



■ Рожка



Определение

Рожа (erysipelas) – форма стрептококковой инфекции, характеризующаяся острым или хроническим течением с образованием на коже (редко на слизистых оболочках) отграниченного очага серозного или серозно-геморрагического воспаления, сопровождающегося общетоксическими явлениями. Заболевание имеет склонность к рецидивирующему течению.

Исторические сведения. Слово рожа произошло от французского слова rouge, что в переводе означает красный. Рожа подробно описана еще в древности. Возбудитель болезни – стрептококк – выделен в 1882 г. Ф.Фелейзенем. Многие врачи XVIII–XIX вв. (Дж.Гунтер, Н.И.Пирогов, Н.Земмельвейс и др.) отмечали контагиозный характер болезни. В больницах, госпиталях и родильных домах эпидемии рожи с высокой летальностью были частыми. В настоящее время рожа – спорадическое, малоконтагиозное заболевание, имеющее, однако, повсеместное распространение.

Этиология.

- Возбудитель рожи – В-гемолитический стрептококк группы А, включающий большое число серологических вариантов. В-Гемолитические стрептококки – факультативные анаэробы, устойчивые к воздействию факторов внешней среды, но чувствительные к нагреванию до 56°С в течение 30 мин.





Эпидемиология.

Источник инфекции – больной рожей и в равной мере другими инфекциями стрептококковой этиологии.

Механизм передачи контактный и аэрогенный.

Контагиозность рожи незначительна. Инфекции более подвержены женщины и лица пожилого возраста. Заболеваемость повышается в летне-осенний период.

Патогенез.

- Входными воротами инфекции являются кожа (обычно травмированная) и слизистые оболочки. Возможен гематогенный занос возбудителя из очагов стрептококковой инфекции. В результате воздействия стрептококков и резорбции их токсинов развиваются серозное или серозно-геморрагическое воспаление в коже или слизистых оболочках и общетоксический синдром. Определяющим моментом патогенеза, по-видимому, является индивидуальная предрасположенность к роже приобретенного или врожденного характера, в том числе гиперчувствительность замедленного типа к гемолитическому стрептококку.

Патогенез

Рожа – инфекционно-аллергическое рецидивирующее заболевание.

Патогенез различных форм рожи имеет значительные отличия.

Первичная, повторная рожа и так называемые поздние ее рецидивы протекают как острая циклическая стрептококковая инфекция.

- 
- Рецидивирующая рожа (с частыми и ранними рецидивами) относится к хронической эндогенной стрептококковой инфекции. В патогенезе последней большое значение имеют L-формы аллергический компонент.
- 

- При экзогенном заражении возбудитель внедряется через повреждённую кожу (ссадины, царапины, раны, опрелости, трещины), а также слизистые оболочки. При наличии в организме очагов хронической стрептококковой инфекции с периодической реверсией L-форм стрептококка в бактериальные возбудитель возможен эндогенный занос возбудителя в кожу с током крови.



Иммунитет после перенесенного
заболеваний не формируется.

Клиническая картина.

Инкубационный период 2–5 дней, но может укорачиваться до нескольких часов.

В клинической классификации заболевания различают первичную, рецидивирующую и повторную розу, протекающую в виде легкой, средней тяжести и тяжелой форм.

В зависимости от характера местных изменений различают эритематозную и эритематозно-буллезную, эритемо-геморрагическую и буллезно-геморрагическую формы, для которых характерны признаки локализованных, распространенных или метастатических очагов воспаления.

По срокам : первичная, повторная (через 2 года), рецидивирующая



Заболевание начинается остро: появляется озноб, температура тела повышается до 39–40 °С. В тяжелых случаях могут быть рвота, судороги, бред. Через несколько часов чаще всего на коже лица, конечностей, реже – туловища и еще реже – на слизистых оболочках развивается рожистое воспаление. Сначала больной чувствует напряжение, жжение, умеренную боль в пораженном участке, затем появляются отек и покраснение. В и сильными болями по ходу лимфатических сосудов и вен.

Эритематозная форма

- Гиперемия обычно яркая, имеет четкие границы с непораженной кожей, по периферии воспалительного очага определяется валик, края участка неровные, напоминают очертания географической карты. Воспаленный участок возвышается над уровнем здоровой кожи, на ощупь горячий, слегка болезненный. Степень отека обычно зависит от локализации рожистого процесса: наиболее выражен отек в области лица (особенно на веках), пальцах, половых органах. При неосложненном течении болезни вскоре начинается обратное развитие процесса: угасает гиперемия, уменьшается отек, возникает непродолжительное шелушение кожи.







Эритематозно-буллезная

форма

■ спустя несколько часов или 2–3 дня на отдельных участках пораженной кожи эпидермис отслаивается, образуются различной величины пузыри, наполненные серозной жидкостью. В дальнейшем пузыри лопаются, жидкость вытекает, образуются корочки, при отторжении которых видна нежная кожа. Рубцов при этих формах рожи не остается.

Эритемотозно-буллезная



Эритемотозно-буллезная форма



эритематозно-геморрагическая форма.

- на фоне эритемы возникают кровоизлияния



Буллезно-геморрагическая форма

сопровождается кровоизлияниями в полость пузырей и окружающую ткань, вследствие чего содержимое пузырей приобретает сине-багровый или коричневый цвет. При вскрытии их образуются эрозии и изъязвления кожи, нередко осложняющиеся флегмоной или глубокими некрозами, после которых остаются рубцы и пигментация. Вокруг пораженного участка кожи обычно наблюдаются лимфангиты. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны. Местные поражения при роже исчезают к 5–15-му дню (иногда позже).





<http://poliklinika.by/>







Флегмонозная рожа





- 
- При первичной розе процесс чаще локализуется на лице и начинается с носа,
 - реже на верхних конечностях – преимущественно при эритематозной и эритематозно-буллезной формах с выраженными общими явлениями

- Токсическое поражение ЦНС проявляется апатией, головной болью, бессонницей, рвотой, судорогами, иногда менингеальным синдромом и потерей сознания.
- Отмечается приглушение сердечных тонов. Пульс соответствует температуре тела или опережает ее. Развивается гипотензия. Аппетит с первых дней снижен. Наблюдаются задержка стула, олигурия и протеинурия; в осадке мочи – эритроциты, лейкоциты, гиалиновые и зернистые цилиндры.

провоцирующие факторы в виде переохлаждения, микротравм, стресса (психотравмы), ОРЗ регистрируются у большинства больных (табл.2). У 35,7 % больных с рецидивирующей рожей провоцирующие факторы не удается выявить, что указывает на вероятность эндогенных очагов инфекции.

Провоцирующие факторы у лиц с рожей (%)

Провоцирующие факторы	Форма рожи	
	первичная	рецидивирующая
М	57,9	21,4
Микротравмы кожи	42,1	7,1
Нервно-эмоциональные стрессы	18,4	4,5
ОРЗ	15,8	14,2
Не выявлено	0	35,7

- 
- В крови – умеренный лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом формулы влево; СОЭ умеренно повышена.
- 

Рецидивирующая рожа – это возврат болезни в период от нескольких дней до 2 лет с локализацией местного воспалительного процесса в области первичного очага.

Рецидивы рожи встречаются в 25–88 % случаев. При частых рецидивах лихорадочный период может быть коротким, а местная реакция – незначительной.

Рецидивирующие формы болезни вызывают значительно выраженные нарушения лимфообращения, лимфостазы, слоновость и гиперкератоз, преимущественно нижних конечностей, что часто обусловлено наличием трофических язв на коже ног, опрелостей, ссадин, потертостей, создающих условия для появления новых и оживления старых очагов болезни.



Повторная рожа
возникает более чем через 2 года
после первичного заболевания. Очаги
часто имеют другую локализацию. По
клиническим проявлениям и течению
повторные заболевания не отличаются
от первичных.

Осложнения.

Флегмоны, флебиты, глубокие некрозы кожи, пневмония и сепсис встречаются редко.

Прогноз. При адекватном лечении благоприятный.

Диагностика. При выраженных изменениях на коже диагноз рожи ставится на основании острого начала заболевания с явлениями интоксикации, яркой отграниченной гиперемии, отека и других характерных изменений в области пораженного участка кожи.

При дифференциальной диагностике необходимо исключить эритемы, дерматиты, экзему, абсцессы, флегмоны, тромбофлебиты поверхностных вен, эризипелоид и аллергические дерматиты.

Лечение.

- Комплексное лечение больных розеей включает антибиотикотерапию, применение глюкокортикостероидов, неспецифических стимулирующих препаратов и физиотерапевтические процедуры.

Этиотропная терапия

Применяют антибактериальные препараты. Пенициллин назначают в суточной дозе от 1 300 000–3 000 000 ЕД при легкой форме до 8,0 млн ЕД при тяжелой форме; его вводят внутримышечно через 3–4 ч в течение 7–10 дней.

Эффективны эритромицин, тетрациклин, нитрофурановые препараты в обычных дозах. При частых рецидивах болезни используют полусинтетические пенициллины: оксациллин (по 1 г 4 раза в день), метициллин (по 1 г 6 раз в день) и ампициллин (по 1 г 4 раза в день) в течение 8–10 дней, проводя повторные курсы.



Для лечения рецидивирующей рожи с частыми обострениями лица и безуспешно леченным ранее антибиотиками, назначают глюкокортикостероиды (преднизолон – по 30–40 мг в день, дозу постепенно уменьшают), аутогемотерапию, донорский иммуноглобулин, витамины группы В, аскорбиновую кислоту с рутином, симптоматические средства.



В комплексное лечение включают физиотерапевтические методы. В острый период назначают ультрафиолетовое облучение в эритемных дозах и УВЧ с последующим применением озокерита и радоновых ванн. И самое эффективное-лазеротерапия в сочетании барокамерой

Местное лечение

- При эритематозной роже применять не следует, так как при этом происходит раздражение кожи и усиливается экссудация.
- При буллезных формах следует наложить на предварительно надрезанные пузыри повязку с раствором фурацилина (1:5000), или эктерицида.
- Тугое бинтование не допустимо.

- 
- 
- Назначают 5-10% линимент дубинола или линетола.
 - Применение мази Вишневского или ихтиола недопустимо (деготь)

Профилактика

. Госпитализация больных рожей в основном должна проводиться в инфекционные больницы и отделения, а при гнойных осложнениях – в хирургические отделения.

При упорных рецидивирующих формах рожи показана непрерывная (круглогодичная) внутримышечное введение бициллина-5 - 1,5 млн ЕД или ретарпена (benzathine benzylopenicillin) - 2,4 млн ЕД предупреждает рецидивы болезни, связанные с reinфекцией стрептококком в течение 2 лет.

Важное значение имеют соблюдение правил гигиены, защита целостности кожных покровов, санация очагов хронической стрептококковой инфекции, создание полноценных условий труда, устраняющих переохлаждение и травматизацию.

Сформулируйте диагноз



Домашнее задание

- 1. А.К. Белоусова, В.Н. Дунайцева
Инфекционные болезни Феникс Ростов на
Дону 2013 с 364
- 2. Ющук Н.Д., Инфекционные болезни. –
М. – ВУНМЦ МЗ РФ. – 2008. – в 2 т. – 1 т. –
452 с., 2 т. – 455 с.
- Стр 289-295