
РОЖИСТОЕ ВОСПАЛЕНИЕ



Рожистое воспаление

- Рожь (от фр. rouge — красный) (лат. erysipelas) —
Распространенное острое, нередко рецидивирующее
инфекционное заболевание, причиной которого
являются стрептококки группы А -
Streptococcus pyogenes



Дифференциальная диагностика

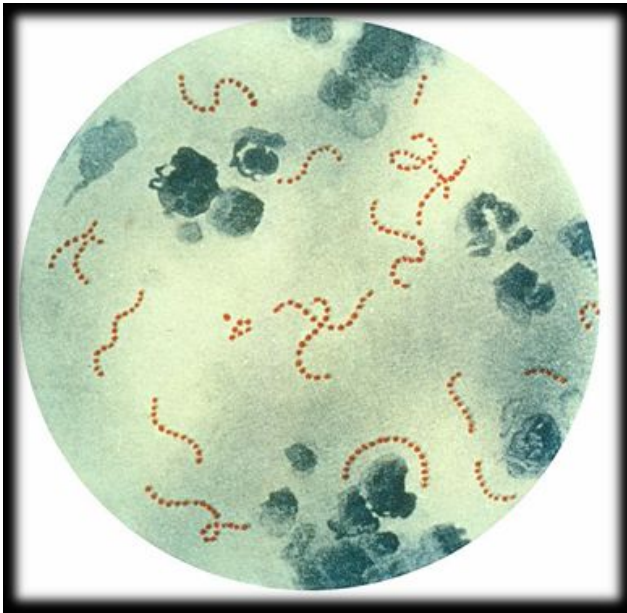


Рожу дифференцируют от многих инфекционных, хирургических, кожных и внутренних заболеваний: эризипелоида, сибирской язвы, абсцесса, флегмоны, панариция, флебитов и тромбофлебитов, облитерирующего эндартериита с трофическими нарушениями, экземы, дерматита, токсикодермии и других кожных заболеваний, системной красной волчанки, склеродермии, болезни Лайма (боррелиоз) и др.



Возбудитель рожистого воспаления

- бета-гемолитический стрептококк группы А, грамположительный, неспорообразующий, неподвижный микроорганизм. Встречается повсеместно, часто колонизирует кожные покровы и слизистые оболочки человека. Устойчив во внешней среде, погибает при кипячении и действии различных дезинфицирующих средств.



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- **Источник:**
- больные с различными стрептококковыми инфекциями (ангина, отит, стрептодермия, пневмония и т. п.)
- бактерионосители
- загрязненные медицинские инструменты и перевязочный материал хронических очагов стрептококковой инфекции в носоглотке и миндалинах (хронический тонзиллит, ринит, фарингит).
- небольшие повреждения (ранки, ссадины, уколы, расчесы стрептодермии медицинские инструменты



Факторы риска ,сопутствующие фоновые заболевания:

- варикозное расширение вен;
- тромбофлебит;
- хронические заболевания носоглотки;
- сахарный диабет;
- микоз нижних конечностей;
- опрелости межпальцевых промежутков стоп и др.



КЛАССИФИКАЦИЯ РОЖИ

I. По характеру местных поражений:

- эритематозная;
- эритематозно-буллёзная;
- эритематозно-геморрагическая;



Эритематозная
рожа лица



Буллезная рожа
предплечья



Эритематозно-гемморрагическая рожа

КЛАССИФИКАЦИЯ РОЖИ

□ 2. По степени интоксикации (тяжести течения):

- лёгкая;
- средней тяжести;
- тяжёлая.

□ 3. По кратности течения:

- первичная;
- повторная;

□ 4. Рецидивирующая (часто и редко, рано и поздно).

□ 5. Пораспространённости местных проявлений:

- локализованная;
 - распространённая;
 - блуждающая (ползучая, мигрирующая);
-



КЛИНИКА

Инкубационный период: 2-7 дней (чаще 3- 5 дней)

- усталость;
 - разбитость;
 - озноб;
 - головная боль;
 - чувство распирания в области внедрения инфекции.
 - увеличение регионарных лимфатических узлов
 - повышение температуры вплоть до сильной лихорадки
-



Лабораторная диагностика:

- **Анализ крови на антистрептолизин-О и другие противострептококковые антитела**
- **Анализ крови на антигены бактериальные и L-форм стрептококка**
- **ПЦР (определение специфической ДНК возбудителя в сыворотке крови, в содержимом буллезных элементов)**
- Изменение гемограммы : умеренный нейтрофильный лейкоцитоз
- со сдвигом влево, анэозинофилия, умеренно повышенная СОЭ, лейкопения.
- При гнойных осложнениях-гиперлейкоцитоз, иногда с развитием
- лейкомоидной реакции, токсическая зернистость нейтрофилов.
- Повышение уровня в крови фибриногена, ПДФ, РКМФ, увеличение или снижение количества плазминогена, плазмина, антитромбина III, повышение 4-го фактора тромбоцитов, уменьшение их количества



Медикаментозное лечение

- антибиотики

 - эритромицин
 - олеандомицин
 - пенициллины
 - сульфаниламиды

- нитрофураны

- антигистаминные

- местно : энтеросептол в виде присыпок, мази из измельченных таблеток, мазь эритромициновая.

- Биостимуляторы: метилурацил, пентоксил, левамизол

- плацентарный гамма-глобулин,

- переливание крови и плазмы



Профилактика

- Необходимо следить за чистотой кожных покровов
- Первичная обработка ран, трещин, лечение гнойничковых заболеваний
- Строгое соблюдение асептики при медицинских манипуляциях

