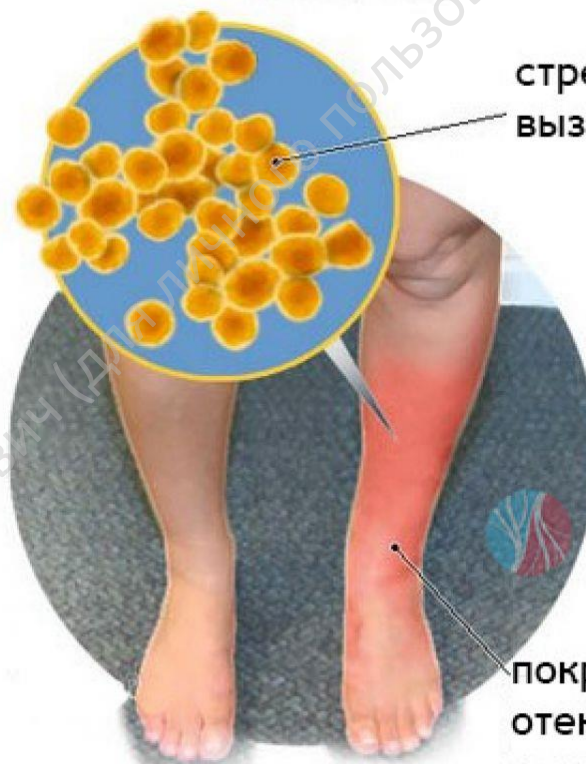


Рожа



стрептококки,
вызывающие инфекцию



sosudinfo.ru

покраснение, жар,
отек и распирающее
ощущение в пораженной ноге

По локализации:

- **лицо (18-20%);**
- **верхние конечности, туловище (5-8%);**
- **нижние конечности (70-80%).**

Определение

- **Рож** (erysipelas) — антропонозная инфекционная болезнь, вызываемая β -гемолитическим стрептококком группы А (выявляется в 70% случаев), протекающая в острой или рецидивирующей (хронической) форме, которая характеризуется развитием выраженной интоксикации, лихорадочным состоянием и образованием на коже (реже на слизистых оболочках) чётко отграниченного очага серозного или серозно-геморрагического воспаления, при этом заболевание отличается склонностью к рецидивированию и развитию осложнений, особенно у пациентов пожилого возраста с сопутствующими заболеваниями, такими как сахарный диабет и нарушения крово- и лимфообращения.

- **Код по МКБ-10**

- А46 Рож.

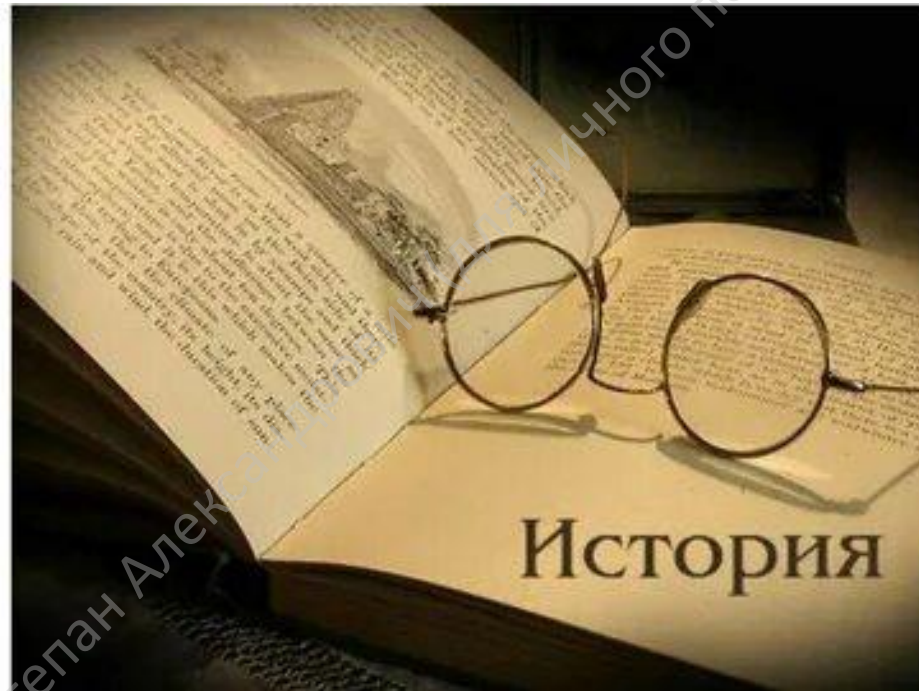
- **Терминология:**

- Рож (?)

vs

- Рожистое воспаление (?)

История изучения



- **История изучения рожи**
- **Древние упоминания:**
 - Первое описание в папирусе Эберса (3730-3710 гг. до н.э.)
 - Гиппократ (460-377 гг. до н.э.) описал болезнь под названием «erysipelas» (красная кожа)
 - Болезнь подробно описана в трудах Цельсия, Галена, Авиценны
- **Античный период:**
 - Древнегреческие врачи отмечали характерные признаки: отсутствие гноя, развитие эритемы, интоксикация
 - Авиценна детально описал клиническую картину в трактате «Канон врачебной науки»
- **Средневековье и Новое время:**
 - Т. Сиденгам (1624-1689) выделил рожу как отдельную нозологическую форму
 - Н.И. Пирогов в середине XIX века:
 - Описал клиническую картину
 - Выделил острую и рецидивирующую формы
 - Определил основные осложнения (флегмона, гангрена)

- **Период открытия возбудителя:**
 - 1874 год — Т. Бильрот впервые предположил роль стрептококка
 - 1882 год — Ф. Фелейзен выделил чистую культуру стрептококка
 - 1883 год — экспериментально доказана стрептококковая этиология
- **Современные представления:**
 - Установлено, что болезнь может вызываться любым штаммом β -гемолитического стрептококка группы А
 - Заболеваемость в России: 100-250 случаев на 100 тыс. населения в год
 - Современное состояние: спорадическое, малоконтагиозное заболевание с повсеместным распространением
- **Вклад российских ученых:**
 - И.И. Мечников исследовал клеточный иммунитет при роже.
 - В советское время значительный вклад внесли:
 - Э.А. Гальперин
 - В.Л. Черкасов
 - Р.Р. Рыскинд
- **Эпидемиологические особенности:**
 - До развития принципов асептики и антисептики была частой среди раненых и рожениц
 - В прошлом отмечались эпидемии с высокой летальностью в больницах и госпиталях

• **Этимология слова «рожа»**

- Слово «рожа» в значении инфекционного заболевания имеет интересную этимологию.
- **Происхождение термина:**
 - Слово «рожа» происходит от старославянского слова «**рожа**», которое означало «лицо».
 - Корень слова связан со старославянским словом «**ръжа**» (болезнь кожи)
 - В древнерусском языке слово использовалось для обозначения различных кожных заболеваний, особенно тех, которые проявлялись на лице.
- **Развитие значения:**
 - Первоначально слово использовалось для описания любых изменений внешности, связанных с болезнью.
 - Со временем термин закрепился именно за определённым инфекционным заболеванием, вызываемым стрептококками.

- **Лингвистические особенности:**
 - В медицинской терминологии слово «рожа» стало обозначать конкретное заболевание с характерной симптоматикой.
 - Интересно, что в народном сознании слово сохранило связь с внешним видом (отсюда и название — болезнь заметно меняет внешность человека).
- **Современное использование:**
 - В современной медицине термин «рожа» (или рожистое воспаление) используется исключительно для обозначения стрептококковой инфекции кожи.
 - В разговорной речи слово может иметь и другие значения, но в медицинском контексте оно однозначно указывает на определённое заболевание.
- **Связь с другими языками:**
 - В некоторых славянских языках существует аналогичное слово с похожим значением.
 - В европейских языках для обозначения этого заболевания используются другие термины (например, **erysipelas** в английском; (от греч. erythros красный и pella кожа)).
 - Таким образом, название заболевания отражает его внешние проявления и связано с историческим восприятием болезни как состояния, заметно изменяющего внешность человека.

Этиология





а

Клинические формы стрептококковой инфекции:

а - первичные и вторичные;

б - редкие;

СГА - стрептококк группы

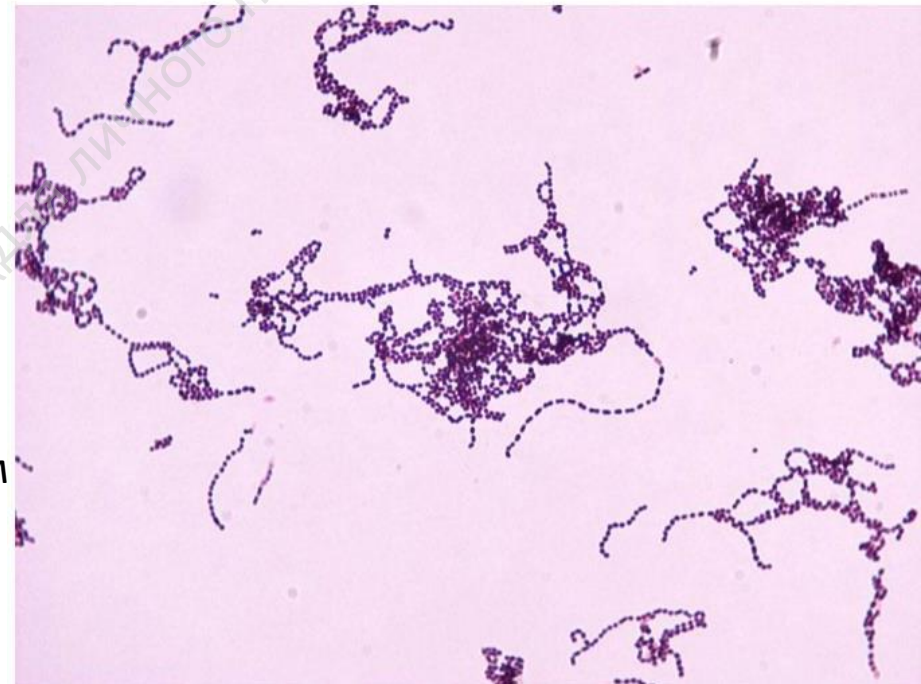


б

- Основная роль **стрептококков группы А (СГА)** в развитии болезни была установлена К. Birkhaug в начале XX века.
- Современные исследования показывают, что рожа может быть полиэтиологическим заболеванием, где СГА участвует в **микст-инфекции**.
- В развитии рожи могут участвовать микроорганизмы из различных родов и семейств бактерий.
- СГА может быть как единственным возбудителем (моноинфекция), так и частью смешанной инфекции.
- Эти данные подчеркивают сложность патогенеза рожи и необходимость комплексного подхода к диагностике и лечению.

- **Основной возбудитель** —
β-гемолитический стрептококк группы А (СГА, *Streptococcus pyogenes*)
- **Классификация СГА:**
 - Тип: Firmicutes
 - Семейство: Streptococcaceae
 - Род: Streptococcus
- **Морфология и свойства СГА**
- **Морфологические характеристики:**
 - Грамположительная бактерия
 - Овальная или округлая форма (0.6-2.0 мкм)
 - Располагается парами или цепочками
 - Неподвижная, спор не образует
- **Устойчивость:**
 - Выдерживает нагревание до 60°C (30 минут)
 - Устойчив к высушиванию
 - Погибает от дезинфектантов за 15 минут

Streptococcus pyogenes



- **Патогенез и вирулентность СГА**
- **Факторы патогенности СГА:**
 - М-протеин
 - Капсула (гиалуроновая кислота)
 - Стрептолизины О и S
 - Экзотоксины
 - Стрептокиназа
 - С5а-пептидаза
 - Липотейхоевая кислота
 - Гиалуронидаза
- **L-трансформация СГА:**
 - Способность образовывать L-формы
 - Резистентность к антибиотикам
 - Возможность персистирования в организме
- **Особенности диагностики**
- **Выявление СГА:**
 - Чаще обнаруживается в буллах
 - В пунктатах воспалительного очага
 - Реже в крови (2-5%)
 - На поверхности очага воспаления

- **Функции факторов патогенности стрептококков группы А:**
- **М-протеин:** Основной фактор вирулентности, препятствующий фагоцитозу и способствующий адгезии к эпителию. Также играет роль в развитии аутоиммунных процессов.
- **Капсула (гиалуроновая кислота):** Защищает бактерии от фагоцитоза и облегчает адгезию к эпителию. Капсула состоит из гиалуроновой кислоты, которая не распознается как чужеродный агент.
- **Стрептолизины О и S:** Разрушают эритроциты и другие клетки. Стрептолизин О активен в анаэробных условиях, а стрептолизин S — в аэробных. Они также повреждают кардиомиоциты и фагоциты.
- **Экзотоксины:** Проявляют пирогенную активность, стимулируют продукцию макрофагами ИЛ-1 и ФНО- α , что может приводить к развитию синдрома токсического шока.
- **Стрептокиназа:** Активирует плазминоген, растворяя фибриновые сгустки, что способствует распространению инфекции.
- **С5а-пептидаза:** Инактивирует С5а компонент комплемента, подавляя миграцию нейтрофилов в очаг воспаления.
- **Липотейхоевая кислота:** Обеспечивает адгезию стрептококка к эпителию слизистых оболочек.
- **Гиалуронидаза:** Разрушает гиалуроновую кислоту соединительной ткани, способствуя инвазии бактерий в ткани.

- **Микст-инфекции:**
 - В 20-50% случаев сочетается со *Staphylococcus aureus* (чаще - при буллёзных формах)
 - Возможно формирование биопленки
- **Другие возможные возбудители**
- **При определенных формах:**
 - *Staphylococcus aureus*
 - *Streptococcus dysgalactiae*
 - *Streptococcus pneumoniae*
 - *Klebsiella pneumoniae*
 - *Yersinia enterocolitica*
 - *Haemophilus influenzae*
 - *Pseudomonas* spp.
 - *Escherichia coli*
- **У иммунокомпрометированных пациентов:**
 - *Campylobacter jejuni*
 - *Campylobacter fetus*

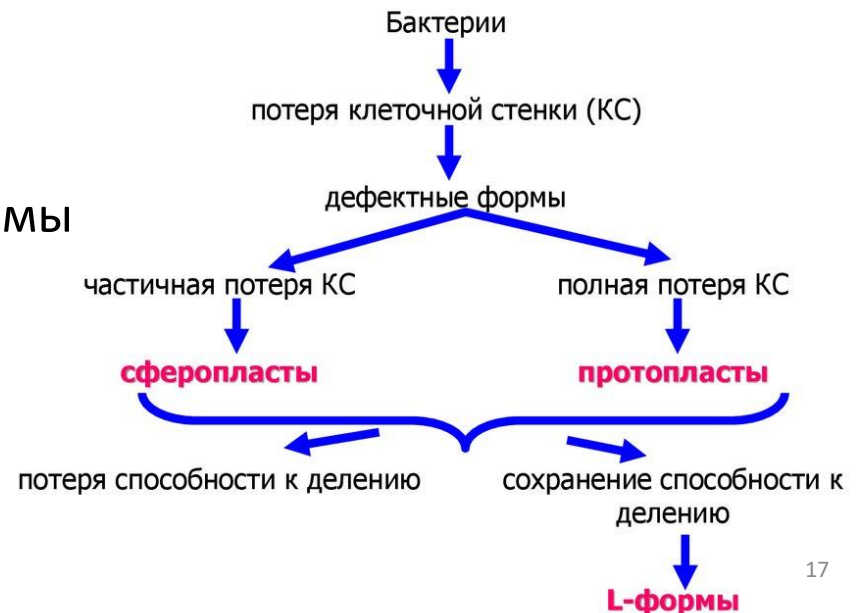
Эпидемиология



- **Эпидемиология рожи**
- **Общая характеристика заболевания:**
 - Рожь — широко распространённое спорадическое заболевание
 - Характеризуется низкой контагиозностью
 - Снижение заразности связано с улучшением санитарно-гигиенических условий
 - Редкость повторных случаев в семьях и среди контактных лиц
- **Источники инфекции:**
 - Больные стрептококковыми заболеваниями
 - Здоровые бактерионосители (до 20% населения)
 - Редко обнаруживается источник возбудителя
- **Механизмы передачи:**
- **Экзогенный путь:**
 - Больные стрептококковыми инфекциями
 - Здоровые носители стрептококка (до 20% населения)
 - Основной путь — контактный
 - Дополнительный — воздушно-капельный
- **Эндогенный путь:**
 - Распространение через лимфу и кровь
 - Активация хронической инфекции

- **Пути проникновения возбудителя:**
 - Через микротравмы кожи
 - При роже лица — через повреждения ноздрей и слухового прохода
 - При роже конечностей — через трещины межпальцевых промежутков и пяток
- **Особенности рецидивов:**
 - Формирование очагов хронической инфекции (L-формы)
 - Реверсия L-форм под действием провоцирующих факторов
 - Возможность реинфекции новыми штаммами
- **Статистика заболеваемости:**
 - 5–20 случаев на 10 000 населения
 - Госпитализация 20–30% больных
 - Преобладают геморрагические формы

Дефектные формы бактерий



- **Возрастные особенности:**
 - Единичные случаи у пациентов до 18 лет
 - Увеличение заболеваемости с 20 лет
 - Пик заболеваемости среди лиц старше 50 лет (до 70% случаев)
- **Группы риска:**
 - Работники физического труда
 - Слесари, грузчики, шофёры
 - Каменщики, плотники, строители
 - Уборщицы, кухонные рабочие
 - Пенсионеры (более 60% случаев)
- **Сезонность:**
 - Повышение заболеваемости в летне-осенний период
- **Генетическая предрасположенность:**
 - Наследственная склонность отмечается в 10–15% случаев
 - Связь с III (B) группой крови
 - Реализация предрасположенности часто происходит в пожилом возрасте

- **Предрасполагающие факторы:**
 - **Соматические заболевания:**
 - Микозы стоп (до 100% случаев при роже нижних конечностей)
 - Сахарный диабет 2 типа (12–15% случаев)
 - Ожирение (15–20% случаев)
 - Хроническая венозная недостаточность
 - **Хронические инфекции:**
 - Хронические инфекции
 - Тонзиллит
 - Отит
 - Синусит
 - Кариес
 - Пародонтоз
 - Остеомиелит
 - Тромбофлебит
 - Трофические язвы
 - **Локальные факторы**
 - Лимфостаз
 - Экзема
 - **Профессиональные факторы:**
 - Повышенная травматизация кожи
 - Загрязнение кожных покровов
 - Ношение резиновой обуви

- **Провоцирующие факторы:**

- Нарушение целостности кожных покровов
- Резкая смена температуры
- Эмоциональные стрессы
- Инсоляция
- Травмы

Шип Степан Александрович (для личного пользования)

Патогенез



- **Ключевые аспекты патогенеза рожи**
- **Предрасположенность к заболеванию:**
 - Врожденная или приобретенная иммуногенетическая предрасположенность
 - Гиперчувствительность замедленного типа к стрептококковым антигенам (гиперчувствительность IV типа к стрептококку)
- **Пути проникновения возбудителя:**
 - Экзогенный путь — через повреждения кожи
 - Эндогенный путь — из очагов хронической инфекции
- **Основные стадии патогенеза:**
 1. Внедрение стрептококка в кожу
 2. Размножение в лимфатических капиллярах
 3. Развитие бактериемии и токсемии
 4. Формирование местного воспаления
 5. Образование хронических очагов инфекции
 6. Элиминация возбудителя

- **Механизмы развития воспаления:**
 - Инфекционно-аллергический компонент
 - Иммунокомплексный процесс
 - Нарушение микроциркуляции
- **Особенности патогенеза при рецидивах:**
 - Формирование L-форм стрептококка
 - Снижение активности нейтрофилов
 - Изменение клеточного и гуморального иммунитета
 - Развитие аутоиммунных реакций
- **Патологические изменения:**
 - Серозное или серозно-геморрагическое воспаление
 - Нарушение лимфообращения
 - Образование экссудата
 - Поражение сосудов и капилляров

- **Факторы, усугубляющие течение:**

- Венозная недостаточность
- Хронические инфекции
- Грибковые поражения
- Микротравмы
- Иммунодефицитные состояния

- **Последствия хронического течения:**

- Нарушение лимфооттока
- Формирование лимфостаза
- Разрастание соединительной ткани
- Возможное развитие слоновости

- **Иммунные нарушения:**

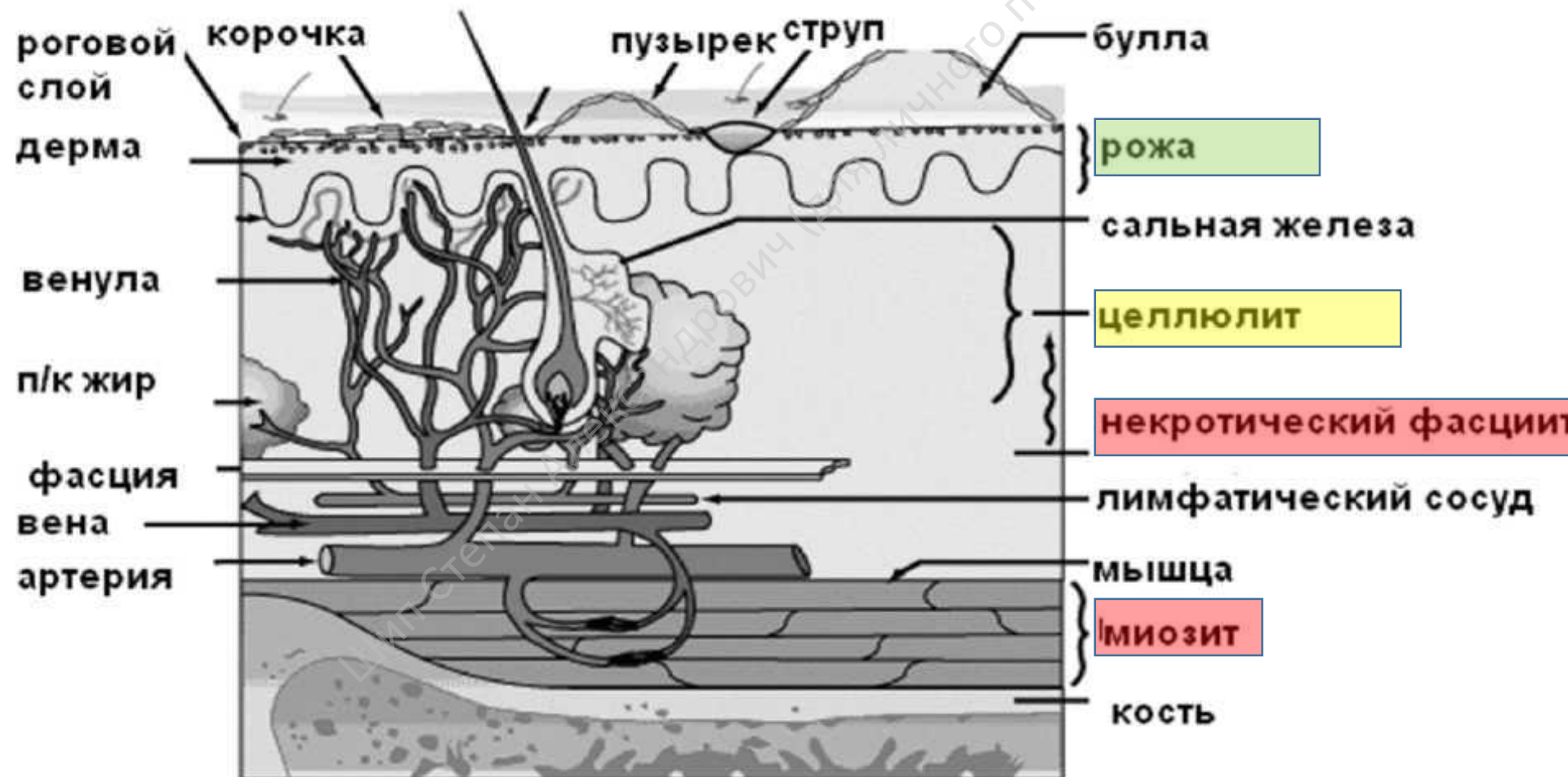
- Снижение числа CD4+ клеток
- Изменение уровня CD3+/HLA-DR+ лимфоцитов
- Рост числа CD20+ клеток
- Нарушение гормональной регуляции

• Схема патогенеза



• Уровни воспаления кожи при различной инфекционно-воспалительной патологии

- Источник: Рожа (клиника, диагностика, лечение): учебное пособие для врачей / А.А. Еровиченков, И.В. Кошелева, Л.В. Погорельская, А.Г. Куликов, Е.В. Кузовлева; ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» - М.: ФГБОУ ДПО РМАНПО, 2017. - 51 с. ISBN 978-5-7249-2609-6
- ---- Рис. 1. Структурные компоненты кожи и подкожной клетчатки (Harrison's Principles of Internal Medicine, 18th Edition, 2012)



Клиника

Шип Степан Александрович (для личного пользования)

•Начало заболевания и первые симптомы

Шип Степан Александрович (для личного пользования)

• **Инкубационный период**

- Длится от нескольких часов до 5 суток
- **Начальный период** характеризуется:
 - Начало заболевания всегда острое
 - Появление симптомов общей интоксикации в первые сутки
 - Длится несколько часов до 1-2 суток (особенно при роже нижних конечностей)
- **Продромальный период** в классическом описании отсутствует, так как:
 - Заболевание начинается остро
 - Первые симптомы (интоксикация) появляются одновременно или через несколько часов после заражения
 - Сразу проявляются общие симптомы:
 - Озноб
 - Головная боль
 - Боли в мышцах и суставах
 - Тошнота и рвота (у 25-30% больных)
 - Повышение температуры до 38-40°C

- **Начальные симптомы:**

- **1. Общие проявления :**

- **Интоксикация:** озноб, головная боль, боли в мышцах и суставах
- **Температура:** повышение до 38-40°C
- **Тошнота и рвота:** наблюдаются у 25-30% больных
- **Слабость:** выраженная общая слабость

- **2. Местные проявления:**

- **Появление пятна:** небольшое розовое пятно, быстро увеличивающееся
- **Характерные признаки пятна:**
 - Пунцовая окраска
 - Четкие границы
 - Приподнятый валик
 - Блестящая поверхность
 - Фестончатые края

- **Важные особенности начального периода:**
- 70-90% больных может точно указать точное время начала болезни (не только день, но и час начала заболевания)
- При роже нижних конечностей местные проявления появляются на несколько часов позже общих симптомов
- В 10-15% случаев наблюдается лимфангит
- У 70% больных отмечается болезненность регионарных лимфатических узлов

Шип Степан Александрович (для личного пользования)

•Классификация рожи (Черкасов В.Л., 1986)

Шип Степан Александрович (для личного пользования)

- **Классификация рожи (Черкасов В.Л., 1986):**
- **1. По характеру местных проявлений:**
 - **1.1. Эритематозная форма** — классическая форма с покраснением кожи
 - **1.2. Эритематозно-буллезная форма** — с образованием пузырей
 - **1.3. Эритематозно-геморрагическая форма** — с кровоизлияниями
 - **1.4. Буллезно-геморрагическая форма** — с геморрагическими пузырями
- **2. По степени тяжести течения:**
 - **2.1. Легкая форма (I степень)**
 - **2.2. Среднетяжелая форма (II степень)**
 - **2.3. Тяжелая форма (III степень)**

- **3. По кратности течения:**
 - **3.1. Первичная рожа** — первое заболевание
 - **3.2. Повторная рожа** — возникает через 2 года и более на других участках
 - **3.3. Рецидивирующая рожа** — возникает в период до 2 лет после предыдущего случая
 - **Часто рецидивирующая** — 3 и более рецидивов в год
 - **Поздние рецидивы** — через год и более
 - **Сезонные рецидивы** — ежегодно в определенный период
- **4. По распространенности процесса:**
 - **4.1. Локализованная форма** — поражение одной части тела
 - **4.2. Распространенная форма** — переход на соседние области
 - **4.3. Ползучая форма** — перемещение процесса на соседние участки
 - **4.4. Метастатическая форма** — появление отдаленных очагов
- **5. По локализации процесса:**
 - **5.1. Рожа нижних конечностей** — самая частая локализация (70-80%)
 - **5.2. Рожа лица** — вторая по частоте (15-20%)
 - **5.3. Рожа верхних конечностей** — редкая локализация (4-7%)
 - **5.4. Рожа туловища** — крайне редкая форма

- **6. Осложнения:**

- **6.1. Местные:**

- Абсцессы
- Флегмоны
- Некрозы
- Флебиты
- Периадениты

- **6.2. Общие:**

- Сепсис
- ИТШ
- Тромбоэмболия

- **7. Последствия:**

- 7.1. Стойкий лимфостаз (лимфедема)
- 7.2. Вторичная слоновость (фибредема)

- **Особые формы течения:**
 - **Хроническое течение** — при частых рецидивах (3 и более в год)
 - **Сезонное течение** — ежегодные обострения в определенный период
 - **Рецидивирующее течение** — повторные случаи на одном участке
- **Течение болезни**
 - **Острый период:** 5-8 дней
 - **Период реконвалесценции:** до 12-18 дней при геморрагических формах
- **Остаточные явления:** шелушение, пигментация, отечность
- **Особенности у разных групп**
 - **Пожилые:** более тяжелое течение
 - **Дети:** болеют редко и легко
 - **Женщины:** чаще болеют рецидивирующими формами

- **Отличия форм рожи по кратности заболевания**
- **Первичная рожа** характеризуется следующими особенностями:
 - Возникает впервые у пациента
 - Может протекать с рецидивами
 - Имеет типичный клинический сценарий с выраженной интоксикацией
 - Инкубационный период составляет от нескольких часов до 5 суток
 - Лихорадка длится 5-8 суток без лечения
- **Повторная рожа** отличается следующими признаками:
 - Развивается через **2 года** и более после первичного заболевания
 - Локализуется на **других участках кожи**, отличных от первичной формы
 - Сохраняет типичную клиническую картину
 - Имеет более острое начало

- **Рецидивирующая рожа** имеет следующие особенности:
 - Чаще всего локализуется на **нижних конечностях**
 - Возникает с разной периодичностью (от нескольких дней **до 2 лет**)
 - Может достигать **десятков рецидивов**
- При частых рецидивах:
 - Общая интоксикация выражена слабо
 - Местные изменения нерезко выражены
 - Характерно нарастание лимфостаза
 - Лимфостаз сохраняется даже в межрецидивном периоде
- Важно отметить, что при рецидивирующей форме:
 - Клиническая картина может быть схожа с первичной формой
 - Частые рецидивы (3 и более за год) определяются как **часто рецидивирующая рожа**
 - Развитие рецидивов часто провоцируется переохлаждением или стрессом

- **Вопрос «различия между повторной и рецидивирующей розей?»:**
- **Повторная рожа и рецидивирующая рожа имеют существенные различия:**
 - **1. Временной интервал между приступами:**
 - Повторная рожа возникает через 2 года и более после предыдущего случая
 - Рецидивирующая рожа может проявляться от нескольких дней до 2 лет после предыдущего заболевания
 - **2. Локализация процесса:**
 - При повторной розе поражение возникает на других участках кожи
 - При рецидивирующей розе обычно наблюдается на тех же местах (особенно характерно для нижних конечностей)
 - **3. Частота возникновения:**
 - Повторная рожа характеризуется единичным случаем после длительного перерыва
 - Рецидивирующая рожа может проявляться многократно (иногда до нескольких десятков раз)

- **4. Клинические проявления:**
 - При повторной роже течение болезни обычно соответствует первичной форме
 - При рецидивирующей роже:
 - Общая интоксикация может быть менее выраженной
 - Местные изменения часто проявляются нерезко
 - Характерно нарастание лимфостаза даже в межрецидивном периоде
- **5. Тяжесть течения:**
 - Повторная рожа чаще протекает в типичной форме
 - Рецидивирующая рожа может иметь более легкое течение, особенно при частых рецидивах
- **6. Особенности течения:**
 - При повторной роже формируется новый очаг воспаления
 - При рецидивирующей роже наблюдается хронизация процесса с формированием стойких изменений в тканях
- Важно отметить, что при наличии трех и более рецидивов рожи в год заболевание определяется как **«часто рецидивирующая рожа»**, что требует особого подхода к лечению и профилактике.

- Клиника рожи в зависимости от локального воспаления?

Шип Степан Александрович (для личного пользования)

- **Особенности эритематозной формы рожи**
- **Эритематозная форма** является как самостоятельной клинической формой рожи, так и начальной стадией развития других форм заболевания.
- **Начальные проявления** характеризуются появлением небольшого розового или красного пятна на коже, которое в течение нескольких часов трансформируется в типичную эритему.
- **Характерные признаки местного поражения:**
 - Чётко отграниченный участок гиперемии кожи
 - Неровные границы в форме зубцов или языков пламени
 - Инфильтрация и напряжение кожи в области поражения
 - Повышенная температура кожи в зоне воспаления
 - Умеренная болезненность при пальпации (особенно по периферии)
- **Дополнительные местные симптомы:**
 - Возможное наличие периферического валика (инфильтрированные возвышающиеся края)
 - Отёк кожи, распространяющийся за пределы эритемы
 - Блеск и лоснящийся вид поражённого участка

- **Общие проявления** включают симптомы интоксикации:
 - Лихорадка до 38,5-40°C
 - Головная боль
 - Мышечные и суставные боли
 - Общая слабость
 - Тошнота и рвота (в тяжёлых случаях)
- **Динамика процесса:**
 - На 2-3 сутки болезнь достигает максимума
 - К концу недели начинается стихание воспаления
 - Постепенное бледнение окраски
 - Исчезновение отёчности
 - Появление шелушения
 - Возможное сохранение отёка до 2-3 недель
- **Регионарные проявления:**
 - Умеренное увеличение лимфатических узлов
 - Болезненность лимфоузлов
 - Иногда появление эритемы над узлами («розовое облачко»)
 - Возможный лимфангит
- Эритематозная форма служит основой для развития других форм воспаления при прогрессировании заболевания.



Эритематозная рожа правой голени, онихомикоз, лимфедема н.к. справа

Эритематозная форма рожи,
локализация – лицо, ушные
раковины





Эритематозная рожа лица (ушной раковины)

- **Особенности эритематозно-геморрагической формы рожи**
- **Эритематозно-геморрагическая форма** рожи в настоящее время встречается значительно чаще других форм заболевания и может занимать первое место по распространенности в некоторых регионах.
- **Характерные признаки** данной формы включают:
 - Появление кровоизлияний на фоне эритемы
 - Размеры геморрагий варьируются от мелких петехий до обширных сливных кровоизлияний
 - Распространение геморрагий может охватывать всю площадь эритемы
- **Особенности течения:**
 - Более длительный период лихорадки (10-14 дней и более)
 - Медленное обратное развитие местных воспалительных изменений
 - Повышенный риск развития осложнений
- **Осложнения** при данной форме часто включают:
 - Некроз кожных покровов
 - Длительное сохранение воспалительных изменений
 - Замедленное заживление пораженных участков

- **Клиническая динамика:**

- Развитие геморрагических проявлений начинается на 1-3 сутки от начала заболевания
- Возможно более позднее появление геморрагий
- Обратное развитие процесса происходит медленнее по сравнению с другими формами

- **Прогноз** при данной форме требует особого внимания из-за:

- Повышенного риска осложнений
- Длительности течения воспалительного процесса
- Возможности формирования стойких изменений кожи

- Важно отметить, что данная форма рожи требует более интенсивного лечения и тщательного наблюдения за пациентом из-за повышенного риска развития осложнений и более длительного периода восстановления.

Шип Степан Александрович (для личного пользования)



Шип Степан Александрович (для личного пользования)

Эритематозно-геморрагическая рожа



Эритематозно-геморрагическая рожа правой голени



Шип Степан Александрович (для личного пользования)

Рожа правой голени, эритематозно-геморрагическая форма

- **Особенности эритематозно-буллезной формы рожи**
- **Эритематозно-буллезная форма** является одной из наиболее распространенных разновидностей воспаления.
- **Механизм развития** характеризуется появлением пузырей на фоне уже существующей эритемы. Формирование пузырей происходит в период от нескольких часов до 2-5 суток после появления первых признаков заболевания.
- **Характерные признаки** данной формы включают:
 - Образование пузырей различного размера, заполненных прозрачной жидкостью
 - Развитие пузырей связано с выраженной экссудацией в очаге воспаления
 - Отслойка эпидермиса от дермы под действием скопившейся жидкости
- **Динамика развития** кожных проявлений:
 - При самопроизвольном разрыве пузырей выделяется серозный экссудат
 - На месте поврежденных пузырей формируются эрозии
 - При сохранении целостности пузыри постепенно подсыхают
 - Образуются желтые или коричневые корки

- **Особенности течения:**
 - После отпадения корок рубцы не формируются
 - Инфекционно-токсический синдром аналогичен эритематозной форме
 - Регионарный лимфаденит проявляется типично
 - После выздоровления может сохраняться стойкая гиперпигментация кожи
- **Тяжесть течения** данной формы может варьироваться, но в целом характеризуется как более тяжелая по сравнению с простой эритематозной формой. При этом возможно участие дополнительной микрофлоры (например, стафилококка), что усугубляет течение заболевания.
- **Прогноз** при своевременном лечении обычно благоприятный, однако требует тщательного наблюдения из-за возможного присоединения вторичной инфекции и развития осложнений.

Шип Степан Александрович (детский дерматолог)

Эритематозно-буллезная форма
рожи (булла на левой щеке, внизу).



- **Особенности буллезно-геморрагической формы рожи**
- **Буллезно-геморрагическая форма** является одной из наиболее тяжелых форм. Она развивается как трансформация эритематозно-буллезной или эритематозно-геморрагической формы.
- **Механизм развития** связан с глубоким повреждением капилляров и кровеносных сосудов сетчатого и сосочкового слоев дермы.
- **Характерные признаки:**
 - Образование пузырей с геморрагическим и фибринозно-геморрагическим экссудатом
 - Темная окраска пузырей с желтыми включениями фибрина
 - Наличие обширных кровоизлияний в области эритемы
 - Возможность формирования плотных уплощенных пузырей из-за отложения фибрина
- **Особенности течения:**
 - Длительный лихорадочный период
 - Медленное обратное развитие местных изменений
 - Высокая вероятность осложнений
 - Образование бурых корок при активной репарации
 - Возможное развитие некроза при значительных кровоизлияниях
- **Клинические проявления:**
 - Разной величины пузыри с темным содержимым
 - При разрыве пузырей обнажается эрозированная поверхность
 - Возможны присоединения вторичной инфекции
 - Формирование язв при глубоких поражениях

- **Прогноз и последствия:**

- Высокая вероятность образования рубцов
- Стойкая пигментация кожи (может сохраняться пожизненно)
- Длительное сохранение отеочного синдрома
- Риск развития лимфостаза

- **Осложнения:**

- Глубокие некрозы
- Флегмоны
- Эрозии
- Изъязвления
- Вторичное инфицирование

- Данная форма рожи характеризуется наиболее тяжелым течением и требует особого внимания при лечении из-за высокого риска осложнений и длительного периода восстановления.



Шип Степан Александрович (для личного пользования)

Буллезно-геморрагическая рожа правой голени, стопы



Шип Степан Александрович (для личного пользования)

Буллезно-геморрагическая рожа

Онихомикоз как возможная причина
возникновения рожи



Буллезно-геморрагическая роза



Шип Степан Александрович (для личного пользования)



Буллезно-геморрагическая рожа

- Клиника рожи в зависимости от локального воспаления?

Шип Степан Александрович (для личного пользования)

- **Рожь нижних конечностей:**
- **Частота встречаемости:** наиболее распространенная локализация (70-80% случаев)
- **Особенности начала:** местные проявления появляются на несколько часов позже общих симптомов
- **Характерные симптомы:**
 - Боли в области паховых лимфатических узлов
 - Боли внизу живота
 - Склонность к частым рецидивам
- **Течение заболевания:**
 - Частое развитие геморрагических форм
 - Образование обширных геморрагий
 - Формирование больших пузырей
- **Осложнения:**
 - Поражение лимфатической системы (лимфангиты, периадениты)
 - Хронически-рецидивирующее течение
 - Развитие лимфостаза
- **Предрасполагающие факторы:**
 - Хроническая венозная недостаточность
 - Нарушения лимфообращения
 - Микозы

- **Рожь лица:**
- **Частота встречаемости:** вторая по распространенности локализация (15-20% случаев)
- **Предвестники заболевания:**
 - Часто предшествует ангина
 - ОРВИ
 - Обострение хронического синусита
 - Отит
- **Характерные проявления:**
 - Резко выраженный отек мягких тканей
 - Отечность губ, век, ушей
 - Частое образование булл с экссудатом
 - Возможность перехода на волосистую часть головы
 - Поражение слизистых оболочек рта
- **Особенности течения:**
 - Относительно редкое рецидивирование
 - При своевременном лечении протекает легче, чем при других локализациях
 - В прошлом возможно осложнение менингитом (до применения антибиотиков)
- **Прогноз:** при своевременной терапии протекает легче, чем при других локализациях

- **Клинические особенности рожи верхних конечностей**
- **Частота встречаемости** составляет 4-7% от всех случаев заболевания.
- **Основная причина** развития рожи на верхних конечностях — послеоперационный лимфостаз (особенно после мастэктомии).
- **Характерные особенности течения:**
 - У женщин заболевание часто имеет склонность к рецидивирующему течению
 - Развивается на фоне лимфостаза
 - Может возникать после перенесенной травмы
- **Клиническая картина** соответствует общей картине воспаления:
 - Острое начало с симптомами интоксикации
 - Повышение температуры до 38-40°C
 - Головная боль, слабость, мышечные боли
 - Появление характерного розового пятна в месте поражения
 - На 2-3 сутки — максимальное развитие местных изменений
- **Местные проявления:**
 - Участок поражения имеет пунцовую окраску
 - Четкие границы с приподнятым валиком
 - Кожа лоснится и блестит
 - Границы очага имеют фестончатый характер
 - Умеренная болезненность, усиливающаяся при опускании конечности

- **Лимфатические проявления:**
 - Регионарный лимфаденит
 - Умеренное увеличение лимфоузлов
 - Болезненность лимфоузлов
 - Возможное появление эритемы над лимфоузлами
- **Период выздоровления:**
 - К концу недели начинается стихание воспаления
 - Окраска кожи бледнеет
 - Исчезает напряженность кожи
 - Появляется шелушение
 - Отечность может сохраняться 2-3 недели
- **Важно отметить:** рожа верхних конечностей часто протекает на фоне уже существующего лимфостаза, что может способствовать более тяжелому течению и частым рецидивам заболевания.

- **Клинические особенности рожи туловища, живота, половых органов**
- **Частота встречаемости**
Рожа туловища и половых органов относится к редким локализациям заболевания.
- **Особенности течения**
- Заболевание может проявляться как локализованной формой (поражение одной части тела)
- Возможно распространение процесса на соседние области (например, рожа нижней конечности, половых органов и живота)
- **Клиническая картина**
- Начало заболевания острое, сопровождается симптомами интоксикации:
 - Озноб
 - Головная боль
 - Боли в мышцах и суставах
 - Тошнота (в некоторых случаях)
 - Выраженная слабость
- Местные проявления:
 - Появление небольшого розового пятна в месте локализации
 - Быстрое увеличение пятна с приобретением яркой окраски
 - На 2-3 сутки процесс достигает максимума
 - Участок поражения имеет пунцовую окраску
 - Четкие границы с приподнятым валиком
 - Кожа лоснится и блестит
 - Границы очага имеют фестончатый характер
 - Умеренная местная болезненность

- **Регионарные изменения**
 - Увеличенные и болезненные лимфатические узлы
 - Возможное появление эритемы над лимфоузлами
 - Иногда наблюдается лимфангит
- **Динамика заболевания**
 - К концу недели начинается стихание воспалительных изменений
 - Окраска кожи бледнеет
 - Исчезает напряженность кожи
 - Появляется шелушение
 - Отечность может сохраняться 2-3 недели и более
- **Особенности лихорадки**
 - Температура ремиттирующего типа 38,5-40°C
 - Длительность без лечения 5-8 дней
 - Интоксикация наиболее выражена в первые дни
- **Изменения крови**
 - Нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево
 - Увеличение СОЭ
- **Важно отметить**, что при локализации на туловище заболевание может протекать как в легкой, так и в тяжелой форме, с различной степенью выраженности местных и общих проявлений.



Шип Степан Александрович (для личного пользования)

Эритематозная рожа туловища / живота, редкая локализация. Келоидный рубец



Эритематозная форма рожи (верхняя конечность, грудь, живот). Мастэктомия слева, вторичный лимфостаз левой верхней конечности как предрасполагающий фактор рожи

- Клиника рожи в зависимости от степени тяжести?

Шип Степан Александрович (для личного пользования)

- **Легкая форма рожи (I степень тяжести)**
- **Интоксикация:** незначительная
- **Температура:** субфебрильная
- **Местный процесс:** локализованный, преимущественно эритематозный
- **Общее состояние:** удовлетворительное
- **Среднетяжелая форма рожи (II степень тяжести)**
- **Интоксикация:** выраженная
- **Симптомы:**
 - Общая слабость
 - Головная боль
 - Озноб
 - Мышечные боли
 - Возможна тошнота и рвота
- **Температура:** 38-40°C
- **Сердечно-сосудистые проявления:**
 - Тахикардия
 - Артериальная гипотензия (у половины больных)
- **Местный процесс:** может быть как локализованным, так и распространенным (захватывает две анатомические области)

- **Тяжелая форма рожи (III степень тяжести)**
- **Интоксикация:** резко выраженная
- **Симптомы:**
 - Интенсивная головная боль
 - Повторная рвота
 - Гипертермия (выше 40°C)
 - Нарушение сознания
 - Бред
 - Явления менингизма
- **Сердечно-сосудистые нарушения:**
 - Значительная тахикардия
 - Гипотензия
 - У пожилых пациентов возможно развитие острой сердечно-сосудистой недостаточности
- **Особенности:**
 - К тяжелой форме также относят распространенную буллезно-геморрагическую рожу с обширными пузырями, даже при отсутствии резко выраженного токсикоза и гипертермии

- Ползучая и метастатическая рожа – различия?

Шип Степан Александрович (для личного пользования)

- **Ползучая рожа и метастатическая рожа** — это две различные формы распространения воспалительного процесса при рожистом воспалении. Их основные отличия:
- **Механизм распространения воспаления:**
 - При ползучей роже процесс стихает на одном участке кожи и активизируется на соседних участках, расположенных рядом с первоначальным очагом.
 - При метастатической роже появляются новые очаги воспаления на участках кожи, удалённых от первичного очага.
- **Характер поражения:**
 - Ползучая форма характеризуется постепенным «переходом» воспаления на соседние области тела.
 - Метастатическая форма проявляется возникновением изолированных очагов воспаления в различных местах.

- **Особенности течения:**
 - При ползучей форме наблюдается непрерывное перемещение воспалительного процесса между близко расположенными участками.
 - Метастатическая форма характеризуется появлением отдельных, не связанных между собой очагов воспаления.
- **Прогноз и лечение:**
 - Ползучая форма обычно требует более длительного лечения, направленного на контроль распространения воспаления по близлежащим тканям.
 - Метастатическая форма может потребовать более интенсивного лечения из-за множественных очагов поражения.
- Обе формы требуют своевременной диагностики и лечения для предотвращения осложнений и перехода заболевания в хроническую форму.

- **Остаточные явления после рожи:**

Шип Степан Александрович (для личного пользования)

• Остаточные явления при роже

- **Остаточные явления** — это симптомы, которые сохраняются после стихания острого воспалительного процесса. Они могут длиться от нескольких недель до нескольких месяцев.
- **Основные остаточные явления:**
 - **Пастозность кожи** — сохраняющаяся отечность тканей
 - **Пигментация кожи** — изменение цвета кожных покровов
 - **Застойная гиперемия** — остаточное покраснение на месте бывшей эритемы
 - **Плотные сухие корки** — формируются на месте бывших пузырей (булл)
 - **Отечный синдром** — длительно сохраняющийся отек тканей

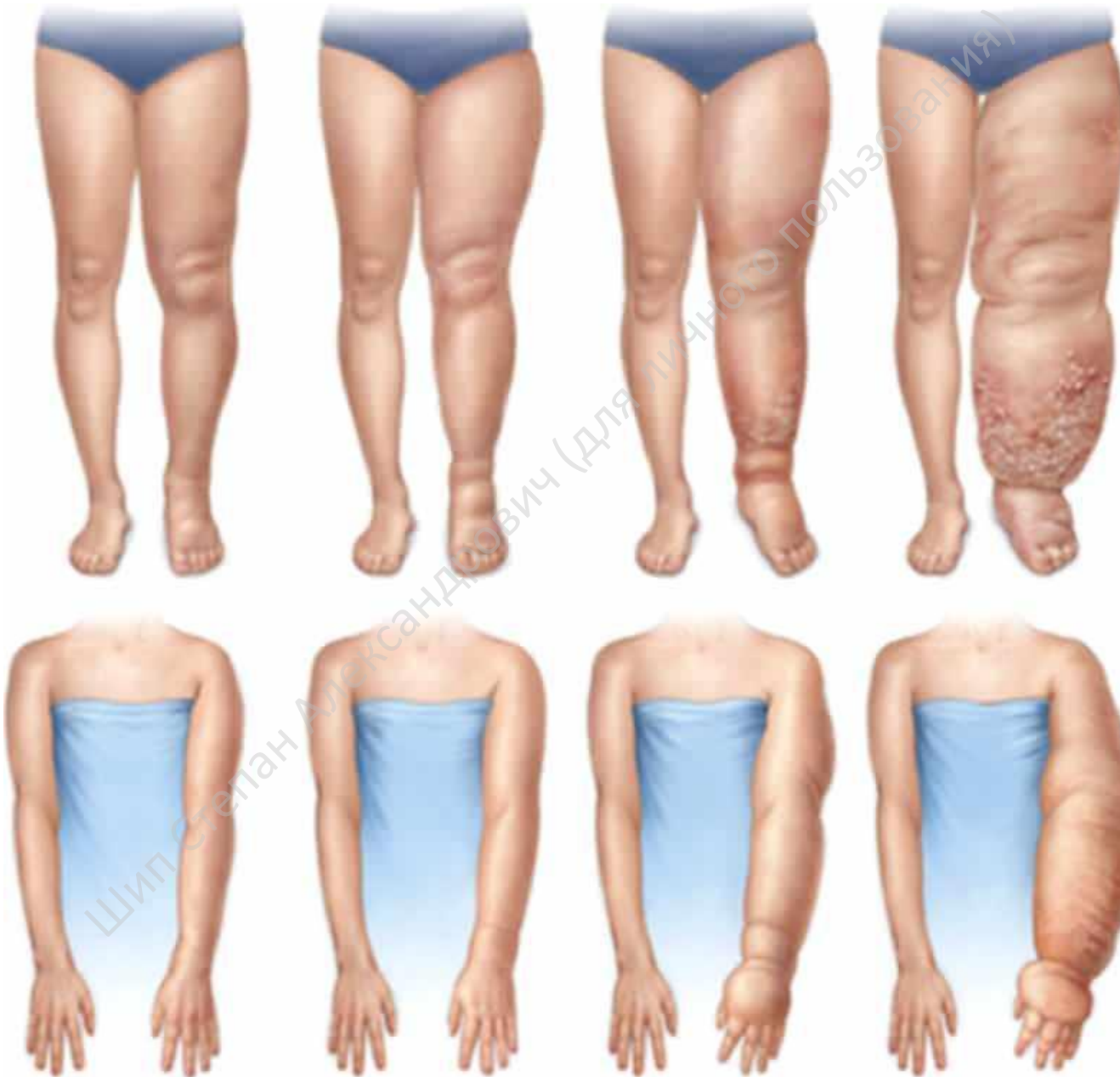




Рожа голени, стопы: период выздоровления (реконвалесценции). Голень отечна, кожа гиперпигментирована, имеется крупнопластинчатое шелушение.

- **Неблагоприятные прогностические признаки:**
- Длительно увеличенные и болезненные лимфатические узлы
- Сохранение инфильтративных изменений кожи в области бывшего очага воспаления
- Продолжительный субфебрилитет (невысокая температура)
- Стойкий лимфостаз (нарушение оттока лимфы)
- **Поздние последствия:**
- **Лимфостаз** (лимфедема) — нарушение лимфообращения
- **Вторичная слоновость** (фибредема) — тяжелая форма лимфостаза
- **Стойкая гиперпигментация** — особенно характерна после буллезно-геморрагической формы, может сохраняться пожизненно
- Важно отметить, что длительное сохранение лимфостаза рассматривается как ранняя стадия развития вторичной слоновости. При частом рецидивировании заболевания остаточные явления могут становиться более выраженными и длительными.

• Исходы рожи: лимфедема и фибредема



LYMPHEDEMA

STAGE 0



STAGE 1



STAGE 2



STAGE 3



Шип Степан Александрович (для личного пользования)

- **Лимфедема и фибредема** являются двумя последовательными стадиями одного патологического процесса, развивающегося как следствие воспаления.
- **Основные различия:**
 - **Лимфедема** представляет собой раннюю стадию лимфостаза (стойкого лимфатического отека). Это обратимое состояние, при котором возможно существенное уменьшение отечности при правильном лечении.
 - **Фибредема** (вторичная слоновость) является поздней, необратимой стадией процесса. Характеризуется выраженным фиброзом тканей и значительными структурными изменениями.
- **Особенности развития:**
 - Лимфедема формируется на фоне уже имевшейся функциональной недостаточности лимфообращения (врожденной, посттравматической)
 - Фибредема развивается при отсутствии адекватного лечения лимфедемы
 - Оба состояния чаще возникают у пациентов с рецидивирующим течением рожи

- **Клинические проявления:**
- При **лимфедеме** наблюдается стойкий лимфатический отек без выраженных фиброзных изменений
- **Фибредема** характеризуется:
 - Значительным уплотнением тканей
 - Нарушением эластичности кожи
 - Формированием типичного “слонового” вида конечности
 - Стойким отеком, не уменьшающимся при возвышенном положении конечности
- **Лечение:**
- При лимфедеме эффективны консервативные методы, включая:
 - Медикаментозную терапию
 - Физиотерапевтические процедуры
 - Компрессионную терапию
- При фибредеме требуется хирургическое вмешательство, так как консервативные методы малоэффективны
- **Важно отметить**, что успешное противорецидивное лечение рожи, включая повторные курсы физиотерапии, может значительно уменьшить проявления лимфедемы и предотвратить развитие фибредемы.



Эритематозная рожа. Слоновость



Шип Степан Александрович (для личного пользования)



Шип Степан Александрович (для личного пользования)

Рецидивирующая эритематозно-геморрагическая распространенная рожа левой голени и стопы. Слоновость нижней конечности.

Диагностика



• Основные критерии диагностики рожи

• Клинические признаки:

- Острое начало заболевания с выраженным симптомом интоксикации (температура тела 38-39°C и выше)
- Интоксикация предшествует местным изменениям
- Характерная локализация процесса - преимущественная локализация воспаления на нижних конечностях и лице
- Характерная эритема с чёткими границами, отёком тканей, с возможным геморрагическим синдромом, с возможными буллами
- Чёткие границы очага
- Характер воспаления: серозный или серозно-геморрагический
- Развитие регионарного лимфаденита
- Отсутствие сильных болей в очаге воспаления в покое



- **Лабораторные показатели**
(ОАК, ОАМ, БАК (биохимия крови), коагулограмма)



- **Общий анализ крови:**

- Умеренный нейтрофильный лейкоцитоз (до $10-12 \times 10^9/\text{л}$) со сдвигом влево (40-60% больных)
- Повышение СОЭ (до 20-25 мм/час) (50-60% больных)
- При тяжелом течении: гиперлейкоцитоз, токсическая зернистость нейтрофилов

- **Общий анализ мочи:**

- Кратковременная протеинурия (альбуминурия) в остром периоде (у 20-30% больных) в остром периоде

- **Биохимический анализ крови**

- **Специфических изменений** при неосложненной роже нет
- При наличии осложнений или сопутствующих заболеваний могут наблюдаться отклонения

- **Коагулограмма/гемостазиограмма**
- Исследования проводятся при наличии:
 - Геморрагических формах рожи
 - Сопутствующих заболеваний
 - Тяжелого течения основного заболевания
 - Подозрения на осложнения
- **Дополнительные лабораторные методы этиотропной диагностики:**
 - Определение титров антистрептолизина-О (повышение титров)
 - Выявление противострептококковых антител (полисахарид А, М-протеин)
 - Латекс-агглютинация
 - Коагглютинация
 - ИФА
 - ПЦР для выявления ДНК стрептококка
- **Особенности нормализации показателей**
- В период реконвалесценции картина крови нормализуется
- Сохраняющиеся изменения могут указывать на:
 - Наличие сопутствующих заболеваний
 - Развитие осложнений (флегмона, абсцесс)

- **Инструментальные методы:**
 - ЭКГ, R-гр.,
 - Ультразвуковая доплерография сосудов
 - КТ, МРТ
 - Термография для оценки распространенности воспаления
- **Особенности формулировки диагноза**
- **Структура диагноза включает:**
 - Форму заболевания
 - Локализацию процесса
 - Тяжесть течения
 - Кратность заболевания
 - Осложнения (при наличии)
 - Сопутствующие заболевания
- **Дополнительные исследования - показания к проведению:**
 - Наличие сопутствующих заболеваний
 - Тяжелое течение основного заболевания
 - Необходимость дифференциальной диагностики

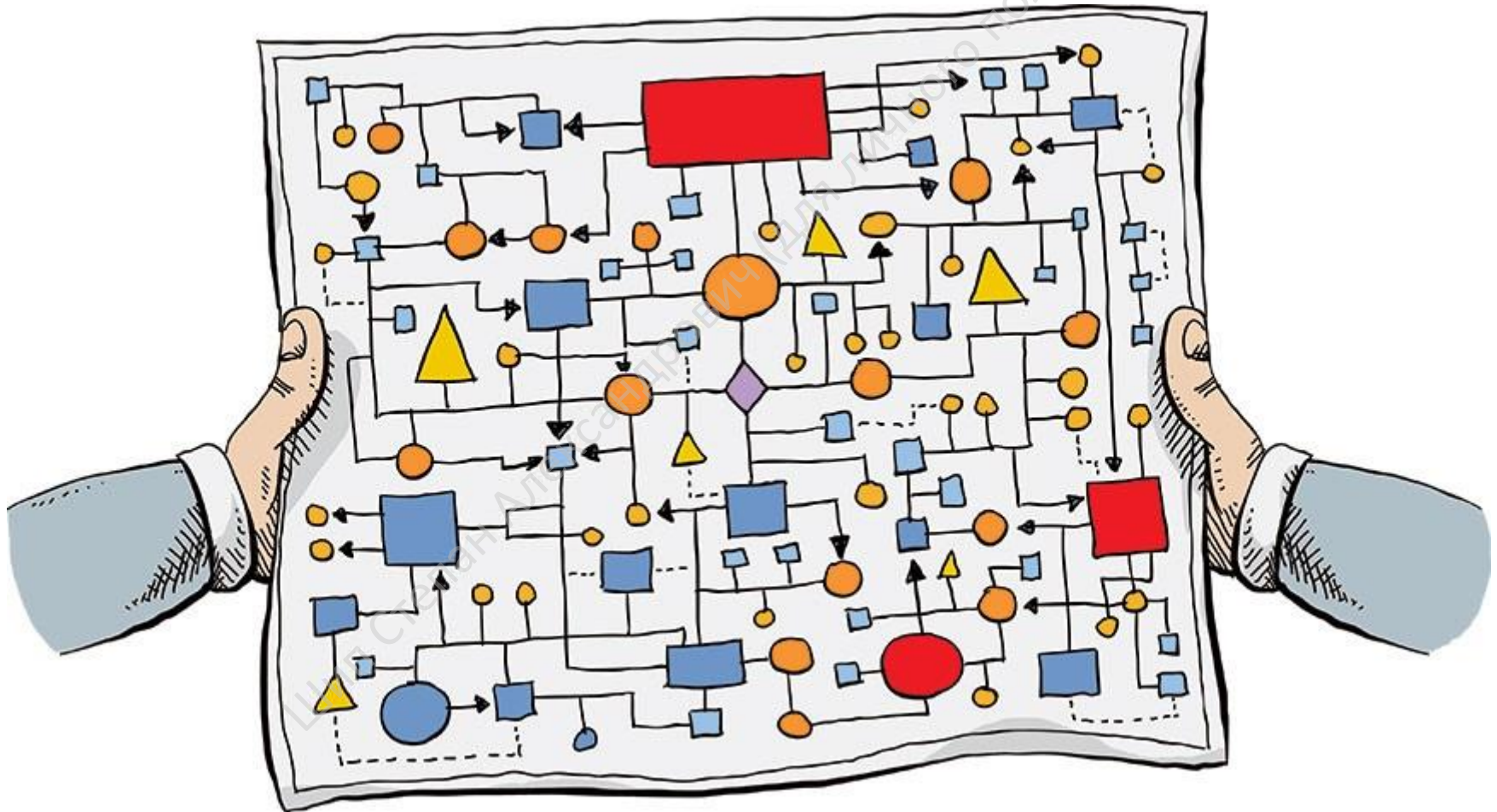
- **Консультации специалистов:**

- Терапевт
- Эндокринолог
- Отоларинголог
- Дерматолог
- Хирург
- Офтальмолог

- **Важные замечания**

- Достоверных лабораторных методов диагностики не существует
- Окончательный диагноз ставится на основании совокупности клинических признаков
- Лабораторные методы имеют второстепенное значение
- Термография эффективна для оценки распространенности воспаления и контроля лечения

• Дифференциальная диагностика рож:



- **Более 50 нозологий для диф.диагноза с рожей:**
- **1. Инфекционные заболевания:**
- **Системный клещевой боррелиоз** (кольцевидная эритема)
- **Эризипеллоид** (свиная рожа)
- **Простой герпес**
- **Опоясывающий герпес**
- **Острая пузырчатка**
- **Сибирская язва**
- **2. Хирургические заболевания для дифференциальной диагностики:**
- **Абсцесс** (локальное гнойное воспаление)
- **Флегмона** (разлитое гнойное воспаление)
- **Флебит**
- **Тромбофлебит** (воспаление/тромбоз вен)
- **Нагноившаяся гематома**
- **Панариций**

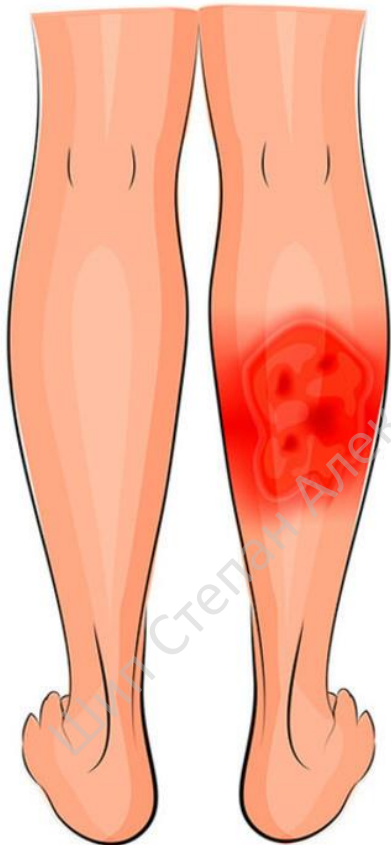
• **3. Терапевтические, кожные (дерматологические) заболевания:**

- **Дерматит** (включая аллергический)
- **Экзема** (в том числе венозная)
- **Узловатая эритема**
- **Буллезная токсидермия**
- **Многоформная экссудативная эритема**
- **Синдром Стивенса-Джонсона**
- **Спонтанный панникулит**
- **Волчанка Капоши-Ирганга**
- **Полиморфно-дермальный ангиит**

• **4. Прочие состояния:**

- **Укусы насекомых** (ос, шершней, пчел)
- **Облитерирующий эндартериит** с трофическими нарушениями
- **Системная красная волчанка**
- **Склеродермия**

- **Ключевые особенности рожи в сравнении с другими заболеваниями:**



Рожа



**Заболевание вызывается
бета-гемолитическим
стрептококком группы А**

- **Начало заболевания:**
 - Острое начало
 - Резко выраженный интоксикационный синдром
 - Интоксикация предшествует развитию местного воспаления
- **Локализация процесса:**
 - Преимущественно нижние конечности и лицо
 - Четкие границы очага воспаления
 - Поражение дермы
- **Характер воспаления:**
 - Серозный или серозно-геморрагический характер
 - Наличие отека
 - Отсутствие флюктуации
- **Особенности местного процесса:**
 - Равномерное поражение без четкой болезненности в центре
 - +/- Отсутствие связи с укусами насекомых
 - +/- Отсутствие характерных для других заболеваний элементов (узлов, пузырей)

- **Интоксикация:**
 - Резко выражена
 - Температура выше 38-39°C
 - Развивается раньше местных проявлений

- **Лимфатическая система:**
 - Наличие регионарного лимфаденита
 - Отсутствие полиаденита (как при некоторых других заболеваниях)

- **Отличие от кожных заболеваний:**
 - Отсутствие зуда
 - Отсутствие мокнутия и шелушения
 - Отсутствие везикуляции

- **Болевой синдром:**
 - Отсутствие выраженных болей в покое
 - Умеренная болезненность при пальпации

- **Отличие от сосудистых патологий:**
 - Не связана с ходом сосудистого русла
 - Нет характерных для тромбофлебита болезненных тяжей

- **Общие признаки:**
 - +/- Отсутствие профессиональной обусловленности (в отличие от эризипелоида – свиная рожа)
 - Отсутствие кольцевидной формы очага (в отличие от иксодового клещевого боррелиозе)

Шип Степан Александрович (для личного пользования)

Лечение



- **Общие принципы лечения**
- **Показания к госпитализации**
 - Тяжелое течение с выраженной интоксикацией
 - Распространенное поражение кожи
 - Частые рецидивы заболевания
 - Наличие тяжелых сопутствующих заболеваний
 - **Возрастные особенности:** детский или старческий возраст
- **Амбулаторное лечение**
- Применяется при легком и среднетяжелом течении.
- **Антибактериальные препараты на амбулаторном этапе (10 дней):**
 - Цефалоспорины
 - Фторхинолоны
 - Доксициклин
 - Азитромицин
 - Спирамицин
 - Эритромицин

- **Антибактериальные препараты на стационарном лечении:**

- Цефалоспорины
- Фторхинолоны
- Аминогликозиды
- Бензилпенициллин (6-12 млн ЕД/сутки)
- Линкомицин

- **Комплексная терапия**

- НПВС (диклофенак и аналоги)
- Препараты кальция
- Витамины группы В
- Аскорбиновая кислота
- При необходимости – дезинтоксикационная терапия
- Венотоники (диосмин) при лимфостазе!, фибредеме!

Шип Степан Александрович (для личного пользования)

- **Лечение рецидивов**
- **Двухкурсовое лечение** разными антибиотиками
- **Иммуномодулирующая терапия:**
 - Пентоксил
 - Метилурацил
 - Продигиозан
 - Реаферон
 - Имунофан
- **Физиотерапевтические методы**
- **Острый период:**
 - УФО пораженного участка
 - УВЧ на область инфильтрата
- **Период восстановления:**
 - Аппликации озокерита
 - Парафиновые аппликации
 - Радоновые ванны
 - Электрофорез лидазы
 - Лазеротерапия

- **Местная терапия**
- При буллезных формах:
 - Надрезание пузырей / Консервативное ведение (?)
 - Асептические повязки с антисептическим средством (хлоргексидин, фурацилин, димексид, эктерицид(?) и пр.)
- При эритематозной форме местные средства не показаны
- **Мази в местном лечении:**
- В остром периоде не показано / запрещено использование мазей:
 - Ихтиоловой мази
 - Бальзама Вишневского
 - Мазей с антибиотиками
- В период заживления / эпителизации эрозий, отхождения корочек используются:
 - Мазь «Левомеколь»
 - Бальзам «Винилин»
 - Гидросорб-гель
 - Олазоль
- Прогноз при тяжелом преморбидном фоне - возможны осложнения и рецидивы заболевания.

- **Лечение рецидивирующей рожи**
- **Обязательная госпитализация** — лечение рецидивирующей рожи проводится только в условиях стационара
- **Резервная антибиотикотерапия** — используются антибиотики, которые не применялись при предыдущих рецидивах
- **Двухкурсовое лечение** рекомендуется при частых рецидивах рожи
 - **Первый курс** включает применение цефалоспоринов или других препаратов в течение 10 дней
 - **Возможен перерыв между курсами** - 2–3 дня
 - **Второй курс** проводится антибиотиком другой фарм.группы, например, фторхинолоны, макролиды, линкомицин (7 дней)
 - **Целевая направленность** терапии — воздействие на бактериальные и L-формы стрептококка

Профилактика



• Принципы профилактики рожи

• Специфическая профилактика

- Отсутствует, так как развитие болезни связано с индивидуальной предрасположенностью
- Постинфекционный иммунитет нестойкий

• Неспецифическая профилактика

• Санация очагов инфекции:

- Борьба с грибковыми заболеваниями стоп
- Лечение хронического тонзиллита, отита, синусита и пр.
- Санация полости рта, лечение кариозных зубов и пр.

• Личная гигиена:

- Защита целостности кожных покровов
- Избегание потертостей и микротравм
- Отказ от ношения шерстяных носков
- Соблюдение правил асептики

• Коррекция сопутствующих состояний:

- Борьба с лимфовенозной недостаточностью
- Контроль сахарного диабета
- Лечение ожирения



- **Диспансерное наблюдение**
- **Сроки наблюдения:**
 - После первичной рожы: 3 месяца
 - При рецидивирующей форме: не менее 2 лет после последнего рецидива
- **Дополнительные меры**
 - Своевременная обработка ран и трещин
 - Строгое соблюдение асептики при медицинских манипуляциях
 - Лечение сопутствующей дерматологической патологии
 - Защита от переохлаждения и травматизации



• Бициллинопрофилактика рожи

• Определение и назначение

- Бициллинопрофилактика — часть комплексного диспансерного лечения рецидивирующей формы рожи
- Цель — предупреждение рецидивов, связанных со стрептококковой реинфекцией

• Механизм действия бициллинопрофилактики

- Предупреждает реверсии L-форм стрептококка в исходные бактериальные формы

• Препараты бициллинопрофилактики :

- Бициллин-5 (1,5 млн ЕД)
(Действующее вещество: Бензатина бензилпенициллин + Бензилпенициллин прокаина)
- Бициллин-1 (2,4 млн ЕД)
(Активное вещество: Бензатина бензилпенициллин)

- **Показания к применению бициллинопрофилактики**

- Частые рецидивы (≥ 3 за последний год)
- Выраженная сезонность рецидивов
- Значительные остаточные явления после болезни

- **Схема проведения бициллинопрофилактики**

- При частых рецидивах:
 - Круглогодичная профилактика 2-3 года
 - Интервал 3 недели (первые месяцы — 2 недели)
- При сезонных рецидивах:
 - Начало за месяц до сезона
 - Интервал 3 недели
 - Длительность 3-4 месяца ежегодно
- При остаточных явлениях после перенесенной рожи:
 - Интервал 3 недели
 - Длительность 4-6 месяцев

- **Важные условия бициллинопрофилактики**
 - Предварительная проверка на переносимость пенициллина
 - Прием антигистаминных препаратов за 15-20 минут до инъекции
 - Первая инъекция через 1-2 недели после окончания антибиотикотерапии
- **Побочные эффекты бициллинопрофилактики**
 - Встречаются у 6-8% пациентов
 - Чаще нетяжелые:
 - Покраснение и зуд в месте инъекции
 - Субфебрильная температура
 - Редко — аллергическая сыпь

Шип Степан Александрович (для личного пользования)



- Благодарю за внимание

