

ГБОУ ВПО «ДАГЕСТАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

КАФЕДРА ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ ИМ. АКАДЕМИКА Г.П. РУДНЕВА

Тема лекции: РОЖА

Зав. каф. , профессор Ахмедов Джалалутдин Расулович,
асс. каф., к.м.н. Билалова Саида Касумовна

Рожа (англ. *erysipelas*) — инфекционная болезнь человека, вызываемая β -гемолитическим стрептококком группы А и протекающая в острой (первичной) или хронической (рецидивирующей) форме с выраженными симптомами интоксикации и очагового серозного или серозно-геморрагического воспаления кожи (слизистых оболочек).

Код по МКБ -10

A46. Рожа

Этиология

**Возбудитель — β -гемолитический стрептококк группы А
(*Streptococcus pyogenes*)**

β -гемолитический стрептококк группы А — грамположительный микроорганизм, факультативный анаэроб, устойчивый к воздействию факторов внешней среды, но чувствительный к нагреванию до 56 °С в течение 30 мин, к воздействию основных дезинфекционных средств и антибиотиков.

Патогенные свойства стрептококка связаны с биологическим действием токсинов, ферментов и антигенов его клеточной стенки, на ткани и органы.

К токсинам, продуцируемым S. pyogenes, относятся:

О-стрептолизин – термолабильный белок, выделяемый при размножении клеток, вызывает лизис эритроцитов, разрушает мембраны других клеток, а также лизосом. К нему синтезируются анти-О-стрептолизины (являются антигенами).

S-стрептолизин – не обладает антигенными свойствами, лизирует эритроциты, разрушает лизосомы, освобождающиеся при этом ферменты, вызывают деструкцию тканей и разрушают мембрану митохондрий

Цитотоксины – пептиды, повреждающие клетки некоторых тканей, особенно почечные клубочки

Кардиогепатический токсин – участвует в поражении миокарда и образовании гранул в печени.

Эритрогенный токсин – обладает пирогенными, иммунодепрессивными и цитотоксическими свойствами

Из ферментов, продуцируемых S. pyogenes, следует выделить:

Стрептокиназа – способствует растворению фибрина и ограничивает местный воспалительный процесс, нарушение которого может привести к генерализации инфекции

Гиалуронидаза – обеспечивает инвазию бактерий и повышает проницаемость капилляров

Протеазы – под их действием происходит высвобождение гистамина и других биологически активных веществ

Эпидемиология

Рожа относится к инфекции наружного покрова.

Источниками инфекции служат здоровые бактерионосители, реже - лица с разными стрептококковыми болезнями (ангина, скарлатина, ринит, стрептодермии, отит) и крайне редко – больные рожей.

Механизм передачи:

- Контактный (микротравмы, потертости, опрелости).**
- Воздушно-капельный путь с первичным инфицированием носоглотки и последующим заносом микробов на кожу руками, а также лимфогенным и гематогенным путем**
- Эндогенный путь (очаги хронической стрептококковой инфекции в коже, регионарных лимфатических узлах – при рецидивирующей роже)**

Сезонность: лето-осень (60-70%).

Женщины болеют чаще мужчин.

Основная масса больных – это лица старше 50 лет.

ПАТОГЕНЕЗ РОЖИ

- **Внедрение β -гемолитического стрептококка группы А в участок кожи при её повреждении (первичная рожа) или инфицировании из очага дремлющей инфекции (рецидивирующая форма рожи) с развитием рожистого воспаления. Эндогенно инфекция может распространяться непосредственно из очага самостоятельного заболевания стрептококковой этиологии.**
- **Размножение и накопление возбудителя в лимфатических капиллярах дермы (соответствует инкубационному периоду заболевания)**
 - 3. Развитие токсинемии, вызывающей интоксикацию (характерно острое начало болезни с повышением температуры и озноба)**
 - 4. Формирование местного очага инфекционно-аллергического воспаления кожи с участием иммунных комплексов**
 - 5. Нарушение капиллярного лимфо- и кровообращения в коже с формированием лимфостаза, образованием геморрагий и пузырей с серозным и геморрагическим содержимым**
 - 6. Элиминация бактериальных форм β -гемолитического стрептококка с помощью фагоцитоза, образование иммунных комплексов, выздоровление больного**

К особенностям патогенеза часто рецидивирующей рожи относятся:

- **Формирование стойкого очага стрептококковой инфекции в организме больного, в котором этиотропный агент сохраняется в виде L-форм.**
- **Резкое снижение уровня факторов неспецифической антиинфекционной резистентности, прежде всего фагоцитоза и бактерицидной активности кожи.**
- **Угнетение клеточного иммунитета, что проявляется снижением как общего числа Т-клеток, так субпопуляций «активных» Т-лимфоцитов (киллеров и хелперов).**
- **Снижение показателей активности гуморального иммунитета, о чем свидетельствует низкий уровень иммуноглобулинов А и противострептококковых антител в сыворотке.**
- **Крайне высокая степень алергизации к стрептококку.**
- **Значительная выраженность аутоиммунных реакций по отношению к антигенам кожи и тимуса**
- **Дисбаланс в системе гормональной регуляции, проявляющийся относительной недостаточностью глюкокортикоидов и избытком минералокортикоидов, обладающих противовоспалительным действием и усиливающих отечный синдром в местном очаге рожи.**

КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РОЖИ

(Черкасов В. Л., 1986)

- **По характеру местных проявлений:**

- эритематозная;
- эритематозно-буллёзная;
- эритематозно-геморрагическая;
- буллёзно-геморрагическая

- **По степени тяжести:**

- лёгкая (I);
- среднетяжёлая (II);
- тяжёлая (III)

- **По кратности течения:**

- первичная;
- повторная (при повторении заболевания через два года; иной локализации процесса);
- рецидивирующая (при наличии не менее трёх рецидивов рожи в год целесообразно определение «часто рецидивирующая рожа»)

- **По распространённости местных проявлений:**

- локализованная;
- распространённая (мигрирующая);
- метастатическая с возникновением отдалённых друг от друга очагов воспаления

- **Осложнения рожи:**

- местные (абсцесс, флегмона, некроз, флебит, периаденит и др.);
- общие (сепсис, ИТШ, тромбоэмболия лёгочной артерии и др.)

- **Последствия рожи:**

- стойкий лимфостаз (лимфатический отёк, лимфедема);
- вторичная слоновость (фибредема)

БУЛЛЕЗНО-ГЕМОМОРРАГИЧЕСКАЯ РОЖА ПРАВОЙ ГОЛЕНИ, ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ,
РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ



БУЛЛЕЗНО-ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ РОЖА ПРАВОЙ ГОЛЕНИ,
СТАДИЯ РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ



ДИАГНОСТИКА

Диагноз рожи основан на характерной клинической картине:

- острое начало с выраженными симптомами интоксикации;**
- преимущественная локализация местного воспалительного процесса на нижних конечностях и лице;**
- развитие типичных местных проявлений с характерной эритемой, возможным местным геморрагическим синдромом;**
- развитие регионарного лимфаденита;**
- отсутствие выраженных болей в очаге воспаления в покое.**

У 40–60% больных в периферической крови отмечают умеренно выраженный нейтрофильный лейкоцитоз

(до $10\text{--}12 \times 10^9/\text{л}$). Умеренное повышение СОЭ (до $20\text{--}25$ мм/ч) регистрируют у 50–60% больных с первичной рожей.

Вследствие редкого выделения β -гемолитического стрептококка из крови больных и очага воспаления проводить обычные бактериологические исследования нецелесообразно.

Определённое диагностическое значение имеют повышение титров антистрептолизина О и других противострептококковых антител

ЛЕЧЕНИЕ

Режим зависит от тяжести течения.

Диета: общий стол (№ 15), обильное питьё.

При наличии сопутствующей патологии (сахарный диабет, заболевание почек и др.) назначают соответствующую диету.

Этиотропная терапия

азитромицин — в 1-й день по 0,5 г, затем в течение 4 дней — по 0,25 г один раз в день (или по 0,5 г в течение 5 дней);

спирамицин — по 3 млн МЕ два раза в сутки;

рокситромицин — по 0,15 г два раза в день;

левофлоксацин — по 0,5 г (0,25 г) два раза в день;

цефаклор — по 0,5 г три раза в день.

Курс лечения 7–10 дней.

При непереносимости антибиотиков применяют хлорохин по 0,25 г два раза в сутки в течение 10 дней.

В условиях стационара препарат выбора (при переносимости) — бензилпенициллин в суточной дозе 6 млн ЕД внутримышечно в течение 10 дней.

Препараты резерва — цефалоспорины I поколения:

- цефазолин в суточной дозе 3–6 г и более внутримышечно в течение 10 дней

- клиндамицин в суточной дозе 1,2–2,4 г и более внутримышечно). Эти препараты обычно назначают при тяжёлом, осложнённом течении рожи.

При тяжёлом течении заболевания, развитии осложнений (абсцесс, флегмона и др.) возможно сочетание бензилпенициллина (в указанной дозе) и гентамицина (по 240 мг один раз в день внутримышечно), бензилпенициллина (в указанной дозировке) и ципрофлоксацина (800 мг внутривенно капельно), бензилпенициллина и клиндамицина (в указанных дозах).

ПРОФИЛАКТИКА

Бициллинопрофилактика рецидивов рожи:

Профилактическое внутримышечное введение бициллина-5 (1,5 млн ЕД)

или

бензатинабензилпенициллина (ретарпен) (2,4 млн ЕД).

1 раз в 3 недели сезонно или круглогодично до 2-х лет

За 1 ч до введения бициллина-5 или

бензатинабензилпенициллина рекомендуют назначение антигистаминных препаратов



**Благодарю за
внимание!**