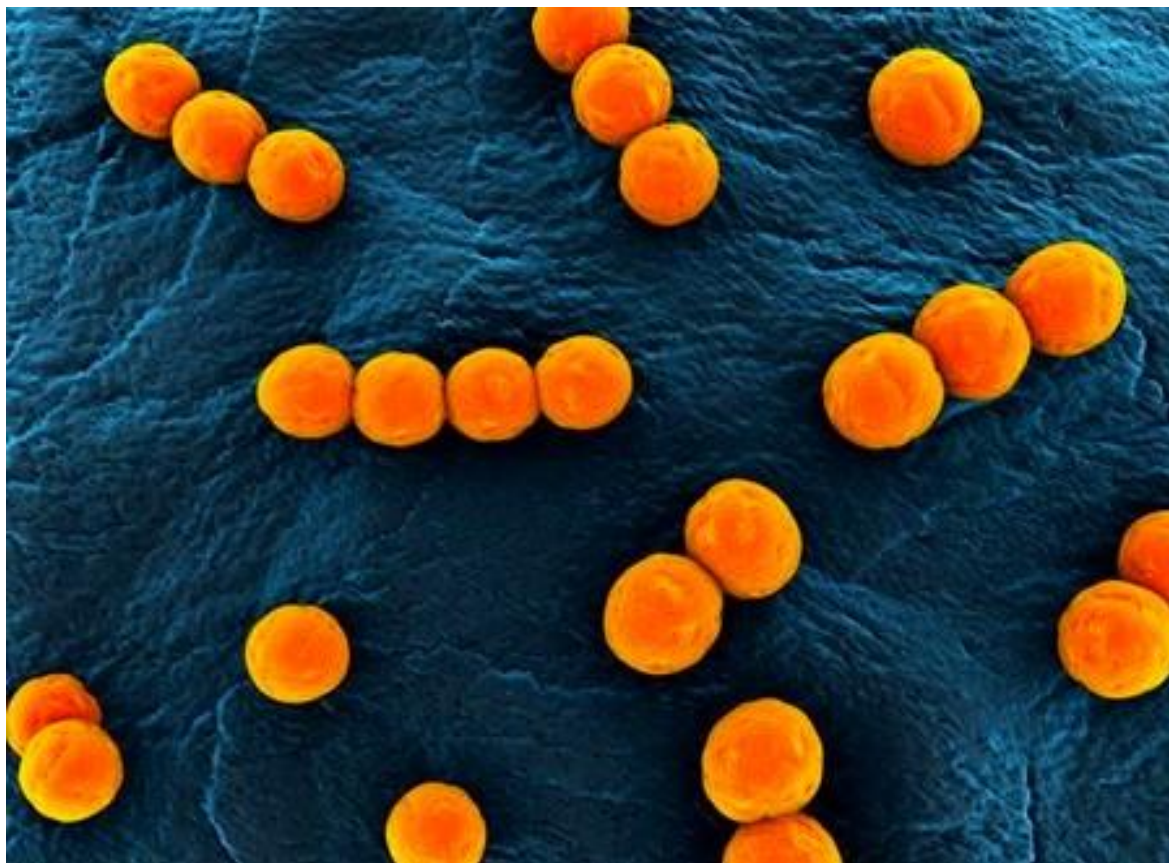


Рожа



- Рожа - инфекционное заболевание, характеризующееся выраженной интоксикацией и появлением на коже или слизистых оболочках очагов четко отграниченного острого серозного или серозно-геморрагического воспаления. Болезнь склонна к рецидивирующему течению.

ЭТИОЛОГИЯ

- Стрептококки - **грамположительные** бактерии шаровидной или овальной формы, диаметром 0,6-1 мкм, располагающиеся попарно в виде цепочек. При выращивании на кровяном агаре образуют колонии диаметром 1-2 мм. Стрептококки подразделяются по способности лизировать эритроциты в чашках с кровяным агаром: колонии, образующие зеленые продукты распада гемоглобина в пределах узкой окружающей зоны гемолиза, относятся к α -типу, образующие широкую светлую зону гемолиза - к β -типу, а колонии, не дающие гемолитического эффекта, - к γ -типу. Способность к гемолизу варьирует в широких пределах и не всегда указывает на патогенность.

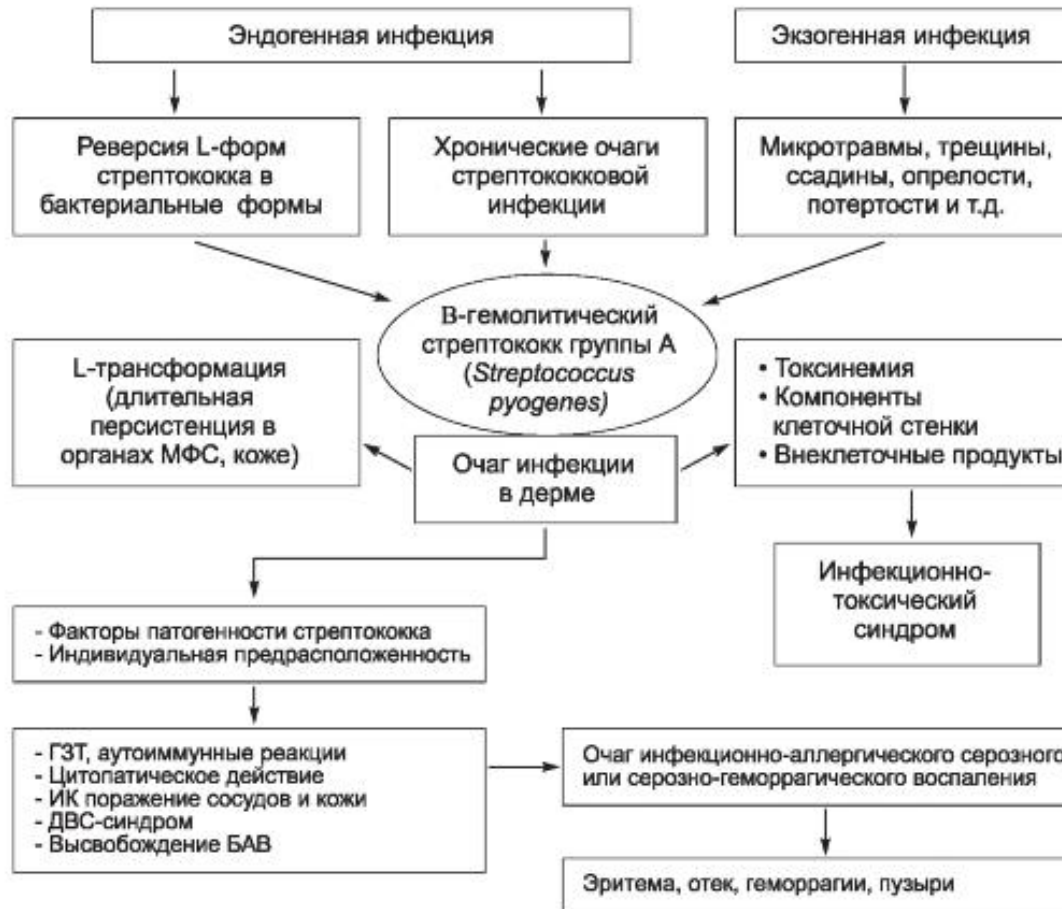
ЭТИОЛОГИЯ

- Стрептококки группы А являются β -гемолитическими, они обитают в основном в верхних дыхательных путях человека. Заболевание у человека вызывается преимущественно стрептококками группы А (*Str. pyogenes*).
- наиболее большое значение имеют эритрогенные токсины (А, В, С), стрептолизины О и S, стрептокиназы А и В, дезоксирибонуклеазы, гиалуронидаза, протеиназа. Основной токсичный компонент стрептококка - ЭКЗОТОКСИН

Эпидемиология

- ❑ Резервуар и источник инфекции - человек с различными формами стрептококковой инфекции (вызванной стрептококками группы А) и здоровый бактерионоситель стрептококка группы А.
- ❑ Механизм передачи инфекции - аэрозольный, основной путь заражения - воздушно-капельный, но также возможно контактное заражение.
- ❑ Входные ворота - различные повреждения (ранения, опрелости, трещины) кожи или слизистых оболочек носа, половых органов и др.
- ❑ Стрептококки группы А часто колонизируют поверхность слизистых оболочек и кожный покров здоровых лиц, поэтому опасность заражения рожей велика, особенно при элементарной неопрятности.

Патогенез



Патогенез

В патогенезе часто рецидивирующей рожи, кроме того, отмечают важные особенности:

- ❑ формирование стойкого очага стрептококковой инфекции в организме больного (L-формы);
- ❑ снижение функциональной активности нейтрофилов дермы, клеточного и гуморального иммунитета;
- ❑ формирование гиперчувствительности IV типа к возбудителю и его клеточным и внеклеточным продуктам.

Классификация

- **По характеру местных проявлений:**
 - эритематозная;
 - эритематозно-буллезная;
 - эритематозно-геморрагическая;
 - буллезно-геморрагическая.
- **По степени интоксикации (тяжести течения):**
 - легкая;
 - средней тяжести;
 - тяжелая.
- **По кратности течения:**
 - первичная;
 - повторная;
 - рецидивирующая (часто и редко, рано и поздно).
- **По распространенности местных проявлений:**
 - локализованная;
 - распространенная;
 - блуждающая (ползучая, мигрирующая);
 - метастатическая

Классификация

- **Осложнения рожи:**
 - местные (абсцесс, флегмона, некрозы, флебит, периаденит и др.);
 - общие (сепсис, ИТШ и др.).
- **Последствия рожи:**
 - стойкий лимфостаз (лимфедема);
 - вторичная слоновость (фибредема).

Клиника

- Более чем в 90% случаев рожа начинается остро, больные указывают не только день, но и час ее возникновения.
- **начальный период** характеризуется быстрым подъемом температуры тела до высоких цифр, ознобами, головной болью, ломотой в мышцах и суставах, слабостью. В тяжелых случаях заболевания возможны рвота, судороги и бред. Через несколько часов, а иногда и на 2-й день болезни на ограниченном участке кожи возникает ощущение распирания, жжения, зуда, умеренной болезненности, ослабевающей или исчезающей в покое. Боли больше всего выражены при роже волосистой части головы. Довольно часто возникают боли в области регионарных лимфатических узлов, усиливающиеся при движении. Затем появляется покраснение кожи (эритема) с отеком.

Клиника

- В разгар заболевания сохраняются субъективные ощущения, высокая лихорадка и другие общетоксические проявления. Из-за токсического поражения нервной системы на фоне высокой температуры тела могут развиваться апатия, бессонница, рвота, при гиперпирексии - потеря сознания, бред. На пораженном участке формируется пятно яркой гиперемии с четкими неровными границами в виде языков пламени или географической карты, отеком, уплотнением кожи. Очаг горячий и слегка болезненный на ощупь. При расстройствах лимфообращения гиперемия имеет цианотичный оттенок, при трофических нарушениях дермы с лимфовенозной недостаточностью - буроватый. После надавливания пальцами на область эритемы краснота под ними исчезает на 1-2 с. Из-за растяжения эпидермиса эритема лоснится, по ее краям кожа несколько приподнята в виде периферического инфильтрационного валика.

Клиника

- ❑ **Эритематозно-геморрагическая форма**
- ❑ В последние годы состояние встречаются значительно чаще; в некоторых регионах по количеству случаев оно выходит на 1-е место среди всех форм заболевания. Основным отличием местных проявлений этой формы от эритематозной служат кровоизлияния - от петехий до обширных сливных геморрагий на фоне эритемы. Заболевание сопровождаются более длительная лихорадка (10-14 дней и более) и медленное обратное развитие местных воспалительных изменений. Нередко возникают осложнения в виде некрозов кожи.

Клиника

Эритематозно-буллезная форма

- Характерно образование мелких пузырьков на фоне эритемы (фликтены, заметные при боковом освещении) или крупных пузырей, наполненных прозрачным серозным содержимым. Пузыри образуются на несколько часов или даже на 2-3 дня позже возникновения эритемы (вследствие отслойки эпидермиса). В динамике заболевания они самопроизвольно разрываются (или их вскрывают стерильными ножницами), серозное содержимое истекает, омертвевший эпидермис отслаивается. Мацерированная поверхность медленно эпителизируется. Образуются корочки, после отпадения которых рубцов не остается. Инфекционно-токсический синдром и регионарный лимфаденит не имеют принципиальных отличий от их проявлений при эритематозной роже.

Рожа, эритематозная форма



A

Рожа, эритематозно-буллезная форма



д

Диагностика

- ❑ Изменения гемограммы - лейкоцитоз, умеренное повышение СОЭ.
- ❑ Определенное диагностическое значение имеют определение титров антистрептолизина-О и других противострептококковых АТ, выявление Аг бактериальных и L-форм стрептококка в крови, слюне, отделяемом из буллезных элементов с помощью РКА, РЛА, ИФА, что особенно важно при прогнозировании рецидивов у реконвалесцентов.
- ❑ Разработана ПЦР.

Лечение

Возможно амбулаторное лечение:

- ❑ - спирамицина по 3 млн МЕ 2 раза в сутки;
- ❑ - азитромицина по 0,5 г/сут, затем по 0,25 г/сут со 2-го по 5-й дни;
- ❑ - рокситромицина по 0,15 г 2 раза в день;
- ❑ - левофлоксацина по 0,5 г 2 раза в день;
- ❑ - цефаклора по 0,5 г 3 раза в день.

Лечение

- Местное лечение проводят при буллезных формах рожи с локализацией процесса на конечностях путем вскрытия пузырей и наложения часто сменяемых марлевых салфеток, смоченных растворами антисептиков (фурацилина 1:5000, этиакридина лактата 1:1000, димексида, диоксидина, октанисепта и др.). Тугое бинтование недопустимо. При обширных мокнущих эрозиях перед применением салфеток с антисептиками эрозированную поверхность обрабатывают раствором марганцевокислого калия. Применение различных мазей ограничено, поскольку они часто раздражают кожу, усиливают экссудацию и замедляют репаративные процессы. **Ихтиоловая мазь, бальзам Вишневского, мази с антибиотиками противопоказаны!!!**