

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-
Ясенецкого Минздрава России

Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО

Зав. кафедрой: ДМН, Профессор. Тихонова Е.П

Руководитель ординатуры: КМН, доцент. Кузьмина. Т Ю

Реферат: Рожа

Проверено
зав.-к.м.н. Кузьмина Т.Ю.
Т.Ю.

Выполнила: ординатор 2 года.

Пасечник. П.В



План

1. определение
2. Этиология и патогенез
- 3.Классификация
4. Клиническая картина, Диагностика
5. осложнения и последствия
6. Лечение
7. Профилактика
- 8 Литература

Рожа – инфекционная болезнь человека, вызываемая β -гемолитическим стрептококком группы А и протекающая в острой (первичной) или хронической (рецидивирующей) форме с выраженными симптомами интоксикации и очагового серозного или серозно-геморрагического воспаления кожи и слизистых оболочек.

2. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Заболевание вызывают различные виды стрептококка. Оно относится к категории контагиозных заболеваний. Микрофлора, вызывающая рожу, проникает в кожу из внешней среды. Гематогенный путь заражения наблюдается очень редко.

В области проникновения инфекции возникает очаг воспаления непосредственно в самой коже. Образуется экссудат, содержащий нейтрофилы, по ходу кровеносных и лимфатических капилляров. Воспаление распространяется дальше по коже. Такие изменения характерны для эритематозной формы рожи.

Если с развитием патологического процесса эпидермис отслаивается, образуются волдыри (буллы), и возникает буллезная форма заболевания. Содержимым булл является серозное, реже геморрагическое вещество, содержащее большое количество возбудителя – стрептококка.

Прогрессирование заболевания, сопровождающееся гнойной инфильтрацией, приводит к образованию флегмоны подкожной жировой клетчатки (флегмонозная форма рожи).

В дальнейшем развитие воспаления в коже вызывает нарушение кровообращения, тромбоз сосудов, некроз кожи и глубоко расположенных тканей (гангренозная форма).

Возбудителем заболевания является гемолитический стрептококк группы А, ничем не отличающийся от возбудителей других стрептококковых заболеваний (ангина, тонзиллит, ринит и др.), который проникает через небольшие повреждения кожи (местное внедрение), или гематогенным путем.

Рожа -- широко распространённая стрептококковая инфекция мягких тканей. Рожистое воспаление может вызвать любой серовар бета-гемолитического стрептококка группы А. Стрептококки относительно устойчивы к условиям внешней среды.

Спорадический рост заболеваемости наблюдается в летне-осенний период.

Провоцирующие факторы:

- нарушения целостности кожных покровов (ссадины, царапины, расчёсы, уколы, потёртости, трещины и др.);
- ушибы;
- резкая смена температуры (переохлаждение, перегревание);
- инсоляция;
- эмоциональные стрессы.

Предрасполагающие факторы:

- фоновые (сопутствующие) заболевания: микозы стоп, сахарный диабет, ожирение, хроническая венозная недостаточность (варикозная болезнь вен), хроническая (приобретённая или врождённая) недостаточность лимфатических сосудов (лимфостаз), экзема и др.;
- наличие очагов хронической стрептококковой инфекции: тонзиллит, отит, синусит, кариес, пародонтоз, остеомиелит, тромбоз, трофические язвы (чаще при роже нижних конечностей);
- профессиональные вредности, связанные с повышенной травматизацией, загрязнением

кожных покровов, ношением резиновой обуви и др.:

- хронические соматические заболевания, вследствие которых снижается противомикробный иммунитет (чаще в пожилом возрасте).

Источником инфекции является больной любой формой стрептококковой инфекции или стрептококконоситель. Отмечается особая избирательная восприимчивость или предрасположенность к роже. Некоторые люди болеют многократно, так как формирующийся иммунитет нестойкий. Проникают стрептококки в организм через небольшие повреждения кожи и слизистых. Возможно экзогенное инфицирование (загрязненные инструменты, перевязочный материал), а также из хронических стрептококковых очагов инфекции (например, у больных с хроническим тонзиллитом). При этом решающее значение имеет состояние реактивности организма, обуславливающее широкие колебания восприимчивости к инфекционным возбудителям, в частности к стрептококкам.

Стрептококки и их токсины, всасываясь, в месте внедрения вызывают развитие воспалительного процесса, который проявляется отёком, эритемой, клеточной инфильтрацией кожи и подкожной клетчатки. При этом часто отмечается ломкость сосудов, приводящая к точечным кровоизлияниям.

В возникновении рецидивов рожи на одном и том же месте имеют значение аллергическая перестройка и сенсibilизация кожи к гемолитическому стрептококку. Снижение общей резистентности организма способствует присоединению сопутствующей микробной флоры, прогрессированию процесса и осложнению рожи. Однако в последние годы выяснено, что важную роль в патогенезе рожи у перенесших первичную и особенно повторную и рецидивирующую рожу имеет стафилококковая флора, что необходимо учитывать при назначении лечения.

Клиническая классификация рожи

По кратности течения:

- первичная;
- повторная (при повторении заболевания через два года и более после первичного заболевания или в более ранние сроки, но при иной локализации процесса);
- рецидивирующая (рецидивы возникают в период от нескольких дней до 2-х лет при одной и той же локализации процесса. Часто рецидивирующая рожа – 3 рецидива и более в год при одной и той же локализации процесса). Ранние рецидивы рожи возникают в первые 6 месяцев от начала болезни, поздние – после 6 месяцев.

По характеру местных проявлений:

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

По локализации местного процесса:

- лица;
- волосистой части головы;
- верхних конечностей (по сегментам);
- нижних конечностей (по сегментам);

- туловища;
- половых органов.

По степени тяжести:

- лёгкая (I);
- среднетяжёлая (II);
- тяжёлая (III).

По распространённости местных проявлений:

- локализованная (местный процесс захватывает одну анатомическую область (например, голень или лицо));
- распространённая (мигрирующая) (местный процесс захватывает несколько смежных анатомических областей);
- метастатическая с возникновением отдалённых друг от друга очагов воспаления (например, голень, лицо и т.д.).

Клиника и ДИАГНОСТИКА

Жалобы:

- повышение температуры тела до 38 - 40°C;
- озноб;
- головная боль;
- слабость, недомогание;
- мышечные боли;
- тошнота, рвота;
- парестезии, чувство распирания или жжения, неинтенсивные боли, покраснение в области кожи.

Анамнез:

- острое начало болезни.

Физикальное обследование:

Эритематозная форма рожи:

- эритема (четко отграниченный участок гиперемизированной кожи с неровными границами в виде зубцов, языков пламени, «географической карты»);
- инфильтрация, напряжение кожи, умеренная болезненность при пальпации (больше по периферии), местное повышение температуры в области эритемы;
- "периферический валик" в виде инфильтрированных и возвышающихся краев эритемы;
- отек кожи, распространяющийся за пределы эритемы;
- региональный лимфаденит, болезненность при пальпации в области региональных лимфоузлов, лимфангит;
- преимущественная локализация местного воспалительного процесса на нижних конечностях и лице;
- отсутствие выраженных болей в очаге воспаления в покое.

Эритематозно-буллезная форма рожи:

- пузыри (буллы) на фоне рожистой эритемы (см. выше).

Эритематозно-геморрагическая форма рожи:

- кровоизлияния различных размеров (от небольших петехий до обширных сливных

геморрагий) в кожу на фоне рожистой эритемы (см. выше).

Буллезно-геморрагическая форма рожи:

- пузыри (буллы) разных размеров на фоне рожистой эритемы, заполненные геморрагическим или фибринозно-геморрагическим экссудатом;
- обширные кровоизлияния в кожу в области эритемы.

Легкая (I) форма:

- субфебрильная температура тела, слабо выражены симптомы интоксикации, длительность лихорадочного периода 1-2 дня;
- локализованный (чаще эритематозный) местный процесс.

Среднетяжелая (II) форма:

- повышение температуры тела до 38 – 40°C, длительность лихорадочного периода 3-4 дня, умеренно выражены симптомы интоксикации (головная боль, озноб, мышечные боли, тахикардия, гипотония, иногда тошнота, рвота);
- локализованный или распространенный процесс, захватывающий две анатомические области.

Тяжелая (III) форма:

- температура тела 40°C и выше, длительность лихорадочного периода более 4-х дней, выражены симптомы интоксикации (адинамия, сильная головная боль, повторная рвота, иногда бред, спутанность сознания, изредка явления менингизма, судороги, значительная тахикардия, гипотония);
- выраженный местный процесс, нередко распространенный, часто с наличием обширных булл и геморрагий, даже при отсутствии резко выраженных симптомов интоксикации и гипертермии.

Лабораторные исследования

- общий анализ крови (ОАК): умеренный лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом формулы влево, умеренное повышение скорости оседания эритроцитов (СОЭ);
- общий анализ мочи (ОАМ): в тяжелых случаях – олигурия и протеинурия, в осадке мочи – эритроциты, лейкоциты, гиалиновые и зернистые цилиндры;
- С-реактивный белок: повышение содержания;
- биохимический анализ крови (по показаниям): определение содержания общего белка, альбумина, электролитов (калий, натрий), глюкозы, креатинина, мочевины, остаточного азота);
- коагулограмма: при нарушениях в сосудисто-тромбоцитарном, протромбиновом, фибринолитическом звеньях у больных с тяжелыми геморрагическими формами рожи – определение времени свертывания крови, активированного частичного тромбoplastинового времени, протромбинового индекса или отношения, фибриногена, тромбинового времени.

Осложнения рожи:

- местные (абсцесс, флегмона, некроз, флебит, периаденит и др.);
- общие (сепсис, ИТШ, тромбоэмболия лёгочной артерии, нефрит и др.).

Последствия рожи:

- стойкий лимфостаз (лимфатический отёк, лимфедема);
 - вторичная слоновость (фибронедема).
- В развернутом клиническом диагнозе указывается наличие сопутствующих заболеваний

Лечение

Немедикаментозное лечение

Постельный режим – до нормализации температуры, при поражении нижних конечностей – в течение всего периода заболевания.

Диета: общий стол (№ 15. При наличии сопутствующей патологии (сахарный диабет, заболевание почек и др.) назначают соответствующую диету.

При средней степени тяжести инфекционного процесса больным – обильное питье из расчета 20-40 мл/кг.

При тяжелой степени инфекционного процесса – парентеральное введение изотонических (0,9% раствор хлорида натрия, 400; 0,5% раствора декстрозы, 400,0 и др.) и коллоидных (меглюмина натрия сукцинат, 400,0) растворов в соотношении 3-4:1 в общем объеме 1200-1500 мл в течение 3-5 дней.

Медикаментозное лечение

Этиотропная терапия. При лечении больных в условиях поликлиники целесообразно назначать один из нижеперечисленных антибиотиков:

· бензилпенициллина натриевая соль 1 000000 ЕД х 6 раз/сутки. в/м, 7-10 дней

или

· амоксициллин/клавуланат внутрь по 0,375- 0,625 г через 2-3/раз в сутки 7-10 дней

или макролиды:

· эритромицин внутрь по 250-500 мг 4 раза/сутки 7-10 дней

· азитромицин внутрь – в 1-й день по 0,5 г, затем в течение 4 дней – по 0,25 г один раз в день (или по 0,5 г в течение 5 дней)

или

· спирамицин внутрь – по 3 млн. МЕ два раза в сутки (курс лечения 7-10 дней)

· рокситромицин внутрь – по 0,15 г два раза в день (курс лечения 7-10 дней)

или фторхинолоны:

· левофлоксацин внутрь – по 0,5 г (0,25 г) 1-2 раза в день (курс лечения 7-10 дней)

При непереносимости антибиотиков классов пенициллина и цефалоспоринов используются один из антибиотиков других классов (макролиды, тетрациклины, сульфаниламиды и ко-тримоксазол, рифамицины).

Препараты резерва для лечения тяжелых форм рожи – карбапенемы (имипенем, меропенем), гликопептиды (ванкомицин, тейкопланин).

Патогенетическая терапия:

Нестероидные противовоспалительные препараты (противопоказаны при геморрагических формах рожи):

· индометацин по 0,025 г 2-3 раза в сутки, внутрь, в течение 10-15 дней

· диклофенак по 0,025 г 2-3 раза в сутки, внутрь, в течение 5-7 дней

· нимесулид по 0,1 г 2-3 раза в сутки, внутрь, в течение 7-10 дней

· ибупрофен по 0,2г, 2-3 раза в сутки, внутрь в течение 5-7 дней

Симптоматическая терапия при лихорадке, один из нижеперечисленных препаратов:

· ибупрофен 200 мг, 400 мг. внутрь

· парацетамол 500 мг, внутрь

Десенсибилизирующая терапия:

- хлоропирамин внутрь по 0,025 г 3-4 раза в сутки
- цетиризин внутрь по 0,005-0,01г 1 раз в сутки, 5-7 дней
- лоратадин по 0,01г внутрь 1 раз в сутки

Лечение рецидивирующей формы рожи проводится в условиях стационара.

Обязательное назначение резервных антибиотиков, не применявшихся при лечении предыдущих рецидивов – цефалоспорины:

- цефазолин 1,0 г 3-4 раза в сутки, 10 дней;

или

- цефтриаксон 1,0 - 2,0г x 2 раза/сут., в/м, в/в, 10 дней;

или

- цефуроксим по 0,75-1,5 г 3 раза в сутки в/м, в/в, 10 дней;

или

- цефотаксим по 1-2 г 2-4 раза в сутки, в/в, в/м, 10 дней.

При часто рецидивирующей роже 2 курса лечения:

1 курс: цефалоспорины (10 дней), перерыв 3-5 дня,

2 курс: антибиотики бактериостатического действия (препарат выбора – антибиотики ряда линкозамидов: линкомицин по 0,6-1,2г 1 – 2 раза в день внутримышечно или по 0,5 г внутрь три раза в день или другие). 7 дней.

Глюкокортикостероиды назначаются при упорно рецидивирующей рожей, с развитием лимфостаза: преднизолон внутрь, по 30 мг в сутки с постепенным ее снижением суточной дозы (курсовая доза 350-400 мг)

Для улучшения микроциркуляции и реологических свойств крови, с антиагрегантной целью (с учетом показателей коагулограммы):

- пентоксифиллин 2% р-р 100 мг/5 мл, 100 мг в 20-50 мл 0,9% натрия хлорида, в/в курс от 10 дней до 1 месяца

или

- гепарин подкожно (через каждые 6 часов) 50-100 ЕД/кг/сутки 5-7 дней ;

или

- варфарин 2,5-5 мг/сут, внутрь;

или

- эноксапарин натрия 20-40 мг 1 раз/сутки п/к.

Глюкокортикостероиды назначаются при упорно рецидивирующей рожей, с развитием лимфостаза: преднизолон внутрь, по 30 мг в сутки с постепенным ее снижением суточной дозы (курсовая доза 350-400 мг)

Для улучшения микроциркуляции и реологических свойств крови, с антиагрегантной целью (с учетом показателей коагулограммы):

- пентоксифиллин 2% р-р 100 мг/5 мл, 100 мг в 20-50 мл 0,9% натрия хлорида, в/в курс от 10 дней до 1 месяца

или

- гепарин подкожно (через каждые 6 часов) 50-100 ЕД/кг/сутки 5-7 дней

- варфарин 2,5-5 мг/сут, внутрь;

или

- эноксапарин натрия 20-40 мг 1 раз/сутки п/к.

Хирургическое вмешательство

В остром периоде при эритематозно-буллезной форме рожистого воспаления:

· вскрытие неповрежденных пузырей, удаление экссудата, наложение повязки с жидкими антисептиками (0,02% раствор фурацилина, 0,05% раствор хлоргексидина, 3% раствор перекиси водорода).

При обширных мокнущих эрозиях:

· местное лечение – марганцевые ванны для конечностей, затем наложение повязки с жидкими антисептиками.

При гнойно-некротических осложнениях рожистого воспаления:

· хирургическая обработка раны – иссечение некротизированных тканей, наложение повязки с жидкими антисептиками.

Категорически противопоказаны мазевые повязки (ихтиоловая мазь, бальзам Вишневского, мази с антибиотиками) в острый период болезни.

Другие виды лечения

Физиолечение

Субэритемные дозы УФО на область воспаления и токи ультразвуковой частоты на область региональных лимфатических узлов (5-10 процедур);

Метод низкомощной лазеротерапии с противовоспалительной целью, для нормализации микроциркуляции в очаге воспаления, восстановления реологических свойств крови, усиления репаративных процессов от 2 до 12 сеансов, с интервалами 1-2 суток.

Профилактические мероприятия

первичная профилактика:

· информирование пациента по предупреждению микротравм, опрелостей, переохлаждений, тщательное соблюдение личной гигиены, грибковых и гнойничковых заболеваний кожи.

Вторичная профилактика (рецидивов и осложнений):

· своевременная и полноценная этиотропная и патогенетическая терапия первичного заболевания и рецидивов;

· лечение выраженных остаточных явлений – эрозии, сохраняющейся отечности в области местного очага, последствий рожи (стойкого лимфостаза, слоновости);

· лечение длительно и упорно протекающих хронических заболеваний кожи, приводящих к нарушению ее трофики и появлению входных ворот для инфекции;

· лечение очагов хронической стрептококковой инфекции (хронических тонзиллитов, синуситов, отитов и др.);

· лечение нарушений лимфо- 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);

· бициллинопрофилактика

Профилактическое введение бициллина-5 осуществляется в дозе 1500000 ЕД 1 раз в 3-4 недели реконвалесцентам после полноценной терапии рожи в остром периоде болезни. Перед его введением за 15-20 минут для предупреждения аллергических осложнений

рекомендуется инъекция десенсибилизирующих препаратов.

Существуют следующие методы бициллинопрофилактики:

- круглогодичная (при частых рецидивах) на протяжении 2-3 лет с интервалом введения препарата 3 недели (в первые месяцы интервал может быть сокращен до 2 недель);
- сезонная (в течение 4 месяцев три сезона). Препарат начинают вводить за месяц до начала сезона заболеваемости;
- однокурсовая для предупреждения ранних рецидивов на протяжении 4-6 месяцев после перенесенного заболевания.

Список литературы

1. Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. — М., 2009. — С. 441-453.
2. Рожь: Клинические протоколы МЗ РК // Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК. — 2016.
3. «Инфекционные болезни и эпидемиология» В.И Покровский, 2007

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Институт последипломного образования

Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО

Рецензия КМН, доцента кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО Кузьминой Татьяны Юрьевны на реферат ординатора 2 года обучения специальности «инфекционные болезни» Пасечник Полины Владимировны
По теме *Рожа*

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1) структурированность	+
2) наличие орфографических ошибок	нет
3) соответствие текста реферата по теме	соответствует
4) владение терминологией	владеет
5) полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	малая раскрыта
6) логичность доказательной базы	+
7) умение аргументировать основные положения и выводы	+
8) круг использования известных научных источников	+
9) умение сделать общий вывод	+
10) актуальность	актуальна

Итоговая оценка: положительная/отрицательная
Комментарий рецензента —

Дата: 27.10.22

Подпись рецензента

Подпись ординатора

Т.Ю. Кузьмина
П.В. Пасечник