

Синдром экзантемы и энантемы (иерсиниоз, болезнь Лайма, рожа, эризипеллоид).

Выполнила студентка 5-го курса, 8 леч. гр.
Андрианова Екатерина.

Иваново, 2016г.

Содержание презентации:

- ✓ Иерсиниоз
- ✓ Болезнь Лайма
- ✓ Рожа
- ✓ Эризипелоид
- ✓ Сравнительная характеристика заболеваний

Иерсиниоз

-это сапрозооантропонозное инфекционное заболевание, характеризующееся полиорганностью клинических проявлений с частым поражением ЖКТ, разнообразной токсико-аллергической симптоматикой, склонностью к генерализации, затяжному и хроническому течению с возможным формированием иммунопатологических состояний.

- **Возбудители:** *Yersinia pseudotuberculosis*- возбудитель псевдотуберкулеза
Yersinia enterocolitica- возбудитель кишечного иерсиниоза.
- **Источники инфекции:** свиньи, крупный и мелкий рогатый скот, собаки, в особенности грызуны.
- **Механизм передачи:** фекально-оральный
- **Пути передачи:** пищевой, бытовой



- Инкубационный период: псевдотуберкулез 3-18 сут., кишечный иерсиниоз 1-6 сут.
- Основные синдромы: общетоксический; диспептический; катаральный; экзантематозный; артралгический; гепатолиенальный.
- Клинические формы: *гастроинтестинальная* - наиболее часто, начинается с катаральных явлений ВДП, затем симптомы интоксикации, диарея, в разгар болезни артралгии и скарлатиноподобная сыпь на коже на 2-6 день заболевания, жжение в ладонях и подошвах с их последующим крупнопластинчатым шелушением. Сыпь может держаться до 4 суток. *Генерализованная* - высокая лихорадка, выраженные артралгии, сковывающие движения, боли при глотании, катаральные явления, экзантемы со 2-3 дня болезни на ладонях и подошвах, боли в правой подвздошной области, рвота, диарея, гепатоспленомегалия. Возможен рецидивизирующее течение.



Рис. 1. Иерсиниоз, первично-генерализованная форма (*Y. kristensenii*). Генерализованная мелкопятнистая и крупнопятнистая сыпь (собственное наблюдение)

при длительной бактериемии генерализованная форма может клинически проявиться гепатитом, пиелонефритом, мелкоочаговой пневмонией, редко сепсисом.

Вторично-очаговая форма - может возникнуть после любой из форм, в основе - аутоимунные реакции с бактериальными реактивными процессами. Развивается через 2-3 недели от начала болезни и позже. Наиболее частый вариант - артритический, узловатая эритема, синдром Рейтера (глаза, уретра, суставы), хронический энтероколит.

○ **Диагностика:** ОАК (лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ), ОАМ, б/х (печеночный комплекс, СРБ), посев кала, крови, мочи, смывов на определение возбудителя, РКА, РНИФ, ИФА. УЗИ.

○ **Лечение:** антибактериальная терапия (фторхинолоны, полусинтетические тетрациклины, цефалоспорины 3-го пок., комбинированные сульфаниламиды). При генерализованной форме- комбинированная а/б терапия парентерально. Дезинтоксикационная терапия, десенсебилизация, антиревматические средства, антиоксиданты, ферменты, пробиотики.



Болезнь Лайма

-это природно-очаговое трансмиссивное заболевание с преимущественным поражением кожи, нервной системы, сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата и склонное к хронизации.

- Возбудители: borrelia burgdorferi, bor. garinii, bor. afzelii.
- Источники инфекции: переносчики - клещи рода Ixodes ricinus, I. persulcatus; источники - многие виды диких и домашних позвоночных животных и птиц.
- Механизм передачи: трансмиссивный.
- Пути передачи: через укусы клеща, с его слюной, при втирании фекалий клеща в кожу, пищевой.

Заболевание имеет сезонность - с марта по октябрь, максимально в мае и июне.



○ Инкубационный период: 2-30 дней (в среднем 2-3 недели).

○ Стадии течения: стадия локальной инфекции, диссеминации и локальных поражений.

1 период 7 дней - интоксикация, регионарный лимфаденит, эритема в месте укуса клеща: периферический рост, просветление в центре - мигрирующая, кольцевидная. Лочерние - без следов укуса в центре.



2 период 2-4 недели - неврологическая симптоматика (серозный менингит, энцефалит, невриты черепных нервов, поражение периферических нервов, корешковые расстройства, синдром Баннварта (серозный менингит + поражение корешков спинальных нервов в шейно-грудном отделе. 5 неделя - кардиальные нарушения

(миокардит, перикардит, аритмии)

3 период через 2 месяца и позже - поражение суставов (крупных, с одной стороны с деструкцией костей и хряща).

Хроническое течение - при длительном персистировании возбудителя (полиартрит, лимфоцитоз, атрофический акродерматит, нейробореллиоз).

○ Диагностика: специфическая: микроскопия, ПЦР, ИФА, РНИФ.

На поздних сроках болезни титр АТ 1:40 и выше - хронизация.

Спирохеты рода *Borrelia burgdorferi*

○ Лечение: антибактериальная

терапия: 10 дней тетрациклин,

доксциклин, левомицетин.

При значительной выраженности

симптомов - 14 дней в/м пенициллин, либо цефтриаксон.

При хроническом течении - пенициллин, цефтриаксон, амоксиклав.

Дезинтоксикационная терапия, десенсибилизация, НПВС, при поражении НС: ГКС, мочегонные, эуфиллин.

Антибиотикопрофилактика начинается в течение 5 дней с момента укуса и продолжается 5 дней.



Сглаживание
морщин
лба

Опускание
века

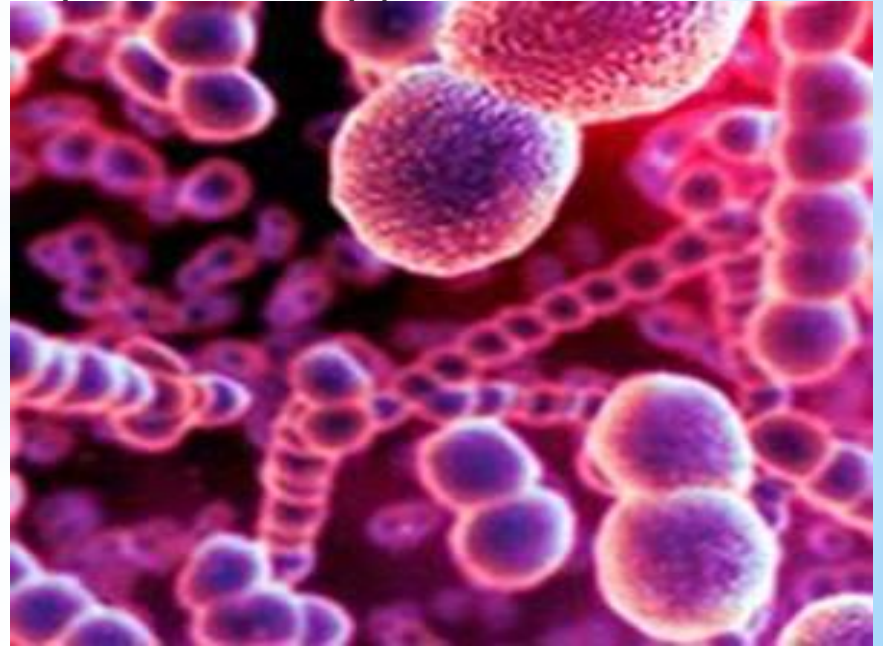
Опускание
уголка рта



Рожа

-это 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.

- Возбудители: streptococcus pyogenes- стрептококк группы А.
- Источники инфекции: человек с различными формами стрептококковой инфекции и здоровый бактерионоситель стрептококка группы А.
- Механизм передачи: аэрозольный.
- Пути передачи: воздушно-капельный, возможен контактный путь.



○ Инкубационный период: не установлен, начинается остро, больные указывают час ее возникновения.

○ Формы: эритематозная, эритематозно-буллезная, эритематозно-геморрагическая, буллезно-геморрагическая.

Начальный период - высокая лихорадка, озноб, головная боль, ломота в мышцах, слабость.

Возможна рвота. Через несколько часов (до 2 дн.)

распирание, жжение, зуд, болезненность,

покраснение (эритема) с отеком ограниченного участка кожи.

Разгар - лихорадка, интоксикация, апатия,

бессонница, рвота. На пораженном участке кожи - пятно яркой гиперемии с четкими неровными границами в виде «языков пламени», отеком, уплотнением кожи. Очаг горячий, слегка болезненный. Кожа лоснится, на границе образует валик. При надавливании покраснение исчезает. Сопровождается регионарным лимфаденитом.

Период реконвалесценции - очаг бледнеет, мелкочешуйчатое шелушение кожи, возможна пигментация.



○ Диагностика: по клинико-эпидемиологическим данным

○ Лечение: антибактериальная терапия (пенициллины в/м, цефалоспорины, макролиды, фторхинолоны - 10 сут.) Лечение рецидивирующей формы заболевания должно проводиться в условиях стационара. Обязательно назначение резервных антибиотиков, не применявшихся при лечении предыдущих рецидивов. Назначаются цефалоспорины (I или II поколения) внутримышечно 3-4 раза в сутки или линкомицин. При особо упорных рецидивах рожи целесообразно двух курсовое лечение. Лечение местных проявлений болезни проводится лишь при ее буллезных формах с локализацией процесса на конечностях. Эритематозная форма рожи не требует применения местных средств лечения, а многие из них вообще противопоказаны (ихтиоловая мазь, бальзам Вишневского, мази с антибиотиками). В остром периоде рожи при наличии неповрежденных пузырей их осторожно надрезают у одного из краев и после выхода экссудата на очаг воспаления накладывают повязки с 0,1%-ным раствором риванола или 0,02%-ного раствора фурацилина, меняя их несколько раз в течение дня. Тугое бинтование недопустимо. В остром периоде рожи назначается УФО на область очага воспаления и УВЧ на область регионарных лимфатических узлов.



Эризипеллоид

-острая инфекционная болезнь, характеризующаяся преимущественным поражением кожи и суставов.

- Возбудители: *Erysipelothrix rhusiopathiae*
- Источники инфекции: многие виды животных (свиньи, овцы, крупный рогатый скот, собаки, куры, утки, грызуны, рыбы, раки и др.). Наиболее частый источник - свиньи, у которых заболевание протекает в острой форме.
- Механизм передачи: контактно.
- Пути передачи: Заражение обычно происходит через поврежденную кожу рук при работе с инфицированным мясом, контакте с больными.

Отмечается летне-осенняя сезонность.



○ Инкубационный период: 1 до 7 дней (в среднем 2-3 дня)

○ Формы: кожная, суставная, генерализованная (септическая) и ангинозная.

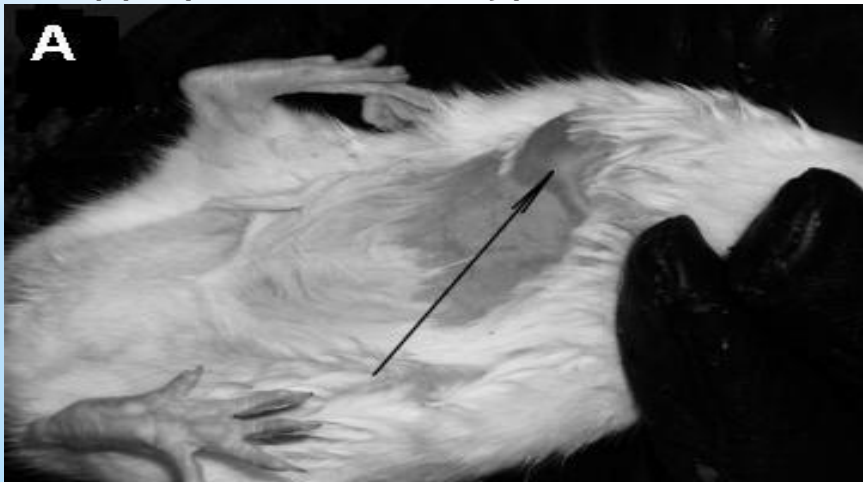
Кожная форма наблюдается наиболее часто. В области ворот инфекции появляется красно-фиолетовая бляшка, резко отграниченная от окружающей кожи. Больные отмечают зуд, жжение, пульсирующую боль. Отечность более выражена по периферии, центр несколько бледнее по окраске. На эритематозном участке может появиться несколько везикул с прозрачным или геморрагическим содержимым. Размеры эритемы быстро увеличиваются по периферии (за сутки на 2-3 см), и вскоре она захватывает весь палец. Иногда отмечается лимфангит и вовлечение в процесс регионарных лимфатических узлов. Длительность болезни 10-12 дней. На месте бляшки может появиться шелушение кожи.

При суставной форме наряду с поражением кожи наблюдаются припухлость и боли в области суставов. Длится в течение нескольких недель и может привести к деформации суставов. Признаки поражения суставов (пальцев) появляются с первых дней, длительность чаще равняется 3-4 нед, редко болезнь принимает хроническое рецидивирующее течение и продолжается от 6 до 12 мес. Общие симптомы интоксикации при кожной и суставной формах выражены нерезко. Температура тела обычно субфебрильная, больные жалуются на умеренную головную боль, снижение аппетита.



Генерализованная (септическая) форма встречается редко. Заболевание начинается остро, сопровождается выраженной лихорадкой, выраженной общей интоксикацией, расстройством сознания. На коже могут появиться эритематозные поля или уртикарные элементы сыпи. Отмечается увеличение печени и селезенки. На этом фоне появляются многочисленные вторичные очаги (эндокардит, миокардит, менингит, пневмония, поражения глаз и др.). Иногда при развитии симптоматики подострого или хронического эндокардита кожные проявления уже исчезают, что затрудняет диагностику. Эндокардит может приводить к разрушению клапанов.

- **Диагностика:** специфическая - РНГА, биологическая проба на белых мышах.
- **Лечение:** антибактериальная терапия: пенициллин 6 мл ЕД/сутки, доксициклин. Дезинтоксикационная, антигистаминная, противовоспалительная терапия. Физиотерапевтические процедуры. Профилактика рецидивов - бициллин-5 по 1,5 млн ЕД 1 раз в 3 нед. курсом 6-12 мес.



Сравнительная характеристика экзантем

Иерсиниоз

- Появление сыпи на 2-6 день болезни
- Сыпь скарлатиноподобная, мелкая и крупнопятнистая, без зуда, на месте сыпи отрубевидное шелушение, следов не оставляет.
- Исчезает через 2-5 дней
- Высыпания преимущественно по типу перчаток и носков.



Рис. 3. Иерсиниоз, первично-генерализованная форма. Сгущение сыпи в дистальном отделе верхних конечностей (симптом «перчаток»), нижних конечностей (симптом «носков») (собственное наблюдение)

Болезнь Лайма.

-Появление сыпи через 2-3 недели после укуса

-Эритема в месте укуса клеща:
периферический рост, просветление в центре - мигрирующая, кольцевидная.
Дочерние - без следов укуса в центре.

-Дочерние эритемы вблизи места укуса



Рожа

- Появление сыпи через неск. часов - 2 дня болезни
- экзантема в виде пятна яркой гиперемии с четкими неровными границами в виде «языков пламени», отеком, уплотнением кожи. Очаг горячий, слегка болезненный. Кожа лоснится, на границе с окружающей тканью образует валик. При надавливании покраснение исчезает. Может оставлять пигментацию после выздоровления.
- склонна к рецидивам
- экзантема чаще всего единичная



Эризипелоид

- Появление сыпи через 2-3 дня
- красно-фиолетовая бляшка, резко отграниченная от окружающей кожи. В области очага зуд, жжение, пульсирующую боль. Отечность более выражена по периферии, центр несколько бледнее по окраске. На эритематозном участке может появиться несколько везикул с прозрачным или геморрагическим содержимым. Размеры эритемы быстро увеличиваются по периферии (за сутки на 2-3 см).
- проходит через 10-12 дней
- экзантема единичная

