

Рожжа
(Erysipelas)



Рожистое воспаление

Инфекционное заболевание, характеризующееся острым очаговым серозным или серозно-геморрагическим воспалением кожи и слизистых оболочек, лихорадкой и интоксикацией.

Возбудитель – β -гемолитический стрептококк группы А. Это малоконтагиозное заболевание и не регистрируется как инфекционное. Возбудитель проникает через мелкие раны, осложняет течение инфицированных ран.

В патогенезе рожи имеют значение и фоновые изменения

- Нарушение венозного и лимфатического оттока.
- Заболевания кожи (экзема, дерматиты).
- Фактор иммунитета (иммунодефицит).
- Аллергический фактор
- Индивидуальная генетически детерминированная предрасположенность.

Начало

В ретикулярном слое кожи появляется инфильтрат (серозное воспаление) в виде бляшки, гиперемирован, плотный, болезненный, быстро распространяется, имеет четкие границы в виде «зубцов», «языков пламени», «географической карты».

Рожистое воспаление лица



Эритематозная форма (муляж)

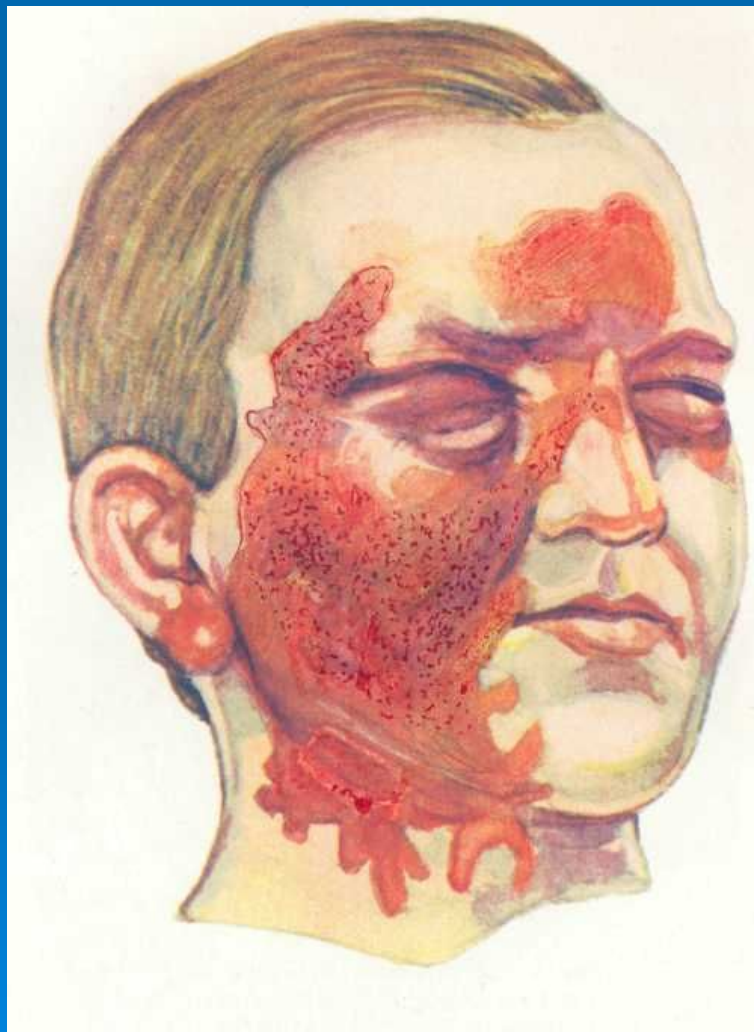
Рожистое воспаление лица



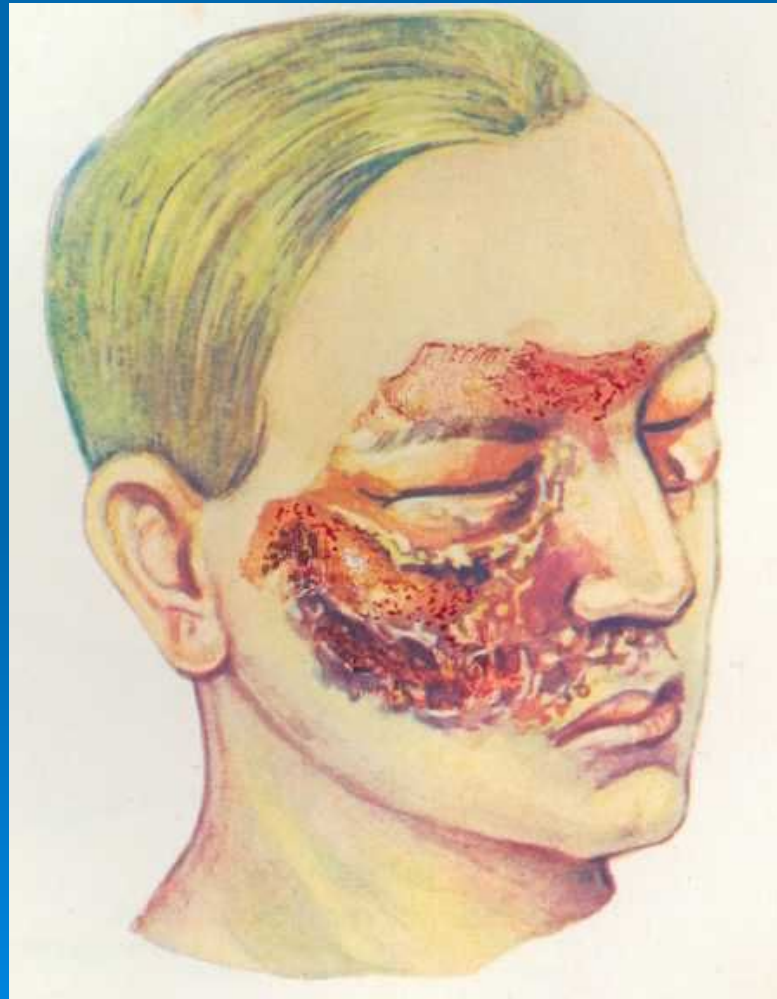
У некоторых больных экссудат отслаивает эпидермис кожи, образует пузыри (буллы) – эритематозно-буллезная рожа. Пузыри заполнены прозрачным серозным экссудатом.

В редких случаях на фоне эритемы появляются мелкоточечные кровоизлияния, которые затем сливаются и придают гиперемии синюшный оттенок: эритематозно-геморрагическая форма рожи.

Эритематозно-геморрагическая форма рожистого воспаления



Булезно-гемморагическая форма рожистого воспаления (целлюлит). Буллы заполнены гемморагическим экссудатом.



Классификация

По характеру местных проявлений.

1. Эритематозная
2. Эритематозно-геморрагическая
3. Эритематозно-буллезная
4. Буллезно-геморрагическая (целлюлит)

По тяжести течения.

1. Легкая
2. Средней тяжести
3. Тяжелая

По характеру распространения.

1. Локализованная
2. Ползучая
3. Мигрирующая

По частоте возникновения.

1. Первичная
2. Вторичная
3. Рецидивирующая

Клиническая картина

Инкубационный период длится от нескольких часов до нескольких суток.

В течении рожи выделяют 3 периода:

1. Начальный период,
2. Период разгара,
3. Период реконвалесценции (выздоровления).

Начальный период

Проявление общих симптомов заболевания (интоксикации) до развития местных. Ошибки в диагнозе (ставят диагноз респираторная вирусная инфекция, пневмония, сепсис).

Жалобы: сильная головная боль, потрясающий озноб (t 39-41°C), тошнота, рвота, бессонница, возбуждение, бред, потеря сознания, тахикардия, тахипное, увеличение печени, селезенки. Почки – уменьшение мочи, определяется белок, лейкоциты, эритроциты. Кровь – лейкоцитоз, нейтрофилез. Паховый лимфаденит на стороне поражения.

Период разгара заболевания

Симптомы интоксикации продолжают еще 4 – 5 суток, на этом фоне проявляются местные симптомы. Они развиваются в определенной последовательности (как представлены в классификации).

Клиника зависит от локализации: нижние конечности, лицо, волосистая часть головы, промежность, на туловище (ползучая рожа).

Осложнения

Осложнение в остром периоде (флегмона-целлюлит), некроз кожи, тромбофлебит, лимфангит, лимфаденит, на лице – тромбоз кавернозного синуса, менингит.

Осложнения в отдаленном периоде:
слоновость (Elephantiasis)

Вторичная слоновость правой нижней конечности



Рецидив кожи. Эритематозно-буллезная форма

Лечение слоновости зависит от стадии заболевания

В начальной стадии консервативное лечение в стадии субкомпенсации и декомпенсации – оперативное.

Консервативное: препараты – детралекс, эндотенол, отводящий массаж, пневмомассаж. Бинтование эластичным бинтом.

Оперативное: наложение лимфовенозных анастомозов, резекционные способы.

Дифференциальная диагностика: флегмоны, эритемы, дерматит, лимфангит, эризипелоид.

Лечение

Местное

- При эритематозной и эритематозно-геморрагической формах УФО – очага в субэритемных дозах, кожу обрабатывают тонким слоем стрептоцидной мазью.

Запрещены влажные повязки, компрессы, ванны.

- При эритематозно-буллезной или при буллезно-геморрагической – крупные пузыри вскрывают и удаляют, накладывают асептические влажно-высыхающие повязки с хлоргексидином, фурациллином, борной кислотой.
- При флегмонах и некрозах – вскрытие и иссечение некротических тканей.

Общее лечение

- Антибактериальная терапия (полусинтетические пенициллины – ампициллин по 2,0 – 4,0 в сутки + сульфаниламидные препараты). При тяжелых формах – цефалоспорины 2 – поколения. Лимфотропно. Эндолимфатически трудно – отек тканей.
- Дезинтоксикационная терапия: кристаллоидные растворы (1,5 – 2,0 л в сутки) в/в. при тяжелой степени заболевания: кровезаменители дезинтоксикационного действия и препараты крови. Эффективны УФ или лазерное облучение крови.
- Десенсибилизирующая терапия: антигистаминные препараты (тавегил, димедрол, диазолин). При геморрагических формах рожи – аскорутин, аскорбиновую кислоту. При тяжелых геморрагических формах – кортикостероиды (преднизолон).

Профилактика рецидивов (иммунитет к возбудителю не стойкий)

Стрептококки формируют L-формы, способные вызывать рецидивы.

1. раннее полноценное комплексное лечение первичного очага
2. профилактика в холодном периоде:
 - пролонгированные антибиотики (бициллин - 5 по 3 – 4 введения 1,5 млн. ед. с интервалом 1 месяц)
 - курс лимфотропного введения антибиотиков (цефалоспорины, линкомицин (клиндамицин))
 - УФ или лазерное облучение крови
 - иммунотерапия (иммуноглобулины, пентаглобин)
 - Коррекция лимфооттока, нарушение которого способствует обострению заболевания.

Эризипелоид (Erysipeloides)

Эризипелоид (свиная краснуха, рожа свиней, эритема ползучая) – это острое медленно прогрессирующее инфекционное заболевание всех слоев кожи.

Возбудитель – грамположительная палочка свиной рожи.

Заражение – после контакта с погибшими животными, сырым мясом, моллюсками – это рабочие мясной, рыбной, консервной, кожевней промышленности.

Клиника

На тыльной и боковых поверхностях пальцев пятно розово-красного цвета (как при роже). Общее состояние больного не страдает. Температура не повышается. Только при смешанной инфекции – субфибральной ($37 - 37,5^{\circ}\text{C}$). При осложнениях (лимфангит, лимфаденит) признаки интоксикации (головная боль, озноб, температура – $38 - 40^{\circ}\text{C}$).

Диагностика. Заболевание не редкое, но диагностируется как рожа пальца, панариций, дерматит.

Лечение. УФ-облучение, рентгенотерапия, футлярная блокада, антибиотики.

Профилактика. Улучшение санитарно-гигиенических условий работы, защиты рук от микротравм.

