

РОЖА

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- Рожа - инфекционная болезнь, протекающая в острой и хронической форме, вызываемая бета-гемолитическим стрептококком группы А и характеризующаяся очаговым серозным или серозно-геморрагическим воспалением кожи, слизистых оболочек, лихорадкой и общетоксическими проявлениями

ЭТИОЛОГИЯ

- β -гемолитический стрептококк группы А (*S. pyogenes*)
- В структуре осложнений – стафилококки, энтеробактерии, протей и др.

-
- Гр +
 - круглой или овальной формы диаметром 0,5—0,75 мкм, соединенные между собой попарно либо в цепочки неравной длины
 - неподвижны и не образуют спор
 - в свежей культуре могут образовывать капсулу
 - может существовать в бактериальной и L-форме

Факторы патогенности стрептококка

- Антигены клеточной стенки:
 - М-протеин (обеспечивает устойчивость к фагоцитозу, связывает фибриноген, препятствует активации комплемента)
 - А-полисахарид
 - пептидогликан
- Ферменты: стрептолизин S и стрептолизин O (повреждают клеточные мембраны и вызывают гемолиз), стрептокиназа, дезоксирибонуклеазы, протеазы (оказывают местное и системное токсическое действие и способствуют распространению инфекции в организме)
- Токсины

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Заболеваемость 150-200 на 100 тыс.
- Источник инфекции:
 - бактерионосители стрептококка
 - лица с различными стрептококковыми заболеваниями
 - больные рожей
- Путь передачи – контактный
- Сезонность – весенне-осенняя

ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ

- варикозная болезнь вен, микозы
- сахарный диабет
- хронические тонзиллиты, синуситы и др.
- развитие вторичной иммунологической недостаточности, дефектов неспецифической защиты организма (формируются очаги хронической эндогенной инфекции в коже, регионарных лимфатических узлах)

РАЗРЕШАЮЩИЕ ФАКТОРЫ

- травмы, нарушение целостности кожных покровов
- переохлаждения
- резкая смена температур
- психотравма и др.

Патогенез рожи

С современных позиций патогенез рожи можно представить в виде следующих стадий:

- Внедрение ГСА в кожу в результате ее повреждения (при первичной роже) или путем инфицирования из очага дремлющей инфекции (при часто рецидивирующей форме болезни). Эндогенное распространение инфекции может происходить и непосредственно из очага самостоятельного заболевания стрептококковой этиологии (фарингит, синусит, отит и др.). Размножение и накопление ГСА в лимфатических капиллярах дермы, что соответствует инкубационному периоду заболевания.

- Развитие бактериемии, токсемии, что приводит к возникновению симптомов интоксикации (острое начало болезни с повышения температуры, озноба, слабости и др.).
- Развитие местного очага инфекционно-аллергического воспаления кожи с участием иммунокомплексного процесса (формируются периваскулярно расположенные иммунные комплексы, содержащие С-З фракцию компонента).
- Нарушение капиллярного лимфообращения в коже и микроциркуляции с формированием лимфостаза, возможным образованием геморрагии и пузырей с серозным и геморрагическим содержимым

- Формирование очагов хронической стрептококковой инфекции в коже и регионарных лимфоузлах с наличием бактериальных и L-форм стрептококка, что приводит у части больных к развитию рецидивов заболевания (хроническому течению рожи).
- Элиминация бактериальных форм ГСА с помощью фагоцитоза и образования иммунных комплексов и других иммунных механизмов и выздоровление больного.

Патогенез часто рецидивирующей рожи

- Формирование стойкого очага стрептококковой инфекции в организме больного (L-формы);
- Снижение функционального состояния нейтрофилов (микрофагов дермы);
- Изменение функционального состояния клеточного и гуморального иммунитета;
- Высокий уровень аллергизации (ГПЗТ) к ГСА и его клеточным и внеклеточным продуктам;
- Дисбаланс в системе гуморальной реакции, проявляющийся недостаточностью глюкокортико⁴²

КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РОЖИ (В.Л.ЧЕРКАСОВ, 1986)

1. По характеру местных проявлений:

- - эритематозная;
- - эритематозно-буллезная;
- - эритематозно-геморрагическая;
- - буллезно-геморрагическая

2. ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ:

- I - легкая;
- II - среднетяжелая;
- III - тяжелая.

3. ПО КРАТНОСТИ ТЕЧЕНИЯ:

- - первичная;
- - повторная (возникающая через 2 года, иная локализация процесса);
- - рецидивирующая
- При наличии не менее трех рецидивов рожи за год целесообразно определение "часто рецидивирующая рожа"

4. ПО РАСПРОСТРАНЕННОСТИ МЕСТНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ:

- - локализованная рожа;
- - распространенная (мигрирующая) рожа;
- - метастатическая рожа с появлением отдаленных друг от друга очагов воспаления

5. ОСЛОЖНЕНИЯ РОЖИ:

- - местные
- - общие

6. ПОСЛЕДСТВИЯ РОЖИ:

- - стойкий лимфостаз
(лимфатический отек,
лимфедема)
- - вторичная слоновость
(фибреедема)

КЛИНИКА

- Инкубационный период - от нескольких часов до 3-5 дней
- У подавляющего большинства больных заболевание начинается остро
- Быстрое развитие синдрома интоксикации (лихорадка 39-40°С, озноб, головная боль, слабость, ломота в мышцах, суставах, снижение АД, спутанность сознания, менингеальные явления)
- Интоксикация на срок от нескольких часов до 1-2 суток опережает возникновение местных проявлений болезни

НАЧАЛЬНЫЙ ПЕРИОД

- На участках кожи в области будущих локальных проявлений у ряда больных ощущаются парестезии, чувство распирания или жжения, неинтенсивные боли
- Нередко возникают также боли в области увеличенных регионарных лимфатических узлов

РАЗГАР ЗАБОЛЕВАНИЯ

- Наступает в сроки от нескольких часов до 1-2 суток после первых проявлений болезни
- Достигают своего максимума общетоксические проявления и лихорадка
- Возникают характерные местные проявления рожи. Чаще всего воспалительный процесс локализуется на нижних конечностях (60-70%), реже на лице (20-30%) и верхних конечностях (4-7%), очень редко на туловище, в области молочной железы, промежности, наружных половых органов.

ЭРИТЕМАТОЗНАЯ РОЖА

- Является как самостоятельной клинической формой рожи, так и начальной стадией развития других форм рожи
- На коже появляется небольшое красное или розовое пятно, которое на протяжении нескольких часов превращается в характерную рожистую эритему.

ЭРИТЕМАТОЗНАЯ РОЖА

- Эритема представляет собой четко отграниченный участок гиперемированной кожи с неровными границами в виде зубцов, языков
- Кожа в области эритемы инфильтрирована, напряжена, горяча на ощупь, умеренно болезненна при пальпации (больше по периферии эритемы).

ЭРИТЕМАТОЗНАЯ РОЖА

- В ряде случаев можно обнаружить "периферический валик" в виде инфильтрированных и возвышающихся краев эритемы
- Наряду с гиперемией и инфильтрацией кожи развивается ее отек, распространяющийся за пределы эритемы.

ЭРИТЕМАТОЗНО-БУЛЛЕЗНАЯ РОЖА

- Развивается в сроки от нескольких часов до 2-5 суток на фоне рожистой эритемы
- Развитие пузырей связано с повышенной экссудацией в очаге воспаления и отслойкой эпидермиса от дермы скопившейся жидкостью
- При повреждении поверхностей пузырей из них истекает экссудат, нередко в большом количестве, на месте пузырей возникают эрозии









ЭРИТЕМАТОЗНО- ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ РОЖА

- Развивается на фоне эритематозной рожи в 1-3 сутки от начала заболевания, иногда позднее
- Появляются кровоизлияния различных размеров - от небольших петехий до обширных сливных геморрагий, иногда на протяжении всей эритемы

БУЛЛЕЗНО-ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ РОЖА

- Трансформируется из эритематозно-буллезной или эритематозно-геморрагической формы и возникает в результате глубокого повреждения капилляров и кровеносных сосудов сетчатого и сосочкового слоев дермы.

БУЛЛЕЗНО-ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ РОЖА

- Буллезные элементы заполняются геморрагическим и фибринозно-геморрагическим экссудатом, возникают обширные кровоизлияния в кожу в области эритемы
- Образовавшиеся пузыри бывают разных размеров, имеют темную окраску с просвечивающими желтыми включениями фибрина.

БУЛЛЕЗНО-ГЕМОМОРРАГИЧЕСКАЯ РОЖА

- В других случаях покрывки пузырей разрываются и отторгаются, обнажая эрозированную поверхность
- У большинства больных происходит ее постепенная эпителизация
- При значительных кровоизлияниях в дно пузыря и толщу кожи возможно развитие некроза, иногда с присоединением вторичного нагноения, образованием язв.

ЛИХОРАДКА

- При своевременно начатом лечении и неосложненном характере рожи лихорадка обычно не превышает 5 суток
- У 10-15% больных лихорадка сохраняется свыше 7 суток (при распространенном процессе и недостаточно полноценной этиотропной терапии)
- Наиболее длительный лихорадочный период характерен для буллезно-геморрагической рожи

ПЕРИОД РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ.

- Нормализация температуры и исчезновение интоксикации наблюдаются при роже раньше, чем исчезновение местных проявлений
- Острые местные проявления болезни сохраняются до 5-8 суток, при геморрагических формах до 12-18 суток и более.

МЕСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ

- Пигментация
- Шелушение
- Застойная гиперемия на месте угасшей эритемы
- Сухие корки на месте пузырей
- Отечный синдром

ПЕРИОД РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ.

- Неблагоприятное прогностическое значение (вероятность развития раннего рецидива) имеют
 - сохраняющиеся увеличенные и болезненные лимфатические узлы
 - инфильтраты кожи в области угасшего очага воспаления
 - субфебрильная температура



КРИТЕРИИ ТЯЖЕСТИ РОЖИ

- Выраженность интоксикации и распространенность местного процесса.
- К легкой (I) форме рожи относятся случаи с незначительной интоксикацией, субфебрильной температурой, локализованным (чаще эритематозным) местным процессом

СРЕДНЕТЯЖЕЛАЯ (II) ФОРМА

- характеризуется выраженной интоксикацией
- общая слабость, головная боль, озноб, мышечные боли, иногда тошнота, рвота, повышение температуры до 38-40°C, тахикардия, почти у половины больных - гипотензия.

СРЕДНЕТЯЖЕЛАЯ (II) ФОРМА

- Местный процесс может иметь как локализованный, так и распространенный характер

ТЯЖЕЛАЯ (III) ФОРМА РОЖИ

- К ней относятся случаи болезни с сильно выраженной интоксикацией: интенсивной головной болью, повторной рвотой, гипертермией (свыше 40°C), иногда затмением сознания, явлениями менингизма, судорогами.

ТЯЖЕЛАЯ (III) ФОРМА РОЖИ

- Отмечается значительная тахикардия, часто гипотензия, у лиц пожилого и старческого возраста с поздно начатым лечением возможно развитие острой сердечно-сосудистой недостаточности.
- Тяжелой следует считать распространенную буллезно-геморрагическую рожу с обширными пузырями и при отсутствии резко выраженного токсикоза и гипертермии.

РЕЦИДИВЫ ПРИ РОЖЕ

- Поздние (возникающие спустя год и более после предыдущего эпизода рожи с той же локализацией местного воспалительного процесса)
- Сезонные (возникают ежегодно на протяжении многих лет, чаще всего в летне-осенний период). Поздние и сезонные рецидивы болезни, являются обычно результатом реинфекции

РАННИЕ И ЧАСТЫЕ РЕЦИДИВЫ

- 3 и более рецидивов за год
- Являются обострениями хронически текущего заболевания. Более чем у 90% больных часто рецидивирующая роза протекает на фоне разных сопутствующих состояний, сопровождающихся нарушениями трофики кожи, снижением ее барьерных функций, местным иммунодефицитом.

ФАКТОРЫ РИСКА РЕЦИДИВА

- первичные лимфостаз и слоновость различной этиологии,
 - хроническая венозная недостаточность (посттромбофлебитический синдром, варикозная болезнь),
 - грибковые поражения кожи,
 - опрелость и другие заболевания.
- Определенное значение для формирования рецидивирующей рожи имеют: хроническая ЛОР-инфекция, сахарный диабет, ожирение.

ОСЛОЖНЕНИЯ РОЖИ

- преимущественно местного характера, наблюдаются у 5-8% больных
- абсцессы, флегмоны, некрозы кожи, пустулизация булл
- флебиты, тромбофлебиты, лимфангиты, периадениты
- Наиболее часто осложнения возникают у больных буллезно-геморрагической рожей
Лечение данных осложнений необходимо проводить в гнойных хирургических отделениях.



ПОСЛЕДСТВИЯ РОЖИ

- стойкий лимфостаз (лимфедема)
- собственно вторичная слоновость (фибредема)

Две стадии одного процесса

- развиваются у больных рожей на фоне уже имевшейся функциональной недостаточности лимфообращения кожи (врожденной, посттравматической и другой)



ЛЕЧЕНИЕ ЛИМФОСТАЗА

- Успешное противорецидивное лечение рожи (включая повторные курсы физиотерапии) может привести к существенному уменьшению лимфатического отека.
- При уже сформировавшейся вторичной слоновости (фибрEDEМА) эффективно лишь хирургическое лечение.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Вследствие редкого выделения бета-гемолитического стрептококка из крови больных и из очага воспаления, проведение обычных бактериологических исследований нецелесообразно.
- Определенное диагностическое значение имеют повышенные титры антистрептолизина-О и других противострептококковых антител, выявление антигенов бактериальных и L-форм стрептококка в крови больных

ПЦР

- В последнее время для диагностики стрептококковых инфекций используют ПЦР (определение специфической ДНК возбудителя в сыворотке крови, в содержимом буллезных элементов).

ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ

- в разгар заболевания умеренный нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево
- умеренно повышенная СОЭ
- у больных с частыми рецидивами заболевания может наблюдаться лейкопения

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Более, чем с 50 заболеваниями:

- абсцесс
- флегмона,
- нагноившаяся гематома,
- тромбофлебит,
- дерматит, экзема, опоясывающий лишай,
- эризипелоид
- узловатая эритема

АБСЦЕССЫ

- в периоде, предшествующем возникновению флюктуации, наиболее часто принимаются за рожу. В области назревающего абсцесса отмечаются инфильтрат и отек, участок гиперемии кожи над инфильтратом не имеет четких границ и значительного распространения.
- При пальпации выраженная болезненность в центре инфильтрата. Позднее здесь возникает флюктуация. Боли в очаге воспаления наблюдаются в покое, но особенно увеличиваются при пассивных и активных движениях в пораженной конечности. Нередко абсцессы развиваются в местах инъекций.

ТРОМБОФЛЕБИТ (ФЛЕБИТ)

- боли по ходу сосудов пораженной конечности, ее отек
- гиперемия кожи отмечается в виде пятен или полос над пораженными венами
- при пальпации по ходу вен отмечаются уплотнения в виде узелков, вены плотные и болезненные.
- отсутствуют регионарный лимфаденит, местная гипертермия и симптомы общей интоксикации

ЭКЗЕМА ОСТРАЯ

- характеризуется полиморфизмом поражения: наряду с гиперемией и отеком видны мелкие пузырьки, эрозии, мокнутия, сухие корочки.
- нет лихорадки и симптомов интоксикации, отсутствует регионарный лимфаденит
- выражен зуд кожи в очаге поражения.

ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ЛИШАЙ

- начинается с болей по ходу нервных стволов, локализуется по ходу ветвей того или иного нерва, что определяет размеры участка поражения кожи
- на фоне эритемы возникают многочисленные пузырьки, наполненные серозным, геморрагическим, иногда гнойным содержимым
- на месте пузырьков постепенно образуются желто-бурые или черные корочки
- заболевание нередко принимает затяжное течение, сопровождается упорными невралгиями.

ЭРИЗИПЕЛОИД (РОЖА СВИНЕЙ)

- кожная форма - обычно локализуется на коже пальцев и кистей рук
- в области входных ворот развивается эритема красного, розовато-красного или багрово-красного цвета, охватывающая пальцы и иногда переходящая на кисти
- края эритемы более яркие, по сравнению с центром, отек незначительный
- на фоне эритемы иногда появляются везикулярные элементы
- отсутствует лихорадка, интоксикация и регионарный лимфаденит.

УЗЛОВАТАЯ ЭРИТЕМА

- начинается остро, с повышения температуры, симптомов интоксикации
- в области голеней, реже бедер и предплечий, изредка на животе, симметрично высыпают плотные, болезненные узлы, несколько возвышающиеся над поверхностью кожи
- границы узлов определяются нечетко
- кожа над узлами ярко-розовой окраски, в дальнейшем приобретает синюшный оттенок.

ЛЕЧЕНИЕ

- Показания для обязательной госпитализации
 - тяжелое течение рожи с резко выраженной интоксикацией или распространенным поражением кожи (особенно при буллезно-геморрагической форме рожи);
 - частые рецидивы рожи, независимо от степени интоксикации, характера местного процесса;
 - наличие тяжелых общих сопутствующих заболеваний;
 - старческий или детский возраст больных.

ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ

- При лечении больных в условиях поликлиники и на дому целесообразно назначение антибиотиков перорально, в таблетках и капсулах:
 - амоксициллин 0,5г 3 раза в сутки
 - эритромицин 0,25 г x 4 раза в сутки
 - спирамицин (ровамицин) 3 млн. МЕ x 2 раза в сутки (курс лечения 7-10 дней)
 - азитромицин (сумамед) 0,5г x 1р - 5 дней
 - рулид (рокситромицин) 0,15 x 2 раза в сутки

ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ

- ципрофлоксацин - 0,5 x 2 раза в день - 7-10 дней
- доксициклин 0,1 x 1 раз в сутки
- рифампицин 0,3-0,45 г x 2 раза в день
- цефалексин 0,5-1,0 x 3-4 раза в день

ЛЕЧЕНИЕ РОЖИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

- бензилпенициллин в суточной дозе 6-12 млн. ЕД, курс 7-10 дней.
- при тяжелом течении заболевания, развитии осложнений (абсцесс, флегмона и др.) возможно сочетание бензилпенициллина и гентамицина (80 мг - 3 раза в день),
- назначение цефалоспоринов I и II поколений.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ РОЖЕЙ

- Должно проводиться в условиях стационара. Обязательно назначение резервных антибиотиков, не применявшихся при лечении предыдущих рецидивов
- Назначаются цефалоспорины (I, II или III поколения) внутримышечно по 1,0 г 3-4 раза в сутки или рифампицин внутримышечно 0,5 г x 3 раза в сутки. Курс антибактериальной терапии 8-10 дней.

ПРИ ОСОБО УПОРНЫХ РЕЦИДИВАХ РОЖИ

- Двух-курсовое лечение.
Последовательно назначают антибиотики, оптимально действующие на бактериальные и L-формы стрептококка
- Первый курс антибиотикотерапии осуществляется цефалоспоридами (7-8 дней)
- Второй курс лечения линкомицином внутримышечно по 0,6 г x 3 раза в сутки (7 дней)

ПРИ ВЫРАЖЕННОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ КОЖИ

показаны нестероидные

противовоспалительные препараты:

- диклофенак, индометацин в течение
10-15 дней

ВИТАМИНОТЕРАПИЯ

- Больным розеией необходимо назначение комплекса витаминов группы В, витамина А, рутина, аскорбиновой кислоты, курс лечения 2-4 недели.

ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ РОЖИ

- дезинтоксикационная терапия (поливидон, декстран, реополиглюкин, 5%-ный раствор глюкозы, физиологический раствор) с добавлением 5-10 мл 5%-ного раствора аскорбиновой кислоты, 60-90 мг преднизолона.
- Назначаются сердечно-сосудистые, мочегонные, жаропонижающие средства.

ТЕРАПИЯ МЕСТНОГО ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА

- эффективна при рано начатом (в первые 3-4 дня) лечении, когда она предупреждает развитие обширных геморрагий и булл
- выбор препарата (трентал, амбен и др.) проводится с учетом исходного состояния гемостаза и фибринолиза (по данным коагулограммы).

ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ

- метилурацил,
- полиоксидоний
- нуклеинат натрия,
- продигиозан,
- Т-активин
- деринат

по результатам исследования иммунного статуса при рецидивирующей розе

МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ

- Лечение местных проявлений болезни проводится лишь при ее буллезных формах с локализацией процесса на конечностях.
- При эритематозной форме местного лечения не требуется

ПРИ БУЛЛЕЗНОЙ ФОРМЕ

- В остром периоде рожки 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 фурациллина, меняя их несколько раз в течение дня

ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНОГО ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА

- при эритематозно-геморрагической роже назначается 5-10%-ный линимент дибунола в виде аппликаций в области очага воспаления два раза в сутки на протяжении 5-7 дней

ФИЗИОТЕРАПИЯ

- В остром периоде рожи назначается УФО на область очага воспаления и УВЧ на область регионарных лимфатических узлов
- При сохранении в периоде реконвалесценции инфильтрации кожи, отечного синдрома, регионарного лимфаденита назначаются аппликации озокерита, аппликации парафина, электрофорез лидазы (особенно в начальных стадиях формирования слоновости), хлорида кальция, радоновые ванны, магнитотерапия

ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ

- В последнее время установлена высокая клиническая эффективность низкоинтенсивной лазеротерапии местного очага воспаления, особенно при геморрагических формах рожи.
Используется лазерное излучение, как в красном, так и инфракрасном диапазоне.

БИЦИЛЛИНОПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ РОЖИ

- Бициллинопрофилактика
 - бициллин-5 - 1,5 млн. ЕД
 - ретарпен (benzathine benzylpenicillin) - 2,4 млн. ЕД

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ БИЦИЛЛИНОПРОФИЛАКТИКИ:

- - частые (не менее трех за последний год) рецидивы рожи;
- - отчетливо выраженная сезонность рецидивов;
- - сохранение значительных остаточных явлений в периоде реконвалесценции у лиц, перенесших рецидивирующую, повторную или первичную рожу.

-
- При частых рецидивах целесообразен метод непрерывной (круглогодичной) бициллинопрофилактики на протяжении 2-3 лет, с интервалом введения препарата в 3 недели (в первые месяцы интервал может быть сокращен до 2 недель).
 - При сезонных рецидивах препарат начинают вводить за месяц до начала сезона заболеваемости у данного больного с интервалом в 3 недели на протяжении 3-4 месяцев ежегодно.

ПРИ НАЛИЧИИ ЗНАЧИТЕЛЬНЫХ ОСТАТОЧНЫХ ЯВЛЕНИЙ

- после перенесенной рожи препарат вводится с интервалом в 3 недели на протяжении 4-6 месяцев после перенесенного заболевания. Первая инъекция бициллина-5 или ретарпена проводится через 1-2 недели после окончания антибиотикотерапии в остром периоде заболевания.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПОДЛЕЖАТ:

- - лица, болеющие частыми, не менее трех за последний год, рецидивами рожи (1-я группа);
- - лица, имеющие выраженный сезонный характер рецидивов (2-я группа);
- - лица, имеющие прогностически неблагоприятные остаточные явления при выписке из отделения (3-я группа).

КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

- предупреждение рецидивов болезни или заметное уменьшение их количества,
- ликвидация или уменьшение отечного синдрома, стойкого лимфостаза, других остаточных явлений и последствий болезни.

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ БОЛЕЗНИ НЕОБХОДИМО

- - своевременная и полноценная антибиотикотерапия первичного заболевания и рецидивов;
- - лечение выраженных остаточных явлений (эрозии, сохраняющейся отечности в области местного очага), последствий рожи (стойкий лимфостаз, слоновость);
- - лечение длительно и упорно протекающих хронических заболеваний кожи, приводящие к нарушению ее трофики и появлению входных ворот для инфекции;
- - лечение очагов хронической стрептококковой инфекции (хронические тонзиллиты, синуситы, отиты и др.);
- - лечение нарушений лимфообращения и кровообращения в коже в результате первичных и вторичных лимфостазов и слоновости; хронических заболеваний периферических сосудов;
- - лечение ожирения, сахарного диабета (частая декомпенсация которого наблюдается при роже).