

Нуро Қазақстанско- Росоийский
Медицинский Университет



МЕББ Қазақстан- Ресей
Медицина Университеті

Рожистое воспаление

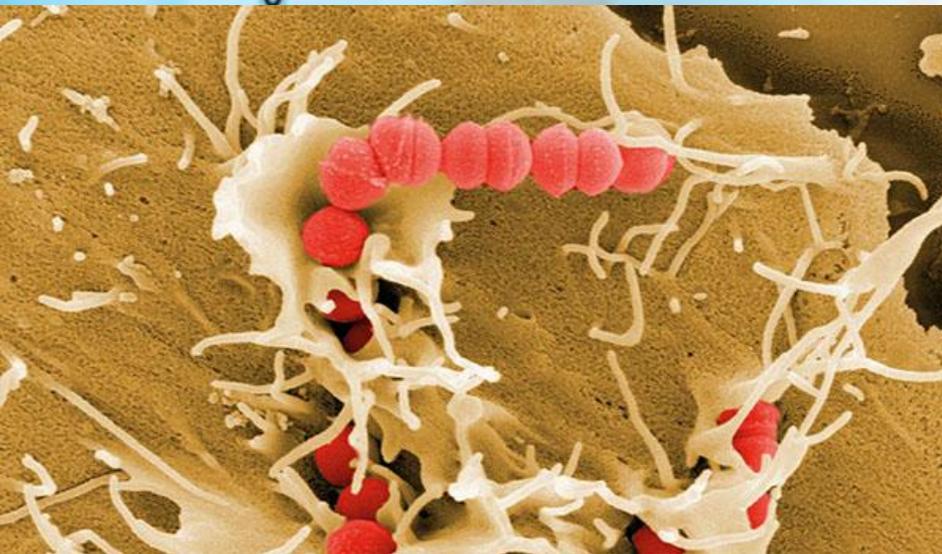
Факультет: Общая Медицина
Группа: 507 Б
Выполнила: Сулейманова И
Проверил:

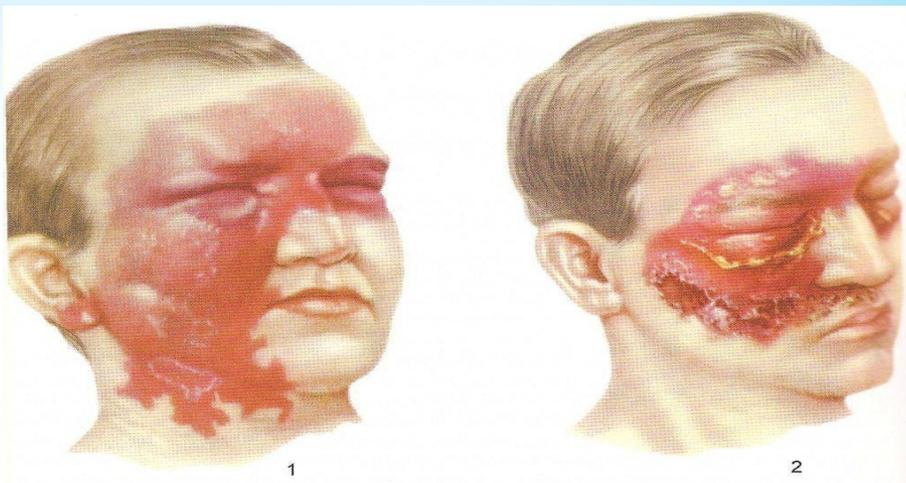


РОЖИСТОЕ ВОСПАЛЕНИЕ (РОЖА) —
инфекционное заболевание, характеризующееся острым очаговым серозным или серозно-геморрагическим воспалением кожи или слизистых оболочек, лихорадкой и интоксикацией.

Возбудители

Рожжа — широко распространенная стрептококковая инфекция мягких тканей. Рожистое воспаление вызывает бета-гемолитический стрептококк группы А.





Инкубационный период от 3 до 5 дней. Начало болезни острое, внезапное. В первые сутки более выражены симптомы общей интоксикации (сильная головная боль, озноб, общая слабость, возможна тошнота, рвота, повышение температуры до 39-40 °С).



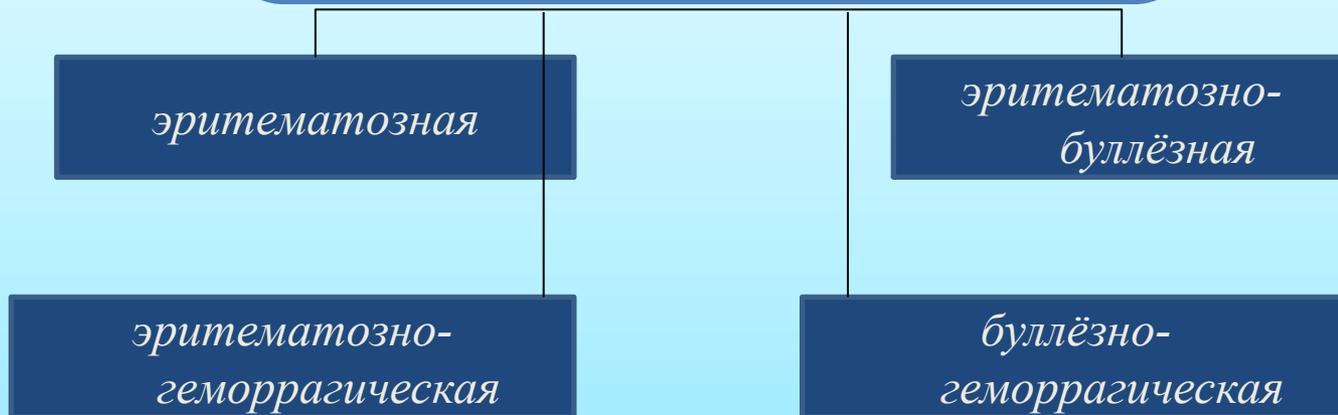


Для развития рожистого воспаления важную роль играют:

- нарушение целостности кожи, дистрофические процессы в коже,*
- грибковое поражение кожи,*
- наличие сахарного диабета, поражений капилляров, венозная недостаточность,*
- профессиональные травмы кожи, постоянное ношение не дышащей одежды и обуви,*
- воздействие на кожу пыли, копоты, профессиональных вредностей,*
- гиповитаминозы, снижение иммунитета, хронические болезни.*

- Возбудитель попадает на кожу от носителей или больных стрептококковыми инфекциями. Для его проникновения нужны особые условия – ссадины, потертости, дефекты кожи. Чаще развивается у лиц с проблемами иммунитета и местной защиты кожи – у беременных, ослабленных, пожилых, людей с диабетом и хроническими кожными болезнями.*

1. По характеру местных поражений:



2. По степени интоксикации (тяжести течения)





Выделяется три формы розового воспаления:

- Эритематозная с краснотой и отеком кожи,*
- Геморрагическая, с синяками и кровоизлияниями кожи,*
- Буллезная, с образованием пузырей на участках красноты.*



По характеру распространения:

- ✓ локализованная,
- ✓ блуждающая,
- ✓ метастатическая.

По частоте возникновения:

- первичная,
- повторная,
- рецидивирующая.

Инкубационный период длится от нескольких часов до нескольких суток, обычно четко не регистрируется.

В течении розги выделяют три периода:

*начальный период,
период разгара заболевания,
период реконвалесценции.*



а) Начальный период

В большинстве случаев заболевание начинается с общих симптомов тяжелой интоксикации, которые предшествуют местным изменениям. Это является отличительной чертой рожистого воспаления и часто служит причиной диагностических ошибок (пациентам ставят диагноз острой респираторно-вирусной инфекции, пневмонии и пр.). Отмечается резкое повышение температуры (до 39-41 °С), выраженный озноб, тошнота, рвота, головная боль, слабость. Параллельно с этим, а чаще к концу первых суток появляются умеренные боли в области регионарных лимфатических узлов (паховых), и только затем начинает разворачиваться характерная местная картина рожистого воспаления.



Период разгара заболевания

Период характеризуется яркими местными проявлениями. При этом вначале сохраняются общие симптомы интоксикации, которые наблюдаются обычно в течение 4-5 суток. Местные проявления зависят от формы заболевания.

При эритематозной форме выявляется четко отграниченная яркая гиперемия, отек и инфильтрация кожи, местный жар. Граница зоны яркой гиперемии очень четкая, а контуры неровные, поэтому воспалительные изменения кожи при розе сравнивают с «языками пламени», «географической картой».

При эритематозно-геморрагической форме на фоне описанной выше эритемы появляются мелкоочечные кровоизлияния, имеющие тенденцию к сливанию, что придает гиперемии синюшный оттенок. При этом сохраняются все местные воспалительные изменения, а синдром интоксикации наблюдается длительное и выражен в большей степени.

При эритематозно-буллезной форме на фоне эритемы выявляются пузыри, заполненные серозным экссудатом, богатым стрептококками. Эта форма является более тяжелой: чаще встречаются осложнения, более выражена интоксикация.

Буллезно-геморрагическая форма — наиболее тяжелая из всех. На фоне эритемы определяются пузыри, заполненные геморрагическим экссудатом. Пузыри часто сливаются, кожа становится синюшно-черного цвета. Часто наблюдаются обширные некрозы кожи, возможно развитие вторичной инфекции.



- *в) Период реконвалесценции*
Исчезают общие признаки интоксикации, постепенно стихают местные воспалительные изменения, но еще в течение 2-4 недель сохраняется отек, утолщение, шелушение и пигментация кожи.

Диагностика

Установить наличие рожистого воспаления доктор может после первичного осмотра и прощупывания пораженной области. Если у пациента нет сопутствующих заболеваний, из дополнительных методов диагностики достаточно использовать только общий анализ крови. О наличии инфекции будут свидетельствовать следующие показатели:

- Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) – более 20 мм/час. Во время разгара болезни может ускоряться до 30-40 мм/час. Нормализуется ко 2-3-й недели лечения (норма – до 15 мм/час);
- Лейкоциты (WBC) – более $10,1 \cdot 10^9/\text{л}$. Неблагоприятным признаком считается снижение уровня лейкоцитов менее $4 \cdot 10^9/\text{л}$. Это свидетельствует о неспособности организма адекватно противостоять инфекции. Наблюдается при различных иммунодефицитах (ВИЧ, СПИД, рак крови, последствия лучевой терапии) и при генерализованной инфекции (сепсисе);
- Эритроциты (RBC) – снижение уровня ниже нормы (менее $3,8 \cdot 10^{12}/\text{л}$ у женщин и $4,4 \cdot 10^{12}/\text{л}$ у мужчин) может наблюдать при геморрагической рожге. При других формах, как правило, остается в пределах нормы;
- Гемоглобин (HGB) – также может снижаться, при геморрагической форме болезни. Норма показателя от 120 г/л до 180 г/л. Уменьшение показателя ниже нормы – повод начать прием препаратов железа (при назначении их врачом). Снижение уровня гемоглобина ниже 75 г/л – показание для переливания цельной крови или эритроцитарной массы. Инструментальная диагностика используется при нарушении притока крови к конечности (ишемии) или наличии сопутствующих болезней, такие как облитерирующий атеросклероз, тромбоз, тромбангиит и т.д. В этом случае, пациенту могут назначить доплерографию нижних конечностей, реовазографию или ангиографию. Эти методы определяют проходимость сосудов и причину ишемии.

Лечение рожистого воспаления может быть местным и общим. Основной является общая терапия.

а) Общее лечение

Основными компонентами являются:

- *Антибактериальная терапия: используют полусинтетические пенициллины (ампициллин по 2,0-4,0 г в сутки) в сочетании с сульфаниламидными препаратами (стрептоцид, сульфадиметоксин, сульфален)*



При тяжелых геморрагических формах и рецидивах заболевания применяют цефалоспорины второго поколения. Методом выбора является лимфотропное введение антибиотиков (ЭЛТ трудноосуществима из-за выраженного отека дистальных отделов конечности). Обычно 3-4 лимфотропных введения быстро купирует основные проявления заболевания. Дезинтоксикационная терапия необходима обычно в течение первых 4-5 дней. Применяют внутривенные инфузии кристаллоидных растворов (1,5-2,0 л в сутки), а в тяжелых случаях кровезаменители дезинтоксикационного действия и препараты крови. Эффективным методом лечения является УФ- или лазерное облучение крови.



Десенсибилизирующая терапия заключается во введении антигистаминных препаратов (димедрол, тавегил, диазолин). При тяжелых геморрагических формах используют кортикостероиды (преднизолон) в течение 3-5 суток.



Укрепление сосудистой стенки необходимо при геморрагических формах. Применяют аскорбиновую кислоту, аскорутин.

б) Местное лечение*

При эритематозной и эритематозно-геморрагической формах местно применяют УФ-облучение в субэритемных дозах, конечности придают возвышенное положение и оставляют открытой или обрабатывают тонким слоем стрептоцидовой мази (без влажных повязок).

При буллезных формах крупные пузыри вскрывают, после чего накладывают влажно-высыхающие повязки с антисептиками (фурацилин, борная кислота).

*

в) Профилактика рецидивов

Возможность развития рецидивов — отличительная черта рожистого воспаления. При этом отмечается та же локализация или большая зона поражения. В ряде случаев наблюдаются abortивные формы (без общих симптомов, быстро купирующиеся). Основным в профилактике последующих рецидивов является полноценное комплексное лечение первичного рожистого воспаления. Кроме этого, при наличии частых рецидивов (некоторые больные переносят до 4-5 рецидивов в год в течение многих лет) необходимо профилактическое лечение в холодном периоде. При этом используют: УФ- или лазерное облучение крови.

- Курс лимфотропного (или эндолимфатического) введения антибиотиков. Препараты выбора — цефалоспорины и линкомицин (клин- дамицин).
- Введение пролонгированных антибиотиков (бициллин-5 по 3-4 введения 1,5 млн. ед. с интервалом 1 месяц).
- Иммунотерапия (иммуноглобулины, ронколейкин).
- При развитии лимфедемы — коррекция лимфооттока, нарушение которого способствует обострению заболевания.



Из наиболее частых осложнений розжи можно отметить

- 1. язвы,***
- 2. некрозы,***
- 3. абсцессы,***
- 4. флегмоны,***
- 5. а также нарушения лимфообращения, приводящие к лимфостазу,***
- 6. в редких случаях — пневмония и сепсис.***
- 7. Вследствие лимфовенозной недостаточности, прогрессирующей при каждом новом рецидиве заболевания (особенно у больных часто рецидивирующей розжей), в 10-15 % случаев формируются последствия розжи в виде лимфостаза (лимфедемы) и слоновости (фибреды). При длительном течении слоновости развиваются гиперкератоз, пигментация кожи, папилломы, язвы, экзема, лимфорей.***



Прогноз

Прогноз заболевания условно благоприятный, при адекватном своевременном лечении высока вероятность полного излечения и восстановления трудоспособности. В ряде случаев возможно формирование рецидивирующих форм заболевания, которые значительно хуже поддаются лечению