

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России)

Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО

Зав.кафедрой: д.м.н. профессор Тихонова Е.П.

Руководитель ординаторы: к.м.н., доцент Кузьмина Т.Ю.

**РЕФЕРАТ НА ТЕМУ:
"СТРЕПТОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ: РОЖА "**

*Реферат
проверен
доц. Т.Ю. К.*

Выполнила:
ординатор 1 года
Зотина Е.Н.

2019 год.

Содержание:

- Введение
- Этиология
- Эпидемиология
- Патогенез
- Клиника
- Диагностика
- Лечение
- Профилактика
- Список литературы

Рожа -антропонозное инфекционно-аллергическое заболевание, - гемолитическим стрептококком группы А и характеризующееся серозным и серозно-геморрагическим очаговымβпротекающее в острой и хронической форме, вызываемое воспалением кожи или слизистых оболочек, лихорадкой и выраженной интоксикацией.

Этиология

Возбудителем рожи является βгемолитический стрептококк группы А. любых серологических типов, циркулирующих в данной местности. Это Г+ микроорганизм, который может существовать в бактериальной, переходной и L- формах. гемолитические стрептококки группы А (*S. pyogenes*) наиболее вирулентные для человека. Они вызывают фарингит, тонзиллит, раневые и кожные инфекции, септицемию, скарлатину, пневмонию, ревматическую атаку, гломерулонефрит и др. В чистой культуре он впервые выделен Feleisen (1882) от больного рожей.

Эпидемиология

Заболевание рожей встречается повсеместно в виде спорадических случаев, однако в связи с отсутствием точного учета заболеваемости этой инфекцией судить об уровне истинного распространения рожи затруднительно. Как известно, рожа не регистрируется противоэпидемической службой, на эту инфекцию не оформляются экстренные извещения, отсутствует

обязательность госпитализации, большинство пациентов лечатся амбулаторно у врачей разного профиля.

Примерно одна треть больных составляют рецидивирующую форму болезни. Болеют преимущественно женщины. Дети в настоящее время рожей болеют редко. В возрасте до 18 лет регистрируются лишь единичные случаи инфекции. С 20 лет заболеваемость возрастает, причем в возрастном интервале от 20 до 30 лет чаще болеют мужчины. В целом среди больных рожей преобладают лица среднего и пожилого возраста. Больные рожей в возрасте 41-65 лет и старше составляют больше половины всех госпитализируемых лиц с данной инфекцией. Среди больных рожей преобладают лица, занимающиеся физическим трудом. Наибольшая заболеваемость отмечается среди слесарей, грузчиков, шоферов, каменщиков, плотников, уборщиц, кухонных рабочих, электромонтеров и лиц других профессий, связанных с частой микротравматизацией и загрязнением кожи, а также резкими сменами температуры. Сравнительно часто болеют домохозяйки и пенсионеры.

Для рожи характерна выраженная сезонность, пик заболеваемости приходится на весенне-летний период и выраженный спад заболеваемости в зимний период и в начале весны.

Заражение происходит в основном контактным путем через кожу и слизистые оболочки при их микротравматизации и загрязнении (потёртости, царапины, расчесы, трещины и др.). Входными воротами инфекции могут служить места укусов насекомых, особенно при их расчесывании. Факторами передачи служат загрязненные стрептококками руки, одежда обувь, перевязочный материал, загрязненный медицинский инструментарий и т.д. Наряду с основным, контактным механизмом передачи инфекции, возможен воздушно-капельный путь с первичным инфицированием носоглотки и последующим заносом микробов на кожу руками, а также лимфогенным и гематогенным путями.

Патогенез

Общие закономерности развития болезни при экзогенном пути заражения у больных с первичной, повторной и редко рецидивирующей рожей отличаются от патогенеза хронической, упорно рецидивирующей рожи при эндогенном пути заражения.

Внедрение β -гемолитического стрептококка в кожу происходит в связи с повреждением ее у больных с первичной рожей или инфицированным из очага латентной инфекции при часто рецидивирующей. Далее происходит размножение возбудителя в лимфатических капиллярах дермы. Экзо- и эндотоксины проникают в кровеносное русло, а это ведет к появлению озноба, высокой лихорадки и остальных симптомов интоксикации. Бактериемия носит кратковременный характер, и ее значение в развитии болезни до конца не выяснено.

Местный воспалительный очаг носит инфекционно-аллергический характер, он связан с образованием иммунных комплексов (ИК) в дерме и сосочковом слое кожи с одновременной инфильтрацией лимфоцитами. При периваскулярном расположении ИК, содержащих третью фракцию комплемента, они выступают в качестве пускового механизма, вызывающего внутрисосудистое свертывание крови с нарушением целостности сосудистой стенки, микротромбообразованием и микрокровоизлияниями. Так формируется местный геморрагический синдром. В редких случаях кровоизлияние в глубоких слоях кожи может привести к развитию некроза, некротического фасцита. Поражаются капилляры кровеносных и лимфатических сосудов. Нарушение капиллярного лимфообращения в коже ведет к образованию геморагии и пузырей (булл) с серозным и геморрагическим содержимым.

Формирование очагов хронической стрептококковой инфекции в коже и регионарных лимфатических узлах с наличием бактериальных и L-форм стрептококка приводит у ряда больных к развитию ранних рецидивов рожи. Элиминация бактериальных форм стрептококка на фоне фагоцитоза, образования ИК и других механизмов защиты может заканчиваться выздоровлением. Заболеванию рожей способствуют аллергизация организма к стрептококку и его токсинам и снижение уровня факторов естественной резистентности. Перенесенная даже однократно, рожа усиливает предрасположение к рецидивированию. Без индивидуального предрасположения с аутоиммунными и иммунокомплексными реакциями не возникает характерная клиническая картина с негнойным воспалительным очагом.

Угнетение клеточного иммунитета сопровождается уменьшением общего числа Т-клеток, субпопуляций Т-лимфоцитов (киллеров и хелперов). Снижение показателей активности гуморального иммунитета характеризуется падением уровня IgA, противострептококковых антител

(АСЛ-О, АСГ, АСК), повышением аутоиммунных реакций по отношению к антигенам кожи и тимуса. Относительная недостаточность глюкокортикоидов и повышение уровня минералокортикоидов поддерживают отечный синдром. Несмотря на широкое распространение стрептококка, рожей заболевают лишь те лица, у которых есть врожденная или приобретенная предрасположенность, генетически детерминированная способность к развитию определенного характера ответных реакций организма на стрептококк.

Инфекционно-аллергические и иммунокомплексные механизмы формирования местного воспалительного очага объясняют его негнойный - серозный или серозногеморрагический - характер. Первичная, повторная рожа и единичные поздние их рецидивы протекают по типу острой стрептококковой инфекции с быстрой элиминацией возбудителя; часто рецидивирующая - по типу хронической с очагом тлеющей инфекции.

Поражение кровеносных и лимфатических капилляров при предшествующей неполноценности лимфатических узлов может приводить к склерозированию их стенок с последующим нарушением оттока лимфы. Метаболические нарушения в коже способствуют повышению активности фибробластов, образованию соединительной ткани и лимфедеме.

При повторных рецидивах и последующих нарушениях лимфооттока процессы фиброза прогрессируют, образуется фибредема (вторичная слоновость). Установлено, что у больных рецидивирующей рожей функциональная активность нейтрофилов снижается. Повышение активности клеточного и гуморального иммунитета способствует саногенезу. Саногенез связан с нейтрализацией токсинов и формированием активной фагоцитарной реакции по отношению к стрептококку.

Патоморфологические изменения у больных рожей характеризуются утолщением эпидермиса и дермы за счет отека, инфильтрацией лимфоидными, гистиоцитарными элементами; при геморрагических проявлениях характерен геморрагический экссудат с примесью фибрина. При гистологическом исследовании кожи на месте бывшего очага видны признаки серозного или серозно-геморрагического воспаления с мелкоклеточной лейкоцитарной инфильтрацией дермы, преимущественно вокруг капилляров. В экссудате обнаруживаются стрептококк и клеточные элементы крови. Во внутренних органах специфических морфологических изменений не выявляется. Дистрофические изменения выражены умеренно.

Для больных геморрагической розей типичны выраженные нарушения гемостаза и фибринолиза, проявляющиеся повышением уровня в крови фибриногена, ПДФ (продукты деградации фибриногена), РКМФ (растворимые комплексы мономеров фибрина), увеличением или снижением количества плазминогена, плазмина антитромбина III, повышением уровня 4-го фактора тромбоцитов, уменьшением их количества.

КЛИНИКА РОЖИ

Клиническая классификация:

В настоящее время на территории Российской Федерации преимущественно используется классификация рози, предложенной В.Л. Черкасовым (1977), в соответствие с которой заболевание подразделяют:

I. По характеру местных проявлений:

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

II. По степени интоксикации (тяжести течения):

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

III. По кратности течения:

- первичная;
- повторная (возникающая более чем через 2 года с иной локализацией процесса);
- рецидивирующая (при наличии не менее трех рецидивов рози за год целесообразно определение «часто рецидивирующая роза»).

IV. По распространенности местных проявлений:

- локализованная роза;
- распространенная (мигрирующая) роза;

- метастатическая рожа с появлением отдаленных друг от друга очагов воспаления.

V. Осложнения рожи: 1. местные; 2. общие.

VI. Последствия рожи:

1. стойкий лимфостаз (лимфатический отек, лимфедема);
2. вторичная слоновость (фибредема).

Клиническая картина рожи. Как и при многих инфекционных заболеваниях для рожи характерно фазность развития. При первичной и повторной роже, при которых экзогенный путь заражения является ведущим, удается установить инкубационный период, составляющий от нескольких часов до 3 - 5 дней, продромальный период (выявляется не всегда), период выраженных клинических проявлений рожистого воспаления (5-15 суток) и период реконвалесценции.

Острое начало болезни наблюдался в 97,7 – 98,5% случаев. Разгар заболевания наступает в сроки от нескольких часов до 1-2 сут. от начала болезни. Достигают своего максимума общетоксический синдром и лихорадка. Появляются 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 на туловище, в области молочной железы, промежности, наружных половых органов. При своевременно начатом лечении и не осложненном течении рожи длительность лихорадки обычно не превышает 5 сут. У 10 - 15% больных лихорадка сохраняется более 7 сут., что наблюдается при распространенном процессе и недостаточно полноценной этиотропной терапии. У большинства (70%) больных возникает регионарный лимфаденит, развивающийся при всех формах болезни.

Потрясающие ознобы, являясь характерным началом болезни, наблюдались у 86,2% больных. Токсический синдром характеризовался головной болью (90,4%), общей слабостью (86,7%), адинамией (60,1%), мышечными болями (44,9%), рвотой (15,7%), и анорексией (33,5%). Кроме того, выявлялись такие симптомы как артралгии (47,2%), чувство жжения на месте рожистого процесса (76,6%), зуд кожи в области поражения (17,)%). У 22,5% больных отмечалось ограничение движения в суставах, у 61,0% - болезненность в области лимфатических узлов (чаще паховых, шейных) и сосудов. Кожная

гиперестезия в области локализации рожистого процесса отмечена в 89,4% случаях, отечность пораженного участка – у 86,7% наблюдавшихся пациентов.

Симптомы интоксикации наиболее были выражены у больных с эритематозно-буллезной и буллезно-геморрагической формами болезни. Наиболее длительная лихорадка была характерна для буллезных форм болезни

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

К остаточным явлениям рожи относятся пастозность и пигментация кожи, застойная гиперемия на месте угасшей эритемы, плотные сухие корки на месте булл, отечный синдром. Они сохраняются на протяжении нескольких недель и месяцев. Увеличенные и болезненные лимфатические узлы, инфильтраты кожи в области угасшего очага воспаления, субфебрильная температура указывают на вероятность развития рецидивов. Длительно сохраняющийся лимфостаз - признак ранней стадии вторичной слоновости.

Эритематозная форма рожи может быть самостоятельной клинической формой заболевания или 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 гиперемизированной кожи с неровными границами в виде зубцов или языков пламени. Кожа в области эритемы инфильтрирована, напряжена, горячая на ощупь, умеренно болезненная при пальпации (больше по периферии эритемы). В ряде случаев обнаруживается «периферический валик» в виде инфильтрированных и возвышающихся краев эритемы. Наряду с гиперемией и инфильтрацией кожи развивается ее отек, распространяющийся за пределы эритемы.

Эритематозно-буллезная рожа развивается в сроки от нескольких часов до 2-5 сут на фоне рожистой эритемы. Развитие пузырей связано с повышенной серозной экссудацией в очаг воспаления и отслойкой эпидермиса от дермы скопившейся жидкостью. При повреждении поверхностей пузырей или их самопроизвольном разрыве происходит истечение экссудата, нередко 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.

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 фибринозно-геморрагическим экссудатом, возникают обширные кровоизлияния в кожу в области эритемы. Образовавшиеся пузыри бывают разных размеров. Они имеют темную окраску с просвечивающими желтыми включениями фибрина. При значительных кровоизлияниях в дно пузыря и толщу кожи возможно развитие некроза, иногда с присоединением вторичного нагноения, образованием язв.

Эритематозная форма болезни встречается в 46,8% случаев, эритематозно-буллезная – в 25,2%, эритематозно-геморрагическая - в 17,9% и буллезно-геморрагическая - в 10,1% случаев заболевания.

Критериями тяжести рожи являются выраженность токсического синдрома и распространенность местного процесса.

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

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

К тяжелой (III-я степень интоксикации) форме рожи относятся случаи болезни с сильно выраженной интоксикацией. При этом наблюдается интенсивная головная боль, повторная рвота, высокая лихорадка (выше 40°C), иногда затмение сознания, явления менингизма, судороги.

Распространенную буллезно-геморрагическую рожу с обширными пузырями

следует считать тяжелой даже при отсутствии резко выраженного токсикоза и гипертермии.

Осложнения рожи наблюдаются у 5-8% больных. К местным осложнениям рожи можно отнести абсцессы, флегмоны, некрозы кожи, пустулизацию булл, флебиты, тромбофлебиты, лимфангиты, периадениты. Наиболее часто осложнения возникают у больных буллезно-геморрагической рожой. При тромбофлебитах чаще поражаются подкожные и реже - глубокие вены голени. Такие осложнения являются основанием для госпитализации и лечения больных в гнойных хирургических отделениях.

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

К последствиям рожи относятся стойкий лимфостаз (лимфедема) и собственно вторичная слоновость (фибредема).

Диагностические критерии

Диагностическими критериями рожи в типичных случаях являются:

- острое начало болезни с выраженными симптомами интоксикации, повышением температуры тела до 38-39°C 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.

Лабораторная диагностика.

Определенное диагностическое значение имеют повышенные титры антистрептолизина-О и других противострептококковых антител, выявление бактериальных и L-форм стрептококка в крови больных, что особенно важно при прогнозировании рецидивов у реконвалесцентов.

В последние годы для диагностики рожи стали использовать полимеразную цепную реакцию (ПЦР). У большинства больных в разгар заболевания обычно отмечаются умеренный нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, анэозинофилия, умеренное повышение СОЭ.

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.

Важнейшее место в комплексном лечении больных рожей занимает антибактериальная (этиотропная) терапия. При лечении больных в условиях поликлиники и на дому целесообразно назначение антибиотиков перорально: эритромицин 0,3 г 4 раза в сутки, олететрин 0, 25 г. 4-5 раз в сутки, доксициклин по 0,1 г 2 раза в сутки, спирамицин 3 млн МЕ 2 раза в сутки (курс лечения 7 - 10 дней); азитромицин - в 1-й день 0,5 г, затем в течение 4 дней по 0,25 г 1 раз в день (или по 0,5 г 5 дней); ципрофлоксацин - 0,5 г 2 - 3 раза в день (5 - 7 дней); бисептол (сульфатон) - 0,96 г 2-3 раза в день в течение 7 - 10 дней; рифампицин - 0,3 - 0,45 г 2 раза в день (7 - 10 дней). При непереносимости антибиотиков показаны фуразолидон - 0,1 г 4 раза в день (10 дней); делагил по 0,25 г 2 раза в сутки (10 дней).

Лечение рожи в условиях стационара целесообразно проводить бензилпенициллином в суточной дозе 6-12 млн ЕД, курс 7-10 дней. При тяжелом течении заболевания, развитии осложнений (абсцесс, флегмона и др.) возможны сочетание бензилпенициллина и гентамицина (240 мг 1 раз в день в/м), назначение цефалоспоринов.

При выраженной инфильтрации кожи в очаге воспаления показаны нестероидные противовоспалительные препараты: хлотазол по 0,1- 0,2 г 3 раза или бутадиион по 0,15 г 3 раза в сутки в течение 10-15 дней. Больным рожей необходимо назначение комплекса витаминов группы В, витамина А, рутина, аскорбиновой кислоты, курс лечения 2-4 нед. При тяжелом течении рожи проводится парентеральная дезинтоксикационная терапия (гемодез, реополиглюкин, 5% раствор глюкозы, физиологический раствор) с добавлением 5- 10 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты, 60-90 мг преднизолона. Назначаются сердечно-сосудистые, мочегонные, жаропонижающие средства.

Лечение больных рецидивирующей рожей. Лечение должно проводиться в условиях стационара. Обязательно назначение резервных антибиотиков, не применявшихся при лечении предыдущих рецидивов. Назначаются цефалоспорины (первого или второго поколения) в/м по 0,5-1,0 г 3-4 раза в сутки или линкомицин в/м по 0,6 г 3 раза в сутки, рифампицин в/м по 0,25 г 3 раза в сутки. Курс антибактериальной терапии - 8-10 дней. При особо упорных рецидивах рожи целесообразно двухкурсовое лечение антибактериальными препаратами. Последовательно назначают антибиотики, оптимально действующие на бактериальные и L-формы стрептококка. Первый курс антибиотикотерапии осуществляется цефалоспорином (7-8 дней). После 5-7- дневного перерыва проводится второй курс лечения линкомицином (6-7 дней). При рецидивирующей роже показана иммунокорригирующая терапия (метилурацил, нуклеинат натрия, продигозан, Т-активин, лейкоген, тималин и др.).

Главной проблемой при лечении рецидивирующей рожи является наличие сопутствующей дерматологической патологии – хронической экземы, микоза стоп, псориаза, способствующих формированию аутоиммунной патологии. Наиболее неблагоприятно в прогностическом отношении при роже ее сочетание с сахарным диабетом, при котором болезнь приобретает особенно упорный характер. В таких ситуациях некоторые исследователи рекомендуют назначение ангиопротектора пармидина (продектина) - существенно улучшающего микроциркуляцию в конечности - по 0,5 г 3 раза в день после еды, препаратов тимуса – тималина по 10 мг/сут в/м, стимулирующего Т-клеточные факторы иммунитета, и вилозена по 1-2 мл 0,01% р-ра сублингвально, оказывающего гипосенсибилизирующее действие. Препаратами выбора для лечения руброфитии стоп является 1% декаминовая мазь, микозолон, реже – нитрофунгин. Они, как правило, не вызывают аллергических реакций, не приводят к обострению экзематозного процесса,

не усиливают проявления бактериального воспаления (пиодермия, микробная экзема). Одновременно принимаются меры к компенсации сахарного диабета и стабилизации уровня сахара в крови.

При лечении рецидивирующей рожи эффективным оказалось назначение различных фитосборов. Особенно они показаны при непереносимости антибиотиков. Например, целесообразно назначение фитосбора из корня солодки, лопуха, листьев крапивы и эвкалипта, травы горца птичьего (спорыша), травы сушеницы топяной и тысячелистника, взятые в равных соотношениях (по 2,0 г) и настоянных в 200 мл кипятка. Настой в концентрации 1:10 принимают по 20-50 мл (в зависимости от массы тела) 4 раза в сутки в течение 1-2 мес, что дает противовоспалительный, детоксицирующий, регенерирующий и антимикробный эффект.

Местная терапия. Лечение местных проявлений болезни проводится при ее буллезных формах с локализацией процесса на конечностях. Эритематозная форма рожи не требует применения местных средств лечения, а такие препараты как ихтиоловая мазь, бальзам (мазь) Вишневского, мази с антибиотиками вообще противопоказаны. 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% раствором фурацилина, меняя (или орошая раствором) 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.

Физиотерапия. Традиционно в остром периоде рожи назначается УФО на область очага воспаления на область регионарных лимфатических узлов. При сохранении в периоде реконвалесценции инфильтрации кожи, отека, 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.

Во время болезни и после нее не следует отказываться от мытья пораженного рожей участка кожи. Мочить очаг можно, но вода не должна быть холодной. Предпочтительно использовать детское мыло, не оказывающее раздражающего эффекта на кожный покров. Мочалками пользоваться нельзя, во избежание микротравматизации кожи.

ПРОФИЛАКТИКА

Поскольку рожа относится к неуправляемым инфекциям, то специфической профилактики не имеет. К профилактическим мероприятиям относятся лечение болезней, способствующих развитию рожи. Особое внимание следует обращать на гигиену ног и лечение микоза стоп, так как он имеется почти у всех больных рожей нижних конечностей.

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.

Показаниями для назначения бициллинопрофилактики являются:

- частые (не менее трех за последний год) рецидивы рожи
- отчетливо выраженная сезонность рецидивов
- сохранение значительных остаточных явлений в периоде реконвалесценции у лиц, перенесших рецидивирующую, повторную или первичную рожу.

Препарат назначается после тщательного выяснения анамнеза, исключающего плохую переносимость пенициллина. Для предупреждения побочных явлений за 15-20 мин. до введения препарата рекомендуется инъекция димедрола или супрастина.

При частых рецидивах рожи (не менее 3 за последний год) целесообразна непрерывная (круглогодичная) бициллинопрофилактика на протяжении 2-3 лет с интервалом введения препарата 1 раз в 3-4 нед (в первые месяцы интервал может быть сокращен до 2 нед.). При сезонных рецидивах препарат вводится за месяц до начала сезона заболеваемости с интервалом в 4 нед. на протяжении 3-4 мес. ежегодно.

Список литературы:

- 1) Инфекционные болезни- Шувалова Е.С.-2015 год-1835 стр.

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

КАФЕДРА инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО

Рецензия доцента КМН кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО Кузьминой Татьяны Юрьевны на реферат ординатора первого года обучения специальности инфекционист Зотиной Екатерины Николаевны по теме: «Стрептококковая инфекция: рожа».

Рецензия на реферат – это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочетов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументированно защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако, автор должен придерживаться определенных негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

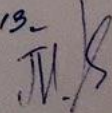
Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности Терапия:

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	×
3. Соответствие текста реферата его теме	+
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента: —

Дата: 18.02.2013.

Подпись рецензента: 

Подпись ординатора: 