M. // J. Am. Acad. Dermatol.— 2004.— Vol. 50, N 3.— P. 331—340.
 28. Stevenson A. The utility of blood cultures in the management of non-facial cellulitis appears to be low / Stevenson A., Hider P., Than M. // N. Z. Med. J.— 2005.— Vol. 118, N 1211.— P. U1351.
 29. Vinken A.G. Comparison of linezolid with oxacillin or vancomycin in the empiric treatment of cellulitis in US hospitals / Vinken A.G., Li J.Z., Balan D.A. [et al.] // Am. J. Ther.— 2003.— Vol. 10, N 4.— P. 264—274.

Ж.В. Королёва

Алгоритм лечения неуточненной инфекции подкожной жировой клетчатки — бактериального целлюлита

Представлен обзор данных литературы лечения бактериального целлюлита и дан алгоритм лечения с учетом данных этиологии и патогенеза неуточненной инфекции подкожной жировой клетчатки — бактериального целлюлита. Проведенные исследования полиморфных генетических маркеров ACE (I/D) дают основание предположить определенное влияние генотипа DD гена ACE на функциональное состояние капилляров у женщин, больных неуточненной инфекцией подкожной жировой клетчатки — бактериального целлюлита, с нормальной массой тела. В связи с полученными данными рекомендуется проводить коррекцию гемодинамики у больных с нормальной массой тела дополнительными консервативными методами лечения. Использование разработанной методики лечения с применением в комплексной стандартной терапии препаратов статинов в течение 6—12 месяцев, венотонизирующих и сосудопротекторных препаратов у больных с нормальной и избыточной массой тела позволило нам в 1,4 раза сократить продолжительность лечения.

Zh.V. Koroliova

Algorithm of treatment of unspecified subcutaneous fat infection – bacterial cellulitis

The article presents the review of the literature on the treatment of bacterial cellulitis and an algorithm for treatment based on the data of etiology and pathogenesis of unspecified subcutaneous fat infection – bacterial cellulitis. The studies of polymorphic genetic markers ACE (I/D) show the effect of ACE gene DD genotype on the functional state of the capillaries of women with normal body weight suffering from unspecified infection of subcutaneous fat – bacterial cellulitis. In connection with the findings, correction of hemodynamics in patients with normal body weight with additional conservative treatment is recommended. The use of the methods of treatment with statin drugs for 6–12 months, venotonic and vasoprotection drugs as part of complex therapy for patients with normal and overweight has allowed us to decrease the length of treatment by 1.4 times.