



Эризипеллоид

Выполнили: 505 В гр.
Самедова А.Ф. Хашукоева
М. З.



Определение

Эризипелоид (рожа свиней, ползучая эритема, эризипелоид Розенбаха, краснуха натуралистов, эритема Брейкера) - острая зооантропонозная бактериальная инфекция, с контактным механизмом передачи возбудителя, характеризующееся поражением кожи и суставов.



Краткие исторические сведения

У человека эту болезнь описали в 1873 г. Fox и W. Baker.

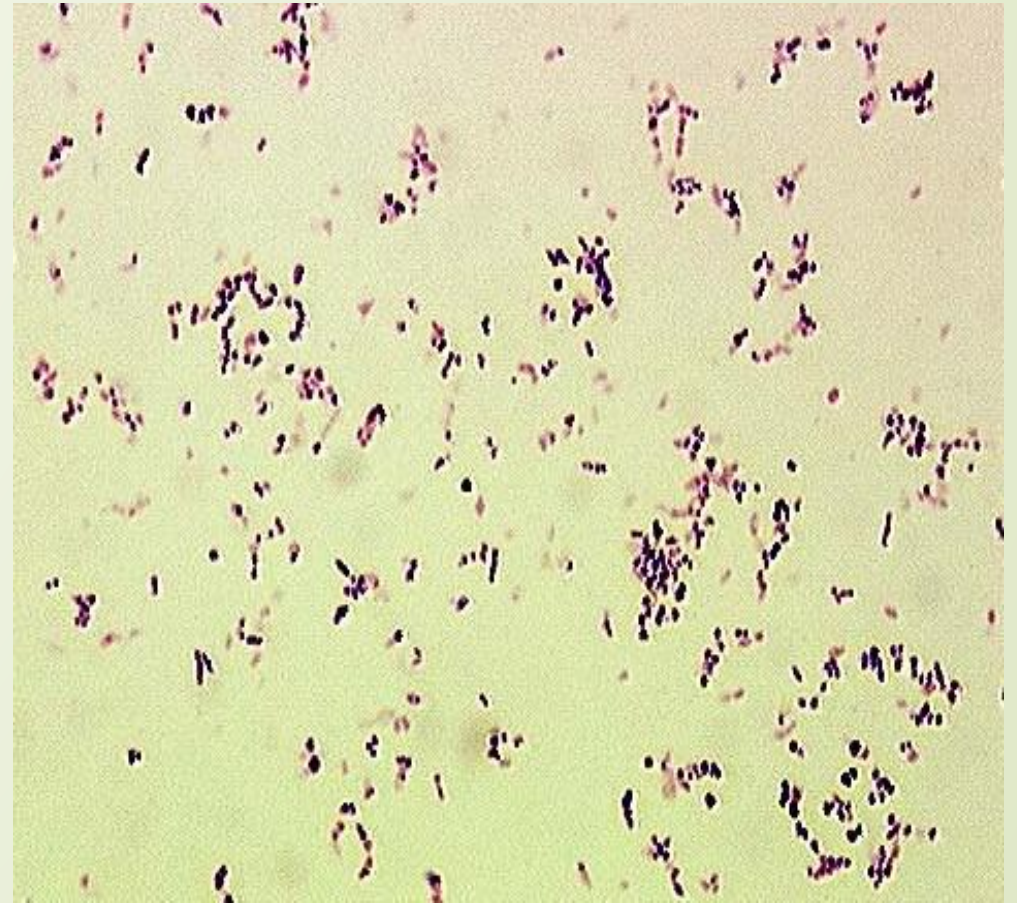
В 1877 г. A. Rosenbach выделил болезнь в отдельную нозологическую форму под названием «эризипелоида».

Возбудителя открыл L. Pasteur в 1882 г. и назвал его бациллой свиной рожи.

ЭТИОЛОГИЯ

- Возбудитель - *Erysipelothrix rhusiopathiae* семейства *Corynebacteriaceae* - короткая, неподвижная грамположительная палочка.
- Спор, капсул, жгутиков нет. Несмотря на их отсутствие достаточно устойчив во внешней среде: при варке погибает в течении 3 часов, в трупах животных сохраняется в течении 4 месяцев.
- Серовары возбудителя: свиной (*suis*) и мышинный (*murisepticum*), циркулирующих среди домашних или диких животных.
- Возбудитель чувствителен к антибиотикам групп пенициллинов и тетрациклинов.

Erysepelothrix rhusiopathiae



Эпидемиология

- Источник инфекции – сельскохозяйственные, домашние животные и некоторые морские обитатели (свиньи, овцы, крупный и мелкий рогатый скот, собаки, куры и утки, грызуны, рыбы и раки).
- Механизм передачи инфекции – контактный, возможно и контактно-бытовой, т.е. не только при непосредственном контакте, но и при контакте с заражёнными предметами. Заражение чаще происходит при контакте с инфицированным животным или мясом через повреждённую кожу.
- Группа риска: мясники, повара, люди занимающиеся животноводством, рыбаки, охотники, ветеринары, домохозяйки, работники с/х.
- Сезонность: летне-осенняя.
- Иммунитет: не стойкий.

Эризипелоид свиней



Патогенез

Возбудитель проникает в организм человека через микротравмы кожи, чаще всего пальцев. В дерме формируется очаг инфекции, развивается местный воспалительный процесс с захватом межфаланговых суставов.

Генерализованные формы наблюдаются редко, при этом происходит диссеминирование бактерий по лимфатическим и кровеносным сосудам, ведущее к возникновению распространённых поражений кожи и формированию вторичных очагов инфекции во внутренних органах. В области поражённых участков кожи развивается серозное воспаление с периваскулярной лимфоцитарной инфильтрацией, нарушениями микроциркуляции и оттока лимфы. Механизмы хронизации эризипелоида изучены недостаточно.



Клиническая картина

- Инкубационный период: 1-7 дней (2-3 дня).
- Классификация:
 - Кожная форма
 - Кожно-суставная
 - Генерализованная
 - Ангинозная

Клиническая картина

Кожная форма: На фоне нормальной или субфебрильной температуры тела и слабых проявлений других признаков интоксикации в месте входных ворот инфекции возникают жжение, зуд, болезненность, затем появляется эритема. Наиболее часто локализуется на коже пальцев или кистей рук. Постепенно увеличиваясь в размерах, эритема может захватить кожу всего пальца, на её фоне иногда появляются везикулы с серозным или серозно-геморрагическим содержимым. Температура кожи в области поражённого участка слегка повышена или нормальная. Нередко развиваются явления регионарного лимфангита и лимфаденита. В динамике заболевания эритема бледнеет, на её месте возникает шелушение кожи, исчезает периферический отёк. Кожная форма заболевания длится в среднем около 10 дней.

Кожная форма





Клиническая картина

Кожно-суставная форма: Отличается одновременным развитием эритемы и артритов регионарных межфаланговых суставов (как моно-, так и полиартрит). Последние проявляются веретенообразной припухлостью суставов, болезненностью, ограничением движений в них. Обычно заболевание длится около 2 нед, но в некоторых случаях может развиться хронический рецидивирующий артрит с деформацией сустава.

Кожно-суставная форма





Клиническая картина

Генерализованная форма: Наблюдают редко. Характерны высокая лихорадка, выраженные симптомы интоксикации, развитие гепатолиенального синдрома и появление крупнопятнистой или эритематозной сыпи на различных участках кожи. Возможны артриты, эндокардит, менингит, пневмония и другие вторичные очаговые проявления инфекции.



Клиническая картина

Ангинозная: Может встречаться при употреблении в пищу зараженных продуктов - клиника острого тонзиллита (ангина) с эритемой на коже (гиперемией лимфоузлов).



Осложнения

Регистрируют при генерализованной форме :

- менингиты
- пневмонии
- эндокардиты
- деформирующие артриты
- сепсис



Диагностика

- Бактериологическое: выделение возбудителя из крови или из везикул; биопсия кожи.
- Серологическое исследование
- Биопроба на мышцах



Дифференциальная диагностика

- Рожистое воспаление
- Атопический дерматит
- Панариций
- Простой контактный дерматит
- Экссудативная полиморфная эритема
- В тяжелых случаях - сепсис

Лечение

Антибактериальное:

- Препарат I ряда - бензилпенициллин (6 млн ЕД/сут и более)
- Препарат II ряда - доксициклин (в первые сутки 0,2 г, в последующем по 0,1 г/сут).
- В качестве альтернативных средств могут быть использованы макролиды, цефалоспорины I и II поколений.
- Курс антибактериальной терапии составляет 7-10 дней.

По показаниям назначают дезинтоксикационные, антигистаминные, противовоспалительные средства и физиотерапевтические процедуры.

Профилактика

- Предупреждение мелких травм у рабочих мясо- и рыбокомбинатов (автоматизация производства, работа в спецодежде), немедленная обработка повреждений кожи 2% спиртовым раствором йода.
- Для профилактики рецидивов проводят в/м инъекции бензатинбензилпенициллина + бензилпенициллина прокаина по 1,5 млн ЕД 1р/3нед курсом на 6–12 мес.
- Вакцинация животных (свиней)

