Р о ж а

Клиника, диагностика и лечение

Рожа

Рожа - инфекционное заболевание, характеризующееся появлением на коже или слизистых оболочках очагов чётко отграниченного острого серозного или серозно-геморрагического воспаления, лихорадкой и явлениями общей интоксикации.
Болезнь склонна к рецидивирующему течению.

Краткие исторические сведения

Рожа известна со времён глубокой древности. В трудах античных авторов она описана под названием erysipelas (греч. erythros - красный + лат. pellis - кожа).

Вопросам клиники, дифференциальной диагностики и лечения рожи посвящены работы Гиппократа, Цельсия, Галена, Абу Али Ибн Сины. Во второй половине XIX века Н.И. Пирогов и И. Земмельвейс описали вспышки рожи в хирургических госпиталях и родильных домах, считая заболевание высоко контагиозным.

В 1882 г. И. Фелейзен впервые получил чистую культуру стрептококка от больного рожей. В результате последующего изучения эпидемиологических особенностей и патогенетических механизмов, успехов химиотерапии рожи сульфаниламидами и антибиотиками представления о заболевании изменились, его стали относить к разряду спорадических малоконтагиозных инфекций.

Этиология

- β – гемолитический стрептококк группы А (род Streptococcus) Гр-положительный, обладает сложным набором антигенов, токсинов и ферментов.
- Спор не образует, имеет капсулу, трансформируется в L-формы, которые способны персистировать в организме (сохраняясь в клетках МФС костного мозга, лимфатических узлов, дермы).

Этиология

- М – протеин (компонент поверхностного белкового слоя клеточной стенки стрептококка – угнетает фагоцитоз и типоспецифическую опсонизацию);
- Стрептолизины О и S;
- Стрептококковые экзотоксины;
- Стрептокиназа;
- С – 5а – пептидаза;
- Липотейхоевая кислота, гиалуронидаза, протеза и др. клеточные и внеклеточные продукты стрептококка.

Клиническая классификация рожи

- **По характеру местных проявлений:**

  а) эритематозная;
  б) эритематозно-буллезная;
  в) эритематозно-геморрагическая;
  г) буллезно-геморрагическая.

- **По степени интоксикации (тяжести течения):**

  I - легкая;
  II - среднетяжелая;
  III - тяжелая.

- **По кратности течения:**

  а) первичная;
  б) повторная (возникающая через 2 года, иная локализация процесса)
  в) рецидивирующая.

При наличии не менее трех рецидивов рожи за год целесообразно определение "часто рецидивирующая рожа".

Клиническая классификация рожи

- **По распространенности местных проявлений:**
  а) локализованная рожа;
  б) распространенная (мигрирующая) рожа;
  в) метастатическая рожа с появлением отдаленных друг от друга очагов воспаления.
- **Осложнения рожи:**
  а) местные;
  б) общие.
- **Последствия рожи:**
  а) стойкий лимфостаз (лимфатический отек, лимфедема);
  б) вторичная слоновость (фибредема).

Клиническая классификация рожи

Рожа протекает обычно на фоне выраженной сенсибилизации к b-гемолитическому стрептококку, сопровождается формированием фиксированных иммунных комплексов в дерме, в том числе и периваскулярно.

Инфекционно-аллергический и иммунокомплексный механизмы воспаления при роже обусловливают его серозный или серозно-геморрагический характер.

Присоединение гнойного воспаления свидетельствует об осложненном течении болезни.

Клиническая классификация рожи

Больные рожей малоконтагиозны.

В отличие от других стрептококковых инфекций рожа характеризуется отчетливой летне-осенней сезонностью.

В последние годы отмечается увеличение числа случаев геморрагической рожи, для которой характерны медленная репарация тканей в очаге воспаления, тенденция к затяжному (хроническому) течению инфекционного процесса, большая частота осложнений.

Патогенез рожи

Патогенез и эпидемиология первичной и рецидивирующей рожи неоднозначны. В связи со значительным распространением стрептококков во внешней среде, источник инфекции при роже редко выявляется.

Для первичной и повторной рожи характерен экзогенным путь заражения: стрептококк проникает в кожу или слизистые оболочки через трещины, опрелости, различные микротравмы.

Источником инфекции при экзогенном пути заражения могут быть как больные разнообразными стрептококковыми инфекциями, так и здоровые бактерионосители стрептококка.

Наряду с основным, контактным механизмом передачи инфекции, возможен воздушно-капельный путь с первичным инфицированием носоглотки и последующим заносом ГСА на кожу руками, а также лимфогенным и гематогенным путями.

Патогенез рожи

При рецидивирующей роже стрептококк распространяется лимфогенно или гематогенно из очагов инфекции в самом организме: фарингит, синусит, отит и др. (эндогенный путь).

При частых рецидивах рожи в коже и регионарных лимфоузлах формируется очаг хронической инфекции (L-формы ГСА).

Под влиянием различных провоцирующих факторов - переохлаждения, перегревания, травм, эмоциональных стрессов - происходит реверсия L-форм в бактериальные формы стрептококка, которые вызывают рецидивы заболевания.

При редких и поздних рецидивах рожи возможна реинфекция и суперинфекция новыми штаммами (М-типы) ГСА.

Патогенез рожи

В развитии рожи важное значение имеет наличие общей и местной предрасположенности организма к заболеванию, что клинически проявляется многократным рецидивированием болезни у отдельных лиц, причем местный воспалительный очаг при этом, обычно, имеет одну и ту же локализацию.

В 10-12% случаев отмечается наследственная предрасположенность к заболеванию.

Предрасположенность к роже имеет, вероятно, врожденный характер и представляет собой один из вариантов генетически детерминированной реакции (гиперчувствительность IV типа) организма к ГСА.

Очевидно, генетическая предрасположенность к роже в ряде случаев реализуется лишь в пожилом возрасте (чаще у женщин), на фоне повторной сенсибилизации к ГСА и к его клеточным и внеклеточным продуктам (факторам вирулентности) при наличии определенных патологических состояний, в том числе связанных с инволюционным процессом.

Патогенез рожи

В настоящее время в возрасте до 18 лет регистрируются лишь единичные случаи рожи, с 20 лет заболеваемость возрастает, причем в возрастном интервале от 20 до 30 лет мужчины болеют чаще, чем женщины, что связано с преобладанием первичной рожи и профессиональным фактором (работа, связанная с частой микротравматизацией и загрязнением кожи, а также резкими сменами температуры).

В целом основная масса больных рожей в возрасте 50 лет и старше (70% всех случаев и более), женщины рожей болеют чаще (до 60% всех случаев заболевания).

Провоцирующие факторы при развитии рожи

- Нарушение целостности кожных покровов (ссадины, уколы, трещины, и др.);
- Ушибы, травмы участка тела (без повреждения целостности кожи);
- Резкая смена температуры (переохлаждение, перегревание);
- Эмоциональные стрессы;
- Гиперинсоляция.

Предрасполагающие факторы при развитии рожи

- Фоновые (сопутствующие) заболевания: микозы стоп, сахарный диабет, ожирение, варикозная болезнь вен, хроническая недостаточность лимфатических сосудов, экземы и др.;
- Очаги хронической стрептококковой инфекции: тонзиллит, отит, синусит, кариес, парадантоз, остеомиелит, язвы;
- Профессиональные вредности, связанные с повышенной травматизацией и др.;
- Хронические соматические заболевания, приводящие к снижению состояния противоинфекционного иммунитета.

Патогенез

- Внедрение ГСА в кожу в результате ее повреждения (при первичной роже) или путем инфицирования из очага дремлющей инфекции (при часто рецидивирующей форме болезни). Эндогенное распространение инфекции может происходить и непосредственно из очага самостоятельного заболевания стрептококковой этиологии (фарингит, синусит, отит и др.). Размножение и накопление ГСА в лимфатических капиллярах дермы, что соответствует инкубационному периоду заболевания.

Патогенез

- Развитие бактериемии, токсемии, что приводит к возникновению симптомов интоксикации (острое начало болезни с повышения температуры, озноба, слабости и др.).
- Развитие местного очага инфекционно-аллергического воспаления кожи с участием иммунокомплексного процесса (формируются периваскулярно расположенные иммунные комплексы, содержащие С-3 фракцию комплемента).
- Нарушение капиллярного лимфообращения в коже и микроциркуляции с формированием лимфостаза, возможным образованием геморрагии и пузырей с серозным и геморрагическим содержимым.

Патогенез

- Формирование очагов хронической стрептококковой инфекции и коже и регионарных лимфоузлах с наличием бактериальных и L-форм стрептококка, что приводит у части больных к развитию рецидивов заболевания (хроническому течению рожи).
- Элиминация бактериальных форм ГСА с помощью фагоцитоза и образования иммунных комплексов и других иммунных механизмов и выздоровление больного.

Патогенез часто рецидивирующей рожи

- Формирование стойкого очага стрептококковой инфекции в организме больного (L-формы);
- Снижение функционального состояния нейтрофилов (микрофагов дермы);
- Изменение функционального состояния клеточного и гуморального иммунитета;
- Высокий уровень аллергизации (ГПЗТ) к ГСА и его клеточным и внеклеточным продуктам;
- Дисбаланс в системе гуморальной реакции, проявляющийся недостаточностью глюкокортико-стероидов и избытком минералокортикойодов.

Клиническая картина рожи

Инкубационный период - от нескольких часов до 3 - 5 дней. У больных с рецидивирующим течением рожи развитию очередного приступа заболевания часто предшествуют переохлаждение, стресс. В подавляющем большинстве случаев заболевание начинается остро.

Начальный период болезни характеризуется быстрым развитием симптомов интоксикации, которые более чем у половины больных (обычно при локализации рожи на нижних конечностях) на срок от нескольких часов до 1 - 2 сут опережают возникновение местных проявлений болезни.

Отмечаются головная боль, общая слабость, озноб, мышечные боли. У больных появляются тошнота и рвота. Уже в первые часы болезни температура повышается до 38 - 40°С.

На участках кожи в области будущих локальных проявлений у ряда больных появляются парестезии, чувство распирания или жжения, неинтенсивные боли. Нередко возникают также боли в области увеличенных регионарных лимфатических узлов.

Клиническая картина рожи

Разгар заболевания наступает в сроки от нескольких часов до 1 - 2 сут после первых проявлений болезни.

Достигают своего максимума общетоксические проявления и лихорадка. Возникают характерные местные проявления рожи. Чаще всего воспалительный процесс локализуется на нижних конечностях (60 - 70%), реже на лице (20 - 30%) и верхних конечностях (4 - 7%), очень редко лишь на туловище, в области молочной железы, промежности, наружных половых органов.

При своевременно начатом лечении и неосложненном течении рожи длительность лихорадки обычно не превышает 5 сут. У 10 - 15% больных лихорадка сохраняется дольше 7 сут, что наблюдается обычно при распространенном процессе и недостаточно полноценной этиотропной терапии. Наиболее длительный лихорадочный период отмечают при буллезно-геморрагической роже.

Клиническая картина рожи

Период реконвалесценции. Нормализация температуры и исчезновение симптомов интоксикации наблюдаются при роже раньше, чем исчезновение местных проявлений. Острые местные проявления болезни сохраняются до 5 - 8 сут, при геморрагических формах - до 12 - 18 сут и более.

К остаточным явлениям рожи, сохраняющимся на протяжении нескольких недель и месяцев, относятся пастозность и пигментация кожи, застойная гиперемия на месте угасшей эритемы, плотные сухие корки на месте булл, отечный синдром.

Неблагоприятное прогностическое значение (вероятность развития раннего рецидива) имеют сохраняющиеся увеличенные и болезненные лимфатические узлы, инфильтраты кожи в области угасшего очага воспаления, субфебрильная температура, длительное сохранение лимфатического отека (лимфостаза), который следует рассматривать как раннюю стадию вторичной слоновости.

Гиперпигментация участков кожи на нижних конечностях у больных, перенесших буллезно-геморрагическую рожу, может сохраняться пожизненно.

Клиническая картина рожи

Эритематозная рожа может быть как самостоятельной клинической формой рожи, так и начальной стадией развития других форм рожи.

На коже появляется небольшое красное или розовое пятно, которое в течение нескольких часов превращается в характерную рожистую эритему.

Эритема представляет собой четко отграниченный участок гиперемированной кожи с неровными границами в виде зубцов, языков. Кожа в области эритемы инфильтрирована, напряжена, горячая на ощупь, умеренно болезненная при пальпации (больше по периферии эритемы).

В ряде случаев можно обнаружить "периферический валик" в виде инфильтрированных и возвышающихся краев эритемы.

Наряду с гиперемией и инфильтрацией кожи развивается ее отек, распространяющийся за пределы эритемы.

Клиническая картина рожи

Эритематозно-буллезная рожа развивается в сроки от нескольких часов до 2 - 5 суток на фоне рожистой эритемы.

Развитие пузырей связано с повышенной экссудацией в очаге воспаления и отслойкой эпидермиса от дермы скопившейся жидкостью. При повреждении поверхностей пузырей или их самопроизвольном разрыве происходит истечение экссудата, нередко в большом количестве на месте пузырей возникают эрозии. При сохранении целостности пузырей они постепенно ссыхаются с образованием желтых или коричневых корок.

Эритематозно-геморрагическая рожа развивается на фоне эритематозной рожи в сроки 1 - 3 сут от начала заболевания, иногда позднее. Появляются кровоизлияния различных размеров - от небольших петехий до обширных сливных геморрагий, иногда на протяжении всей эритемы.

Клиническая картина рожи

Эритематозная рожа
Эритематозно-геморрагическая рожа

Клиническая картина рожи

Эритематозно-геморрагическая рожа нижней конечности

Клиническая картина рожи

Клиническая картина рожи

Буллезно-геморрагическая рожа трансформируется из эритематозно-буллезной или эритематозно-геморрагической формы и возникает в результате глубокого повреждения капилляров и кровеносных сосудов сетчатого и сосочкового слоев дермы.

Буллезные элементы заполняются геморрагическим и фиброзно-геморрагическим экссудатом, возникают обширные кровоизлияния в кожу в области эритемы. Образовавшиеся пузыри бывают разных размеров, имеют темную окраску с просвечивающими желтыми включениями фибрина.

Пузыри могут содержать и преимущественно фибринозный экссудат. Возможно появление обширных уплощенных пузырей, плотных при пальпации вследствие значительного отложения в них фибрина. У больных с активной репарацией в очаге поражения на месте пузырей быстро образуются бурые корки. В других случаях покрышки пузырей разрываются и отторгаются вместе со сгустками фибринозно-геморрагического содержимого, обнажая эрозированную поверхность.

У большинства больных происходит ее постепенная эпителизация. При значительных кровоизлияниях в дно пузыря и толщу кожи возможно развитие некроза, иногда с присоединением вторичного нагноения, образованием язв.

Клиническая картина рожи

Буллезно-геморрагическая рожа нижней конечности

Клиническая картина рожи

Буллезно-геморрагическая рожа нижней конечности

Буллезно-геморрагическая рожа нижней конечности

Клиническая картина рожи

Некроз кожи при буллезно-геморрагической роже

Клиническая картина рожи

Критериями тяжести рожи являются выраженность интоксикации и распространенность местного процесса.

К легкой (I) форме рожи относятся случаи с незначительной интоксикацией, субфебрильной температурой, локализованным (чаще эритематозным) местным процессом.

Среднетяжелая (II) форма заболевания характеризуется выраженной интоксикацией. Отмечаются общая слабость, головная боль, озноб, мышечные боли, иногда тошнота, рвота, повышение температуры до 38 - 40°С, тахикардия, почти у половины больных - гипотензия. Местный процесс может иметь как локализованный, так и распространенный (захватывает две анатомические области) характер.

К тяжелой (III) форме рожи относятся случаи болезни с сильно выраженной интоксикацией: интенсивной головной болью, повторной рвотой, гипертермией (выше 40°С), иногда затмением сознания, явлениями менингизма, судорогами. Отмечаются значительная тахикардия, часто гипотензия, у лиц пожилого и старческого возраста при поздно начатом лечении возможно развитие острой сердечно-сосудистой недостаточности. Распространенную буллезно-геморрагическую рожу с обширными пузырями следует считать тяжелой и при отсутствии резко выраженного токсикоза и гипертермии.

Рожа

Клиническая картина рожи

При различной локализации рожи клиническое течение болезни и ее прогноз имеют свои особенности. Рожа нижних конечностей - самая распространенная локализация болезни (60 - 70%).

Характерны геморрагические формы болезни с развитием обширных геморрагий, больших пузырей с последующим образованием эрозий, других дефектов кожи.

Для данной локализации процесса наиболее типичны поражения лимфатической системы в виде лимфангитов, периаденитов, хронически-рецидивирующее течение заболевания.

Последнему во многом способствуют фоновые сопутствующие состояния - хроническая венозная недостаточность, первичные нарушения лимфообращения, микозы и др.

Клиническая картина рожи

Буллезно-геморрагическая рожа нижней конечности

Клиническая картина рожи

Периаденит в области паховых лимфатических узлов при роже голени

Клиническая картина рожи

Рожа лица (20 - 30%) обычно наблюдается при первичной и повторной формах болезни. При ней относительно редко имеет место часто рецидивирующее течение болезни. При своевременно начатом лечении рожа лица протекает легче, чем рожа других локализаций. Нередко ей предшествуют ангины, острые респираторные заболевания, обострения хронических синуситов, отитов, кариес.

Рожа верхних конечностей (5 - 7%), как правило, возникает на фоне послеоперационного лимфостаза (слоновости) у женщин, оперированных по поводу опухоли молочной железы. Рожа этой локализации у женщин имеет склонность к рецидивирующему течению.

Буллезно-геморрагическая рожа

Эритематозно-геморрагическая рожа

Эритематозно-геморрагическая рожа лица

Клиническая картина рожи

Эритематозно-буллезная рожа лица

Клиническая картина рожи

Рецидивы при роже могут быть поздними (возникают спустя год и более после предыдущей вспышки рожи с той же локализацией местного воспалительного процесса), сезонными (возникают ежегодно на протяжении многих лет, чаще всего в летне-осенний период).

Поздние и сезонные рецидивы болезни, являясь обычно результатом реинфекции, по клиническому течению не отличаются от типичной первичной рожи, хотя и протекают на фоне стойкого лимфостаза, других последствий предыдущих вспышек болезни.

Клиническая картина рожи

Ранние и частые рецидивы (3 рецидива за год и более) являются обострениями хронически протекающего заболевания.

Более чем у 70% больных часто рецидивирующая рожа протекает на фоне разных сопутствующих состояний, сопровождающихся нарушениями трофики кожи, снижением ее барьерных функций, местным иммунодефицитом. К их числу относятся первичные лимфостаз и слоновость различной этиологии, хроническая венозная недостаточность (посттромбофлебитический синдром, варикозная болезнь), грибковые поражения кожи, опрелость и др.

Определенное значение для формирования рецидивирующей рожи имеют хроническая ЛОР-инфекция, сахарный диабет, ожирение.

Сочетание двух - трех перечисленных фоновых заболеваний существенно увеличивает возможность частых рецидивов болезни, а лица, ими страдающие, составляют группу риска.

Клиническая картина рожи

Осложнения рожи, преимущественно местного характера, наблюдаются у 5 - 8% больных.

К местным осложнениям рожи относят абсцессы, флегмоны, некрозы кожи, пустулизацию булл, флебиты, тромбофлебиты, лимфангиты, периадениты. Наиболее часто осложнения возникают у больных буллезно-геморрагической рожей.

При тромбофлебитах чаще поражаются подкожные и реже - глубокие вены голени. Лечение данных осложнений необходимо проводить в гнойных хирургических отделениях.

К общим осложнениям, развивающимся у больных рожей достаточно редко, относятся сепсис, токсико-инфекционный шок, острая сердечно-сосудистая недостаточность, тромбоэмболия легочной артерии и др.

Клиническая картина рожи

Клиническая картина рожи

К последствиям рожи относятся стойкий лимфостаз (лимфедема) и собственно вторичная слоновость (фибредема), являющиеся двумя стадиями одного процесса.

По современным представлениям, стойкий лимфостаз и слоновость в большинстве случаев развиваются у больных рожей на фоне уже имевшейся функциональной недостаточности лимфообращения кожи (врожденной, посттравматической и др.). Возникающая на этом фоне рецидивирующая рожа существенно усиливает имевшиеся (иногда субклинические) нарушения лимфообращения, приводя к формированию последствий болезни.

Успешное противорецидивное лечение рожи (включая повторные курсы физиотерапии) может привести к существенному уменьшению лимфатического отека.

При уже сформировавшейся вторичной слоновости эффективно только хирургическое лечение.

Клиническая картина рожи

Лимфостаз

Диагностические критерии и дифференциальная диагностика

Диагностическими критериями рожи в типичных случаях являются:

- острое начало болезни с выраженными симптомами интоксикации, повышением температуры тела до 38-39°С и выше;
- преимущественная локализация местного воспалительного процесса на нижних конечностях и лице;
- развитие типичных местных проявлений с характерной эритемой, возможным местным геморрагическим синдромом;
- развитие регионарного лимфаденита;
- отсутствие выраженных болей в очаге воспаления в покое.

Изменение периферической крови – лейкоцитоз (до 12.000 в мкл), нейтрофиллез, умеренно повышенная СОЭ (20-25 мм/час);

- изменение мочи – альбуминурия.

Дифференциальный диагноз при роже следует проводить более чем с 50 заболеваниями, относящимся к клинике хирургических, кожных, инфекционных и внутренних болезней. В первую очередь необходимо исключить абсцесс, флегмону, нагноившуюся гематому, тромбофлебит (флебит), дерматит, экзему, опоясывающий лишай, эризипелоид, узловатую эритему.

Диагностика

- Определение титров антистрептолизина – О;
- Выявление бактериальных и L-форм стрептококка в крови, слюне, отделяемом из буллезных эламентов у больных (латекс – агглютинация, ко–агглютинация, ИФА, ПЦР);
- Выявление нарушений гемостаза и фибринолиза:
  - повышение уровня в крови фибриногена, ПДФ, РКМФ;
  - повышение или снижение количества плазминогена и плазмина;
  - повышение 4-ого фактора тромбоцитов на фоне тромбоцитопении.

Лечение

Лечение больных рожей должно проводиться с учетом формы заболевания, в первую очередь его кратности (первичная, повторная, рецидивирующая, часто рецидивирующая рожа), а также степени интоксикации, характера местных поражений, наличия осложнений и последствий.

В настоящее время большинство больных с легким течением рожи и многие пациенты со среднетяжелой формой заболевания лечатся в условиях поликлиники.

Показаниями для обязательной госпитализации в инфекционные больницы (отделения) являются:

- тяжелое течение рожи с резко выраженной интоксикацией или распространенным поражением кожи (особенно при буллезно-геморрагической форме рожи);
- частые рецидивы рожи, независимо от степени интоксикации, характера местного процесса;
- наличие тяжелых общих сопутствующих заболеваний;
- старческий или детский возраст.

Лечение

- Основные виды лечения:
  - антибактериальное;
  - десенсибилизирующее;
  - дезинтоксикационное;
  - витаминотерапия;
  - стимулирующее регенерацию и резистентность;
  - физиотерапия;
  - фитотерапия;
  - местное лечение.

Лечение рожи

При лечении больных в условиях поликлиники целесообразно назначение одного из нижеперечисленных антибиотиков перорально:

- спирамицин 3 млн МЕ х 2 раза в сутки (10 дней),
- азитромицин - в 1-й день 0,5 г, затем в течение четырех дней по 0,25 г один раз в день (или по 0,5 г - 5 дней),
- рокситромицин 0,15 два раза в день - 10 дней,
- левофлоксацин - 0,5 (0,25) х 2 раза в день - 10 дней,
- цефаклор 0,5 х 3 раза в день - 10 дней.

При лечении в условиях стационара препаратом выбора (при переносимости) является бензилпенициллин в суточной дозе 6-12 млн ЕД, внутримышечно, курс 10 дней.

Препаратами резерва являются цефалоспорины I поколения (цефазолин) в суточной дозе 3,0-6,0 г и более внутримышечно, 10 дней) и клиндамицин (в суточной дозе 1,2-2,4 г и более, внутримышечно) назначаются при тяжелом, осложненном течении рожи.

Лечение рожи

При тяжелом течении заболевания, развитии осложнений (абсцесс, флегмона и др.) возможно сочетание

- бензилпенициллина (в указанной дозировке) и гентамицина (240 мг - 1 раз в день, внутримышечно),
- бензилпенициллина и ципрофлоксацина (400 мг - 2 раза в день внутривенно, капельно),
- бензилпенициллина и клиндамицина (в" указанных дозировках).

Лечение рожи

В последние годы с хорошей клинической эффективностью у больных с осложненным (присоединение вторичной инфекции, в т.ч. и анаэробной), тяжелым течением рожи используется одновременное назначение комбинации препаратов:

- цефтриаксона (2,0 г в сутки, в/в капельно),
- ципрофлоксацина (200-400 мг - 2 раза в сутки, в/в капельно),
- метронидазола (500 мг - 2 раза в сутки, в/в капельно).

Оправдано назначение комбинированной антибактериальной терапии и при буллезно-геморрагической роже с обильным выпотом фибрина, при данных формах болезни из местного воспалительного очага часто выделяются и другие патогенные микроорганизмы (β-гемолитические стрептококки групп В, С, Д, G, золотистый стафилококк, грамотрицательные бактерии, анаэробная флора).

Лечение рожи

При выраженной инфильтрации кожи в очаге воспаления и при отсутствии противопоказаний (язвенная болезнь желудка и др.) показаны нестероидные противовоспалительные препараты (курсом 10-15 дней).

Больным рожей необходимо назначение комплекса витаминов группы В, витамина А, рутина, аскорбиновой кислоты, курс лечения 2-4 недели.

При тяжелом течении рожи проводится парентеральная дезинтоксикационная терапия (реополиглюкин, 5% раствор глюкозы, физиологический раствор) с добавлением 5-10 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты и при необходимости 60-90 мг преднизолона.

Назначаются сердечно-сосудистые; мочегонные, жаропонижающие средства.

Лечение

Местная терапия геморрагического синдрома:
(первые 3-4 дня по данным коагулограммы)

При гиперкоагуляции:

– антикоагулянты прямого действия, гепарин – п/к или путем электрофореза 5-7 процедур;
- Трентал – 0,2 х 3 в сут. 2-3 недели;

При отсутствии гиперкоагуляции:

- в очаг воспаления ингибиторы протеаз – Контрикал или Гордекс – курс лечения 5-6 дней.

- Местная терапия при буллезных формах:

  - надрезать пузыри,
  - наложить повязку с 0,1% р-ром Риванола или 0,02% р-ра Фурацилина,
  - марганцевые ванночки,
  - Линимент дибунола 5-10% х 2 в сут. или 15% р-р димифосфона х 5 в сут. - аппликации в области очага воспаления 5-10 дней.
- Физиотерапия (острый период): УФО на очаг;
  - УВЧ на область региона-рных лимфоузлов х 5-10;
  - Озокерит;
  - Нафталановыя мазь (на конечности); - парафин на лицо;
  - электрофорез лидазы, хлорида кальция;
  - радоновые ванны;
  - магнитотерапия;
  - лазеротерапия н/ч.

Лечение рожи

Лечение местных проявлений болезни проводится лишь при ее буллезных формах с локализацией процесса на конечностях.

Эритематозная форма рожи не требует применения местных средств лечения, а многие из них вообще противопоказаны (ихтиоловая мазь, бальзам Вишневского, мази с антибиотиками).

В остром периоде рожи при наличии неповрежденных пузырей их осторожно надрезают у одного из краев и после выхода экссудата на очаг воспаления накладывают повязки с 0,1% раствором риванола или 0,02% раствора фурацил-лина, меняя их несколько раз в течение дня.

Тугое бинтование недопустимо.

При наличии обширных мокнущих эрозий на месте вскрывшихся пузырей местное лечение начинается с марганцевых ванн для конечностей с последующим наложением перечисленных выше повязок.

Лечение рожи

Лечение больных рецидивирующей рожей должно проводиться в условиях стационара. Обязательно назначение резервных антибиотиков, не применявшихся при лечении предыдущих рецидивов.

Обычно назначаются цефалоспорины I поколения внутримышечно по 0,5-1,0 г 3-4 раза в сутки, в течение 10 дней.

При часто рецидивирующей роже целесообразно двух курсовое лечение. Последовательно назначают антибиотики, оптимально действующие на бактериальные и L-формы стрептококка, соответственно,

- первый курс антибиотикотерапии осуществляется цефалоспоринами (10 дней),
- после 2-3 дневного перерыва проводится второй курс лечения линкомицином 0,6 г по 3 раза в день внутримышечно или по 0,5-3 раза в день перорально (7-10 дней).

При рецидивирующей роже (вне рецидива!) показана иммунокорригирующая терапия (полиоксидоний и др.).

Физиотерапия

Традиционно в остром периоде рожи назначается УФО на область очага воспаления на область регионарных лимфатических узлов.

При сохранении в периоде реконвалесценции инфильтрации кожи, отечного синдрома, регионарного лимфаденита назначают аппликации озокерита или повязки с подогретой нафталановой мазью (на нижние конечности), аппликации парафина (на лицо), электрофорез лидазы (особенно в начальных стадиях формирования слоновости), хлорида кальция, радоновые ванны.

В недавних исследованиях показана высокая эффективность низкоинтенсивной лазертерапии местного очага воспаления, особенно при геморрагических формах рожи.

Бициллинопрофилактика рецидивов рожи

Бициллинопрофилактика является составной частью комплексного диспансерного лечения больных, страдающих рецидивирующей формой заболевания.

Профилактическое внутримышечное введение бициллина (5 - 1,5 млн ЕД) или ретарпена (2,4 млн ЕД) предупреждает рецидивы болезни, связанные с реинфекцией стрептококком.

При частых рецидивах (не менее 3 за последний год) рожи целесообразна непрерывная (круглогодичная) бициллинопрофилактика на протяжении 2 - 3 лет с интервалом введения препарата 3 - 4 нед (в первые месяцы интервал может быть сокращен до 2 нед).

При сезонных рецидивах препарат начинают вводить за месяц до начала сезона заболеваемости у данного больного с интервалом в 4 нед на протяжении 3 - 4 мес ежегодно.

При наличии значительных остаточных явлений после перенесенной рожи препарат вводят с интервалом в 4 нед на протяжении 4 - 6 мес.

Благодарю за внимание

- Бициллинопрофилактика рецидивов рожи:
- - Бициллин-5 – 1,5 мил.ЕД.
  или Ретарпен (Экстенцилин) 2,4 мил.ЕД.
  За 1 час до введения – Супрастин;
- *Частые рецидивы* – непрерывная (круглогодичная) бициллинопрофилактика 2-3 года
  интервал 3 недели.
- *Сезонные рецидивы* – вводить за 1 месяц до начала сезона с интервалом в 3 недели
  на протяжении 3-4 мес. ежегодно.
- *При остаточных явлениях* – вводить 4-6 месяцев
  с интервалом в 3 недели.

- Сбор для лечения рецидивирующей рожи:
- *Состав:* корневища аира и корни кровохлебки, корни солодки, лист эвкалипта и крапивы, трава тысячелистника и сушеницы.
- *Используется в виде настоя,* - 15-20 гр. сбора в равных массовых соотношениях) на 200 мл. воды (кипяченной), настаивается на кипящей водной бане 30 минут, процеживается и отжимается. Полученный отвар доливается кипяченой водой до 200 мл.
- *Принимать:* внутрь в теплом виде по 20-50 мл. х 4 в сут. 7-12 дней.
  Одновременно: настойка элеутерококка или аралии маньчжурской по 10-20 капель утром в течение месяца.

Местная терапия

Лечение местных проявлений болезни проводится лишь при ее буллезных формах с локализацией процесса на конечностях. Эритематозная форма рожи не требует применения местных средств лечения, а многие из них (ихтиоловая мазь, бальзам Вишневского, мази с антибиотиками) вообще противопоказаны.

В остром периоде рожи накладывают повязки с 0,1% раствором риванола или 0,02% раствором фурацилина, меняя их несколько раз в течение дня. Тугое бинтование недопустимо. При наличии обширных мокнущих эрозий на месте вскрывшихся пузырей местное лечение начинают с марганцевых ванн для конечностей с последующим наложением перечисленных выше повязок.

Для лечения местного геморрагического синдрома при эритематозно-геморрагической роже назначают 5 - 10 % линимент дибунола в виде апплика-ций в области очага воспаления 2 раза в сутки на протяжении 5 - 7 дней.

Клиническая классификация рожи

Первичная, повторная рожа и так называемые поздние рецидивы болезни (спустя 6 - 12 мес и позже) являются острым циклическим инфекционным процессом, возникающим в результате экзогенного инфицирования b-гемолитическим стрептококком группы А.

Источником инфекции при этом являются как больные с разнообразными стрептококковыми инфекциями, так и здоровые бактерионосители стрептококка.

Основной механизм передачи - контактный (микротравмы, потертости, опрелость кожи и др.).

Определенное значение имеет и воздушно-капельный механизм передачи стрептококка с первичным поражением носоглотки и последующим занесением микроба на кожу руками, а также лимфогенным и гематогенным путем .

Клиническая классификация рожи

Рецидивирующая рожа, при которой возникают ранние и частые рецидивы болезни, формируется после перенесенной первичной или повторной рожи вследствие неполноценного лечения, наличия неблагоприятных фоновых и сопутствующих заболеваний (варикозная болезнь вен, микозы, сахарный диабет, хронические тонзиллиты, синуситы и др.), развития вторичной иммунной недостаточности, дефектов неспецифической защиты организма. Образуются очаги хронической эндогенной инфекции в коже, регионарных лимфатических узлах.

Наряду с бактериальными формами стрептококка группы А при хронизации процесса большое значение имеют также L-формы возбудителя, длительное время персистирующие в макрофагах кожи и органов мононуклеарно-фагоцитарной системы.

Реверсия L-форм стрептококка в исходные бактериальные формы приводит к возникновению очередного рецидива болезни.