

ИНФЕКЦИИ НАРУЖНЫХ ПОКРОВОВ

РОЖА

Рожа (erysipelas) - форма стрептококковой инфекции, характеризующаяся острым или хроническим течением с образованием на коже (редко на слизистых оболочках) отграниченного очага серозного или серозногеморрагического воспаления, сопровождающегося общетоксическими явлениями.

Заболевание имеет склонность к рецидивирующему течению.

Исторические сведения. Рожа подробно описана еще в древности. Возбудитель болезни - стрептококк-выделен в 1882 г. Ф. Фелейзенем. Многие врачи XVIII-XIX вв. (Дж. Гунтер, Н. И. Пирогов, Н. Земмельвейс и др.) отмечали контагиозный характер болезни. В больницах, госпиталях и родильных домах частыми были эпидемии рожи с высокой летальностью. В настоящее время рожа - спорадическая, малоконтагиозная болезнь, имеющая, однако, повсеместное распространение. Заболеваемость рожей в СССР составляет 12- 20 случаев на 10 000 населения.

Этиология. Возбудитель рожи - бета-гемолитический стрептококк группы А, включающий большое число серологических вариантов, бета-гемолитические стрептококки - факультативные анаэробы, устойчивые к воздействию факторов внешней среды, но чувствительные к нагреванию до 56 °С в течение 30 мин, воздействию основных дезинфектантов и антибиотиков (пенициллин, тетрациклин, левомицетин и др.).

Эпидемиология. Источник инфекции - больной рожей и в равной мере другими формами стрептококковой инфекции (скарлатина, ангина, пневмония, стрептодермия), а также здоровые носители бета-гемолитического стрептококка.

Инфицирование происходит в результате проникновения стрептококка через поврежденную кожу или слизистые оболочки. Контагиозность рожи незначительна. Инфекции более подвержены женщины и лица пожилого возраста. Заболеваемость повышается в летне-осенний период.

Патогенез и патологическая анатомия. Входными воротами инфекции являются кожа (обычно травмированная) и слизистые оболочки. Возможен гематогенный занос возбудителя в кожу из очагов стрептококковой инфекции. В результате воздействия стрептококков и резорбции их токсинов развиваются серозное или серозно-геморрагическое воспаление в коже или слизистых оболочках и общетоксический синдром. Определяющим моментом патогенеза, по-видимому, является индивидуальная предрасположенность к роже приобретенного или врожденного характера, в том числе гиперчувствительность замедленного типа к гемолитическому стрепто-кокку.

Рожа - инфекционно-аллергическое рецидивирующее заболевание. Патогенез различных форм течения рожи имеет значительные отличия. Первичная, повторная рожа и так называемые поздние ее рецидивы протекают как острая циклическая стрептококковая инфекция.

Рецидивирующая же рожа (с частыми и ранними рецидивами) относится к хронической эндогенной стрептококковой инфекции. В патогенезе последней большое значение имеют L-формы бета-гемолитического стрептококка, персистирующего в клетках СМФ кожи, и выраженный аллергический компонент.

Таким образом, рецидивы болезни имеют двоякое происхождение:

- а) ранние обусловлены оживлением эндогенных "дремлющих" очагов инфекции в коже;
- б) поздние, или повторные, заболевания являются преимущественно следствием реинфекции новыми сероварами стрептококка на фоне пониженной резистентности организма, нарушений трофики кожи и лимфообращения.

Парааллергические воздействия (физические, химические и другие факторы) провоцируют развитие ранних и поздних рецидивов кожи. Морфологические изменения при роже представлены серозным или серозно-геморрагическим воспалением. Наблюдаются отек, лимфоцитарная периваскулярная инфильтрация в области дермы, а также дезорганизация коллагеновых и эластических волокон. Сосуды становятся ломкими, вследствие чего возникают геморрагии.

Иммунитет после перенесенного заболевания не возникает.

Клиническая картина. Инкубационный период равен 2-5 дням, но может укорачиваться до нескольких часов.

В клинической классификации заболевания различают первичную, рецидивирующую и повторную рожу, протекающие в легкой, средней тяжести и тяжелой формах. В зависимости от характера местных изменений различают эритематозную и эритематозно-буллезную, эритемо-геморрагическую и буллезно-геморрагическую формы, которые могут протекать в виде локализованных, распространенных или метастатических очагов воспаления.

Заболевание начинается остро: появляется озноб, температура тела повышается до 39-40 °С. В тяжелых случаях могут быть рвота, судороги, бред. Через несколько часов чаще всего на коже лица, конечностей, реже - туловища и еще реже - на слизистых оболочках развивается рожистое воспаление.

Сначала больной чувствует напряжение, жжение, умеренную боль в пораженном участке, затем появляются отек и покраснение.

В случае *эритематозной формы* рожи гиперемия обычно яркая, имеет четкие границы со здоровой кожей, по периферии воспалительного очага определяется валик, края участка неровные, напоминают очертания географической карты. Воспаленный участок возвышается над уровнем здоровой кожи, на ощупь горячий, слегка болезненный. Степень отека обычно зависит от локализации рожистого процесса: наиболее выражен отек в области ладоней (особенно на веках), пальцах, половых органах. При неосложненном течении болезни вскоре начинается обратное развитие процесса: угасает гиперемия, уменьшается отек, возникает непродолжительное, шелушение кожи. Изредка в зоне эритемы возможно образование кровоизлияний в эпидермисе и дерме.

При *эритематозно-буллезной форме* рожи спустя несколько часов или 2-3 дня на отдельных участках пораженной кожи эпидермис отслаивается, образуются различной величины пузыри, наполненные серозной жидкостью. В дальнейшем пузыри лопаются, жидкость вытекает, образуются корочки, при отторжении которых видна нежная кожа. Рубцов при этих формах рожи не остается.

При *эритематозно-геморрагической форме* на фоне эритемы возникают кровоизлияния.

Буллезно-геморрагическая форма сопровождается кровоизлияниями в полость пузырей и окружающую ткань, вследствие чего содержимое пузырей приобретает сине-багровый или коричневый цвет. При вскрытии их образуются эрозии и изъязвления кожи, нередко осложняющиеся

флегмоной или глубокими некрозами, после которых остаются рубцы и пигментация. Вокруг пораженного участка кожи обычно наблюдаются лимфангиты. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны. Местные поражения при роже исчезают к 5-15 дню (иногда позже).

При *первичной роже* процесс чаще локализуется на лице и начинается с носа (рис. 47), реже - на верхних конечностях, где отмечаются преимущественно эритематозная и эритематозно-буллезная формы болезни с выраженными общими явлениями и сильными болями по ходу лимфатических сосудов и вен.

Высокая температура тела держится 5-10 дней. Температурная кривая может иметь постоянный, ремиттирующий или интермиттирующий характер. Снижается температура чаще критически, иногда укороченным лизисом.

Токсическое поражение ЦНС проявляется апатией, головной болью, бессонницей, рвотой, судорогами, иногда менингеальным синдромом и потерей сознания.

Отмечается приглушение сердечных тонов. Пульс соответствует температуре тела или опережает ее. Развивается гипотензия. Appetit с первых дней снижен, наблюдается задержка стула.



Рис. 47. Рожистое воспаление левой половины лица, эритематозная форма

Отмечаются олигурия и протеинурия, в осадке мочи обнаруживают эритроциты, лейкоциты, гиалиновые и зернистые цилиндры.

В крови умеренный лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом формулы влево; СОЭ умеренно повышена.

Рецидивирующая рожа - это возврат болезни в период от нескольких дней до 2 лет с локализацией местного воспалительного процесса в области первичного очага. Рецидивы рожи встречаются в 25-88% случаев. При частых рецидивах лихорадочный период может быть коротким, а местная реакция незначительной.

Рецидивирующие формы болезни вызывают значительно выраженные нарушения лимфообращения, лимфостазы, слоновость и гиперкератоз. Поражаются преимущественно нижние конечности, что часто обусловлено наличием трофических поражений кожи ног, опрелостей, ссадин, потертостей, создающих условия для появления новых и оживления старых очагов болезни.

Повторная рожа возникает более чем через 2 года после первичного заболевания. Очаги часто имеют другую локализацию. По клиническому проявлению и течению повторные заболевания не отличаются от первичной рожи.

Осложнения болезни: флегмоны, флебиты, глубокие некрозы кожи, пневмония и сепсис - встречаются редко. Прогноз при адекватном лечении благоприятный.

Диагностика. При выраженных изменениях на коже диагноз рожи ставится на основании острого начала заболевания с явлениями интоксикации, ярко отграниченной гиперемии, отека и других характерных изменений в области пораженного участка кожи.

При дифференциальной диагностике необходимо исключить эритемы, дерматиты, экзему, абсцессы, флегмоны, тромбозы поверхностных вен, эризипелоид аллергические дерматиты.

Лечение. Комплексное лечение больных рожей включает антибиотикотерапию, применение глюкокортикоидов, неспецифических стимулирующих препаратов и физио-терапевтические процедуры.

Первичная рожа и ранние рецидивы могут быть излечены при продолжительном применении антибактериальных препаратов. Пенициллин назначают в суточной дозе от 1,3-3,0 млн ЕД при легкой форме, до 8,0 млн ЕД при тяжелой форме; его вводят внутримышечно через 3-4 ч в течение 7-10 дней. Эффективны эритромицин, тетрациклин, нитрофурановые препараты в обычных дозах. При частых рецидивах болезни используют полусинтетические пенициллины: оксациллин (по 1 г 4 раза в день), метициллин (по 1 г 6 раз в день) и ампициллин (по 1 г 4 раза в день) в течение 8-10 дней, проводя повторные курсы.

Для лечения рецидивирующей рожи с частыми обострениями лицам молодого и среднего возраста, безуспешно леченным ранее антибиотиками, назначают глюкокортикостероиды (преднизолон в дозе 30-40 мг в день, которую постепенно уменьшают). Применяют аутогемотерапию, донорский гамма-глобулин, продигозан (5-7 инъекций на курс), витамины группы В, аскорбиновую кислоту с рутином, симптоматические средства. В комплексное лечение включают физиотерапевтические методы.

В острый период назначают ультрафиолетовое облучение в эритемных дозах и УВЧ с последующим применением озокерита и радоновых ванн.

Местное лечение при эритематозной роже применять не следует, так как оно раздражает кожу и усиливает экссудацию. При буллезных формах следует на предварительно надрезанные пузыри повязку с раствором этакридина лактата (1:1000), фурацилина (1:5000), хлорфиллипта.

Профилактика. Госпитализация больных рожей в основном должна проводиться в инфекционные больницы и отделения, а при гнойных осложнениях - в хирургические отделения.

При упорных рецидивирующих формах рожи показана непрерывная (круглогодичная) профилактика бициллином-5 на протяжении 2 лет.

Важное значение имеют соблюдение правил гигиены, защита целостности кожных покровов, санация очагов хронической стрептококковой инфекции, создание полноценных условий труда, устраняющих переохлаждение и травматизацию.

Источник: Шувалова Е. П. Инфекционные болезни: Учебник. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 1990. -560 с.: ил. (Учеб. лит. для студ. мед. ин-тов).