

СТРЕЛТОВОК КРОВЬ ИЛИ ПЕРЦЫ. РОЖА

**Санитарно-
эпидемиологические
правила
«Профилактика
стрептококковой (группа А)
инфекции СП
3.1.2.3149-13»**

РОЖА

Инфекционная болезнь, протекающая в острой (первичной) и хронической (рецидивирующей) формах, характеризующаяся воспалением кожи или слизистых оболочек, а также лихорадкой и общетоксическими проявлениями

История

- Первые клинические описания рожи принадлежат Гиппократу и Галену.
- Дифференциальную диагностику с флегмоной провел Авиценна
- Современные описания клиники и диагностики рожи были сделаны в 1874 году врачами-хирургами Бильротом и В.В. Лукомским.
- Большой вклад в изучение рожи внес профессор В.Л.Черкасов

Этиология

- **Вызывается бета-гемолитическим стрептококком группы А (в основном)**
- Для развития болезни, помимо инфицирования β -гемолитическим СГА, необходима сенсibilизация кожи к антигенам стрептококка
- Особенности штаммов СГА, вызывающих рожу не вполне изучены
 - **При буллезно-геморрагических формах рожи, а также при осложненном течении наряду с СГА из содержимого раневой поверхности часто выделяются стафилококки, стрептококки групп В, С, G, грамотрицательные бактерии**

- **Выделение СГА из местного воспалительного очага у больных рожей составляет от 14 до 41%, еще реже (до 5,5%) СГА высевается из крови (гемокультура)**

Эпидемиология

- Заболеваемость рожей в России – 14-22 на 10 тысяч населения
- **Источник инфекции – больной стрептококковой инфекцией, а также здоровые носители**
- Контагиозность незначительная
- **Сезонность – летне-осенняя**
 - **Предрасположенность к роже генетически детерминирована, чаще болеют люди с 3 группой крови. Генетическая предрасположенность чаще реализуется в пожилом возрасте на фоне повторной сенсибилизации к СГА**

- **Основной механизм передачи инфекции – контактный (экзогенная инфекция)**
- **Возможен воздушно-капельный путь с первичным инфицированием носоглотки и последующим заносом СГА на кожу руками, а также лимфогенным и гематогенным путем**
- **При рецидивирующей роже основной путь инфицирования – экзогенный. Возбудитель распространяется лимфогенно из очага инфекции в организме**
- **Рецидивирующие формы болезни в основном регистрируются у женщин (до 80-90%). В Швеции, Франции, Чехии, Израиле рожа отмечается чаще у мужчин**

**За последние
десятилетия
рожа «постарела»:
60-70% заболевших
приходится на возраст
старше 50 лет**

Патогенез

- **Внедрение СГА в кожу**
- **Размножение СГА в лимфатических капиллярах дермы**
- **Токсемия- острое начало болезни с повышением температуры, ознобом, слабостью**
- **Развитие местного очага инфекционно-аллергического воспаления кожи с участием иммунокомплексного процесса (формируются периваскулярно расположенные иммунные комплексы)**

- **Нарушение капиллярного лимфообразования с формированием лимфостаза, образованием геморрагий и пузырей**
- **Элиминация бактериальных форм с помощью фагоцитоза и образованием иммунных комплексов и других иммунных механизмов и выздоровлением**
- **Формирование у части больных хронических форм инфекции с наличием бактериальных L-форм стрептококка, что приводит у части больных к развитию рецидивов**

**В результате воздействия стрептококка
и резорбции его токсина развивается
серозное или серозно-геморрагическое
воспаление и интоксикация**

**Иммунитет после перенесенного
заболевания не возникает**

Провоцирующие факторы:

Нарушения целостности кожи:

**ссадины, царапины, расчесы,
уколы, потертости, трещины**

**Резкая смена температуры
(переохлаждение, перегревание)**

**Эмоциональные стрессы,
инсоляция, ушибы, травмы**

■ **Фоновые (предрасполагающие) заболевания:**

микозы стоп (при роже нижних конечностей);

- **метаболический синдром (сахарный диабет, ожирение);**

- **поражение сосудов (хроническая венозная и лимфатическая недостаточность);**

- **хронические дерматозы;**

- **очаги хронической (стрептококковой) инфекции: тонзиллит, отит, синусит, кариес, пародонтоз (чаще при роже лица);**

- **остеомиелит, тромбоз, язвы (трофические) – чаще при роже нижних конечностей;**

- **хронические соматические заболевания, приводящие к снижению состояния противомикробного иммунитета;**

- **профессиональные вредности, связанные с повышенной травматизацией, загрязнением кожных покровов, ношением резиновой обуви (строители, водители, военнослужащие и др.)**

Патоморфология

- Наблюдается отек, лимфоцитарная периваскулярная инфильтрация в области дермы
- Дезорганизация коллагеновых и эластических волокон
- Сосуды становятся ломкими, вследствие чего возникают геморрагии

Клиника. Классификация

- **1. по характеру местных проявлений:**
 - Эритематозная
 - Эритематозно-буллезная
 - Эритематозно-геморрагическая
 - Буллезно-геморрагическая

- Форма рожи, при которой выявляется гиперемия и отек, называется **эритематозной**
- Если на фоне гиперемии появляются пузыри, наполненные серозной жидкостью, то это **эритематозно-буллезная форма**

- **При эритематозно-геморрагической форме** на фоне эритемы возникают кровоизлияния
- **Буллезно-геморрагическая форма** сопровождается кровоизлияниями в полость пузырей и окружающую ткань, вследствие чего содержимое пузырей приобретает сине-багровый или коричневый цвет.

- **Флегмонозная рожа или некротическая и гангренозная формы рассматриваются как осложнение болезни**

- **2. по степени интоксикации
(тяжести течения)**

- Легкая
- Среднетяжелая
- Тяжелая

■ 3. по кратности течения:

- Первичная
- Повторная
- Рецидивизирующая

При наличии не менее 3 рецидивов
рожи за год целесообразно
определение «часто рецидивизирующая
рожа»

- **Первичная рожа** – когда заболевание появилось у человека впервые в жизни
- **Рецидивирующая рожа** – возврат болезни в период от нескольких дней до 2 лет с локализацией местного воспаления в области первичного очага. Рецидивы встречаются в 25-88% случаев

- **Повторная рожа** возникает более чем через 2 года после первичного заболевания. Очаги часто имеют другую локализацию. По клиническим проявлениям повторные заболевания не отличаются от первичной рожи.

■ **4. по распространенности
местных проявлений:**

- Локализованная
- Распространенная (мигрирующая)
- Метастатическая

■ **5. осложнения рожи:**

- **Местные**
- **Общие**

■ 6. последствия рожи:

- Стойкий лимфостаз
(лимфедема)
- Вторичная слоновость
(фибредема)

Это стадии одного процесса

- **Инкубационный период 2 – 7 дней,**
может укорачиваться до
нескольких часов
- Продромальные явления
наблюдаются редко
- Характерно острое начало: озноб,
повышение температуры, могут
быть рвота, иногда бред

- Разрыв между появлением общих симптомов и местных явлений занимает несколько часов, но не более 2 суток
- Местные проявления: ощущения напряжения, жжения, боли, парестезии
- Появляется красное пятно, которое быстро увеличивается, приобретая по периферии вид языков пламени
- Иногда появляется несколько пятен, соединяющихся между собой

- Гиперемия яркая, имеет четкие границы со здоровой кожей, по периферии определяется валик, края участка неровные, напоминают очертания географической карты
- Воспаленный участок возвышается над уровнем здоровой кожи, на ощупь горячий, слегка болезненный

- **Степень отека зависит от локализации процесса: наиболее выражен он в области лица, половых органах и на пальцах**
- **Отек и краснота обычно останавливается в местах, где меньше рыхлой клетчатки и где кожа плотнее прилегает к подкожным тканям: носогубная складка, граница волосистой части головы, скулы, брови, лодыжки**

- При пальпации рожистый участок более болезненный по периферии, а не в центре
- Регресс воспаления также начинается с центра очага, там кожа бледнеет и уменьшается отек
- Рожистый процесс распространяется во все стороны со скоростью 2-5 см в сутки

- **При эритематозной форме**
активная фаза длится 5 – 8 дней, у
пожилых и при буллезной форме
10 – 14 дней
- Регресс занимает 1 – 1,5 недели
- Еще 2 – 3 недели в пораженной
области отмечаются
гиперпигментация, шелушение и
пастозность кожи

Эритематозно-буллезная форма





Эритематозная форма





Рожа, эритематозно-булезная форма





Рожа, эритематозная форма



Рожа, эритематозная форма

© Dr. Dubin's collection













Рожа, эритематозно-геморрагическая форма



Буллезная форма



Буллезная форма



Буллезно-геморрагическая форма









Рожа, буллезно-геморрагическая форма

Лимфостаз









Период выздоровления



- **Общетоксические симптомы неспецифичны:** головная боль, бессонница, парестезии, причем не только в пораженной области, плохой аппетит, может быть тошнота, неустойчивый стул
- Отмечается приглушение сердечных тонов, пульс соответствует температуре или опережает ее

Рецидивирующая рожа

- Высокий уровень госпитализаций
- Среднетяжелое течение
- Преимущественная локализация на нижних конечностях
- Меньшая выраженность и продолжительность лихорадочного периода
- Большая продолжительность местных явлений
- Редкое развитие регионарного лимфаденита и лейкоцитоза
- Более частое развитие лейкопении

- **Рожа слизистой оболочки глотки:** отек, покраснение слизистой, резкое отграничение воспаленной оболочки от здоровой, чувство жжения и сухости во рту, повышение температуры, тахикардия, общая разбитость
- При переходе воспаления на слизистую пищевода появляется затрудненное глотание, болезненность при глотании, ухудшение общего самочувствия

- **Рожа слизистой гортани:** картина удушья с тяжелым септическим статусом
- **Рожа слизистых наружных половых органов** – нередкое явление. Отмечается повышение температуры, покраснение и отечность слизистых оболочек, чувство жжения и зуда

Осложнения

Местные: абсцессы, флегмоны, некрозы кожи, флебиты, тромбофлебиты, лимфангиты, периадениты, слоновость

Общие: сепсис, ИТШ, острая сердечно-сосудистая недостаточность, тромбэмболия легочной артерии

Лабораторная диагностика

- В крови умеренный лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, умеренное повышение СОЭ
- В моче достаточно часто бывает протеинурия, появляются эритроциты, лейкоциты, цилиндры

Дифференциальный диагноз

- Нагноившаяся гематома
- Тромбофлебит
- Дерматит, экзема
- Опоясывающий лишай
- Узловатая эритема
- Ожоги, отморожения
- Флегмона, абсцесс
- Эризипеллоид
- Сибирская язва

Лечение . Антибиотикотерапия

- **Природные пенициллины, ингибиторзащищенные пенициллины, аминопенициллины, цефалоспорины, макролиды, линкозамиды**
- **При тяжелых формах и задержке начала лечения – ванкомицин в сочетании с макролидами или с клиндамицином**
- **Лимфотропное введение а/биотиков**

Патогенетическая терапия

- Дезинтоксикационная терапия (глюкозо-солевые р-ры, реамберин)
- НПВС (ортофен, диклофенак, ибупрофен, кетонал)
- Ангиопротекторы, антиоксиданты (рутин, аскорутин, трентал, курантил, витамин Е, троксевазин, троксерутин, детралекс (улучшает лимфатический дренаж и микроциркуляцию, 2 табл 1 раз в день, 2 месяца)

- Десенсибилизирующие (фенкарол, зиртек, кларитин и др.)
- Иммуномодуляторы (деринат, иммунофан, полиоксидоний)
- Плазмаферез
- Озонотерапия (внутривенное введение озонированного физиологического раствора)

Фитотерапия

Корневище аира

Корень кровохлебки

Корень солодки

Листья крапивы и эвкалипта

Трава тысячелистника и сушеницы
топяной

В равных количествах в виде настоя в
концентрации 1:10 или 1:20 внутрь

Лечение местного геморрагического синдрома

При отчетливо выраженных явлениях гиперкоагуляции показано назначение гепарина (п/к или путем электрофореза) и трентала (0,2 3 раза в день – 2-3 недели)

При отсутствии выраженной гиперкоагуляции рекомендуется введение в очаг воспаления методом электрофореза контрикала и гордокса, курс 5-6 дней

Местная терапия

- **При буллезных формах** – повязки с антисептиками (фурацилин, этакридин, риванол, диоксидин, димексид, димефосфон) с последующим применением препаратов, улучшающих трофику и регенерацию (гидросорб гель, левомеколь, поливенокс, бепантен, дермазин, олазол, эктерицид, аекол), салфетки Колетекс
- **При буллезных формах** – лазеротерапия
- **Физиотерапия** (в остром периоде не рекомендуется при геморрагических формах) – УФО субэритемные дозы, УВЧ при лимфаденитах, перифлебитах; электрофорез лидазы, хлорида кальция; радоновые ванны, магнитотерапия

Лечение больных рецидивирующей розей

- **Целесообразно 2 курсовое лечение**
- Назначаются цефалоспорины (1 и 2 поколение), курс 10 дней, затем линкомицин (**действует на L-формы**), курс 8-10 дней
- Иммунокорригирующая терапия (циклоферон в/м по 4 мл в 1,2,4,6,8,11,14 сутки, затем в таб по 300 мг 1 раз в день в теч 2 мес)

Терапия лимфостаза

- Диета с ограничением соли, ношение эластичных чулок, противопоказано ношение тяжестей, работа в положении стоя
- Антиагреганты (аспирин, курантил, ибустрин)
- Ангиопротекторы (венорутон, троксевазин, троксерутин, детралекс)
- Спазмолитики
- Гипербарическая оксигенация
- Электрофорез с кальция хлоридом, лидазой

Бициллинопрофилактика

- **Бициллин 5 (1,5млн ЕД) или ретарпен (2,4млн ЕД)**
- При частых рецидивах целесообразен метод непрерывной (круглогодичной) профилактики на протяжении 2-3 лет с интервалом введения препарата 3 недели
- 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

Диспансеризации подлежат:

- 1. Лица, имеющие частые, не менее 3 за последний год, рецидивы;
- 2. Лица с выраженным сезонным характером рецидивов;
- 3. Лица, имеющие прогностически неблагоприятные остаточные явления при выписке из стационара (инфильтрация кожи, стойкий отек, лимфостаз, лимфаденит)



**Благодарю
за внимание!**