

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РОЖЕЙ

А.А. Еровиченков¹, д.м.н., профессор; С.А. Потекаева², к.м.н.;
Г.И. Анохина¹, к.м.н., доцент; Н.В. Малолетнева¹, к.м.н.;
В.И. Троицкий¹

¹ Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

² ИКБ № 2, Москва

В статье рассмотрены актуальные клинические аспекты рожи как стрептококковой инфекции. Под наблюдением в 2011 г. находились 1580 больных рожей. Заболевание чаще наблюдалось среди женщин (56,4 % случаев). Современными особенностями клинического течения рожи являются преобладание заболевания у людей старшего и пожилого возраста (72,8 % всех больных рожей, госпитализированных в отделение, были старше 50 лет с частым развитием геморрагических форм), преимущественная локализация воспалительного очага в области нижних конечностей (75,8 %), геморрагические формы (61,8 %). Представлены современные схемы антибактериальной терапии, проведение реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: рожа, β-гемолитический стрептококк, антибактериальная терапия

The article describes the current clinical aspects of erysipelas as a streptococcal infection. In 2011, 1580 patients with erysipelas were under observation. The disease more frequently occurred in women (56,4 % of cases). The prevalence of the disease in older patients (72,8 % of all patients with erysipelas admitted to the department were older than 50 years, with the frequent development of hemorrhagic forms), the predominant localization of inflammatory lesions at lower limbs (75,8 %), and hemorrhagic forms (61,8 %) are the modern features of the clinical course of erysipelas. Current schemes of antibacterial therapy and rehabilitation are presented.

Key words: erysipelas, β-hemolytic streptococcus, antibacterial therapy

Рожа — инфекционная болезнь человека, протекающая в острой (первичной) и хронической (рецидивирующей) формах, вызываемая в большинстве случаев β-гемолитическим стрептококком группы А (β-ГСА) и характеризующаяся развитием выраженного интоксикационного синдрома, очагового серозного или серозно-геморрагического воспаления кожи, реже — слизистых оболочек половых органов. По выборочным данным, в разных регионах России заболеваемость рожей составляет от 7–15 случаев и выше на 10 тыс. населения [1–4]. Стабильно высокая заболеваемость с тенденцией к росту отмечается и в ряде европейских стран, США [5–7].

Для рожи характерна низкая контагиозность. В семьях больных новые случаи рожи регистрируются достаточно редко. Практически отсутствует рожа у новорожденных, детей младшего возраста, дававшая ранее, еще в начале XX в., высокую летальность.

Патогенез и эпидемиология первичной и рецидивирующей рожи неоднозначны. В связи со значительным распространением стрептококков во внешней среде источник инфекции

при роже редко выявляется. Для первичной и повторной рожи характерен экзогенный путь заражения: стрептококк проникает в кожу или слизистые оболочки через трещины, опрелости, различные микротравмы. Источником инфекции при экзогенном пути заражения могут быть как больные разнообразными стрептококковыми инфекциями, так и здоровые бактерионосители стрептококка. Наряду с основным, контактным, механизмом передачи инфекции возможен воздушно-капельный путь с первичным инфицированием носоглотки и последующим заносом ГСА на кожу руками, а также лимфогенным и гематогенным путями [8, 9].

При рецидивирующей роже стрептококк распространяется лимфогенно или гематогенно из очагов инфекции в самом организме при фарингите, синусите, отите и др. (эндогенный путь). При частых рецидивах рожи в коже и регионарных лимфоузлах формируется очаг хронической инфекции (L-формы β-ГСА). Под влиянием различных провоцирующих факторов — переохлаждения, перегревания, травм, эмоциональных стрессов — происходит реверсия L-форм в бактериальные формы стрептококка, которые вызывают

рецидивы заболевания. При редких и поздних рецидивах рожи возможна ре- и суперинфекция новыми штаммами (M-типы) β-ГСА [10, 11].

Важным и актуальным аспектом в развитии различных форм рожи являются провоцирующие и предрасполагающие факторы. Провоцирующими факторами, которые регистрируются у всех больных рожей, являются нарушения целостности кожных покровов (ссадины, царапины, расчесы, уколы, потертости, трещин и др.), резкая смена температуры (переохлаждение, перегревание), эмоциональные стрессы, инсоляция, ушибы, травмы участка тела (без повреждения целостности кожных покровов), на котором возникает местный воспалительный очаг.

Другим важным клиническим аспектом при развитии заболевания является выявление у больных рожей фоновых (предрасполагающих) заболеваний и факторов, которые необходимо учитывать при составлении плана лечения, обследования больных и при последующей диспансеризации после перенесенного заболевания:

- микозы стоп (при роже нижних конечностей);
- метаболический синдром (сахарный диабет, ожирение);

- поражение сосудов (хроническая венозная и лимфатическая недостаточность);
- хронические дерматозы;
- очаги хронической (стрептококковой) инфекции: тонзиллит, отит, синусит, кариес, пародонтоз (чаще при роже лица);
- остеомиелит, тромбофлебит, язвы (трофические) — чаще при роже нижних конечностей;
- хронические соматические заболевания (особенно у больных старшего и пожилого возраста), приводящие к снижению состояния противоинфекционного иммунитета;
- профессиональные вредности, связанные с повышенной травматизацией, загрязнением кожных покровов, ношением резиновой обуви (строители, водители, военнослужащие и др.) [1, 9, 12].

При инфицировании ГСА болезнь развивается лишь у лиц, имеющих к ней врожденную или приобретенную предрасположенность. У человека, не имеющего предрасположенности к роже, при контакте с β -ГСА чаще развиваются абсцессы, импетиго и др. Инфекционно-аллергический и иммунокомплексный механизмы воспаления при роже обуславливают его серозный или серозно-геморрагический характер. Присоединение гнойного воспаления (присоединение вторичной инфекции) свидетельствует об осложненном течении болезни.

В патогенезе рожи (особенно геморрагических форм) большое значение имеет активация различных звеньев гемостаза (сосудистотромбоцитарного, прокоагулянтного, фибринолиза, калликреин-кининовой системы). При этом развивается внутрисосудистое микросвертывание крови, выраженность которого зависит от ряда факторов. Наряду с патологическими изменениями в организме этот процесс выполняет защитную роль, ограничивая очаг воспаления фибриновым барьером, что препятствует дальнейшему распространению инфекции.

В клиническом течении рожи выделяют следующие периоды: инкубационный, начальный, разгар заболевания и реконвалесценция. Длительность

инкубационного периода колеблется от нескольких часов до 3–5 дней. У пациентов с рецидивирующим течением рожи развитию очередного приступа заболевания часто предшествует переохлаждение, стресс. У подавляющего большинства больных заболевание начинается остро.

Начальный период болезни характеризуется быстрым развитием симптомов интоксикации, которые более чем у половины больных (обычно при локализации рожи на нижних конечностях) на срок от нескольких часов до 1–2 суток опережают возникновение местных проявлений болезни. Отмечаются головная боль, общая слабость, озноб, мышечные боли. У 25–30 % больных появляются тошнота и рвота. Уже в первые часы болезни температура повышается до 38–40 °С. На участках кожи в области будущих локальных проявлений у ряда больных ощущаются парестезии, чувство распирания или жжения, неинтенсивные боли. Нередко возникают и боли в области увеличенных регионарных лимфатических узлов.

Разгар заболевания наступает в сроки от нескольких часов до 1–2 суток после первых проявлений болезни. Достигают своего максимума общетоксические проявления и лихорадка. Возникают характерные местные проявления рожи. Чаще всего воспалительный процесс локализуется на нижних конечностях (70–80 %), реже — на лице (15–20 %) и верхних конечностях (4–7 %), еще реже — на туловище, в области молочной железы, промежности, наружных половых органов (3–4 %). При своевременно начатом лечении и неосложненном характере рожи длительность лихорадки обычно не превышает 5 суток. У 10–15 % больных лихорадка сохраняется свыше 7 суток, что обычно наблюдается при распространенном процессе и недостаточной полноценной этиотропной терапии. Наиболее длительный лихорадочный период — при буллезно-геморрагической роже. Более чем у 70 % больных рожей отмечается регионарный лимфаденит, развивающийся при всех формах болезни.

В период реконвалесценции нормализация температуры и исчезновение

интоксикации наблюдаются при роже раньше, чем исчезновение местных проявлений. Острые местные проявления болезни сохраняются до 5–8 суток, при геморрагических формах — до 12–18 суток и более. К остаточным явлениям рожи, сохраняющимся на протяжении нескольких недель и месяцев, относятся пастозность и пигментация кожи, застойная гиперемия на месте угасшей эритемы, плотные сухие корки на месте булл, отечный синдром. Неблагоприятное прогностическое значение (вероятность развития раннего рецидива) имеют сохраняющиеся увеличенные и болезненные лимфатические узлы, инфильтраты кожи в области угасшего очага воспаления, субфебрильная температура. Также прогностически неблагоприятно длительное сохранение лимфатического отека (лимфостаз), который следует рассматривать как раннюю стадию (лимфедему) вторичной слоновости. Гиперпигментация участков кожи на нижних конечностях у больных, перенесших буллезно-геморрагическую рожу, может сохраняться пожизненно.

Эритематозная рожа может являться как самостоятельной клинической формой рожи, так и начальной стадией развития других форм рожи. На коже в период от нескольких часов до одних суток и более после повышения температуры появляется небольшое красное или розовое пятно, которое на протяжении нескольких часов превращается в характерную рожистую эритему. Эритема представляет собой четко отграниченный участок гиперемизированной кожи с неровными границами в виде зубцов, языков. Кожа в области эритемы инфильтрирована, напряжена, горяча на ощупь, умеренно болезненна при пальпации (больше по периферии эритемы). В ряде случаев можно обнаружить “периферический валик” в виде инфильтрированных и возвышающихся краев эритемы. Наряду с гиперемией и инфильтрацией кожи развивается ее отек, распространяющийся за пределы эритемы.

Эритематозно-буллезная рожа развивается в сроки от нескольких часов до 2–5 суток на фоне рожистой эритемы. Развитие пузырей связано с повышенной экссудацией в очаге вос-

паления и отслойкой эпидермиса от дермы скопившейся жидкостью. При повреждении поверхностей пузырей или их самопроизвольном разрыве из них истекает экссудат — нередко в большом количестве, на месте пузырей возникают эрозии. При сохранении целостности пузырей они постепенно ссыхаются с образованием желтых или коричневых корок.

Эритематозно-геморрагическая рожа развивается на фоне эритематозной рожи через 1–3 суток 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, имеют темную окраску с просвечивающими желтыми включениями фибрина. Пузыри могут содержать преимущественно фибринозный экссудат. Возможно появление обширных уплощенных пузырей, плотных при пальпации вследствие значительного отложения в них фибрина. У больных с активной репарацией в очаге поражения на месте пузырей быстро образуются бурые корки. В других случаях покрывки пузырей разрываются и отторгаются вместе со сгустками фибринозно-геморрагического содержимого, обнажая эрозированную поверхность. У большинства больных происходит ее постепенная эпителизация. При значительных кровоизлияниях в дно пузыря и толщу кожи возможно развитие некроза, иногда с присоединением вторичной инфекции, образованием язв.

Критериями тяжести рожи являются выраженность интоксикации и распространенность местного процесса.

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

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

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

Рецидивы рожи могут быть поздними (возникающими спустя год и более после предыдущей вспышки рожи с той же локализацией местного воспалительного процесса), сезонными (возникают ежегодно на протяжении многих лет, чаще всего в летне-осенний период). Поздние и сезонные рецидивы болезни, как правило являясь результатом реинфекции, по клиническому течению не отличаются от типичной первичной рожи, хотя обычно протекают на фоне стойкого лимфостаза и других последствий предыдущих вспышек болезни. Ранние и частые (3 и более в год) рецидивы являются обострениями хронически протекающего заболевания. Более чем у 90 % больных часто рецидивирующая рожа протекает на фоне разных сопутствующих состояний, сопровождающихся нарушениями трофики кожи, снижением ее барьерных функций, местным иммунодефицитом.

Осложнения рожи, преимущественно местного характера, наблюдаются в 5–10 % случаев и чаще. К местным осложнениям рожи относятся абсцессы, флегмоны, некрозы кожи, пустулизация булл, флебиты, тромбозы, лимфангиты, периадениты. Наиболее часто осложнения возникают у больных буллезно-геморрагической рожой. При тромбозах чаще поражаются подкожные, реже — глубокие вены голени. Лечение данных осложнений необходимо проводить в гнойных хирургических отделениях. К общим осложнениям, развивающимся у больных рожой достаточно редко (0,1–0,5 %), относятся сепсис, токсико-инфекционный шок, острая сердечно-сосудистая недостаточность, тромбоэмболия легочных артерий и др. Летальность от рожи в настоящее время низкая (не более 0,1–0,5 %).

Последствия рожи — стойкий лимфостаз (лимфедема) и собственно вторичная слоновость (фибредема), которые являются двумя стадиями одного процесса. По современным представлениям стойкий лимфостаз и слоновость в большинстве случаев развиваются у больных рожой на фоне уже имевшейся функциональной недостаточности лимфообращения кожи (врожденной, посттравматической и другой). Возникающая на этом фоне рецидивирующая рожа существенно усиливает имевшиеся (иногда субклинические) нарушения лимфообращения, приводя к формированию последствий болезни. Успешное противорецидивное лечение рожи (включая повторные курсы физиотерапии) может приводить к существенному уменьшению лимфатического отека. При уже сформировавшейся вторичной слоновости (фибредеме) эффективно лишь хирургическое лечение.

Диагностика рожи основана на выявлении характерного клинического симптомокомплекса, который включает следующие признаки:

- острое начало болезни с выраженными симптомами интоксикации;
- преимущественную локализацию местного воспалительного процесса на нижних конечностях и лице;
- развитие типичных местных проявлений с характерной эритемой, воз-

можным местным геморрагическим синдромом;

- развитие регионарного лимфаденита;
- отсутствие выраженных болей в очаге воспаления в покое.

Нами проведен анализ современных клинических аспектов рожы у 1580 больных, прошедших лечение в специализированном отделении ИКБ № 2 в 2011 г. Рожь чаще наблюдалась среди женщин — 891, что составило 56,4 % всех госпитализированных больных. Большинство (78,5 %) больных (1241) поступили в отделение в первые четыре дня болезни. В зависимости от возраста наблюдалось следующее распределение: до 30 лет — 79 больных (до 17 лет — 7), от 30 до 50 лет — 351; большинство больных, прошедших лечение в отделении, были старшего и пожилого возраста: от 50 лет и старше — 1150 (72,8 %), больные с 70 лет и старше составили 25,3 %.

Среди поступивших больных легкое течение заболевания было диагностировано в 1,8 % случаев, тяжелое — в 3 %, у большинства заболевание

протекало в среднетяжелой форме — 1504 (95,2 %) больных. Рожь верхних конечностей наблюдалась в 5,2 %, лица — в 15,5 %, нижних конечностей — в 75,8 % случаев. Необходимо отметить, что в холодное время года возрастает удельный вес больных рожей лица, а в теплое — рожей нижних конечностей. По кратности течения заболевания превалировала первичная рожь — 58 %, далее — рецидивирующая — 29,6 % и повторная — 12,4 %. В последние годы отмечается тенденция к росту удельного веса первичных форм рожы, регистрация которых возрастает в зимние месяцы.

Эритематозная форма рожы диагностирована у 517 (32,7 %) больных, эритематозно-буллезная — у 86 (5,5 %), эритематозно-геморрагическая — у 493 (31,2 %), буллезно-геморрагическая — у 484 (30,6 %) больных. Геморрагические формы заболевания (61,8 %) продолжают составлять большую часть всех госпитализированных больных в последние десятилетия.

У 279 (17,7 %) пациентов заболевание протекало на фоне сахарного

диабета 2 типа. У 30 больного сахарный диабет был выявлен впервые в жизни в остром периоде заболевания рожей.

При анализе течения различных форм рожы у пожилых больных (в соответствии с критериями ВОЗ это люди старше 65 лет) [13] мы не выявили достоверных отличий в длительности течения заболевания, развитии осложнений, анализах крови (уровнях лейкоцитов, С-реактивного белка и других показателей) от показателей больных до 65 лет. Было установлено, что у пожилых больных чаще регистрировались геморрагические формы (эритематозно-геморрагическая и буллезно-геморрагическая) — в $73,2 \pm 4,5$ % случаев, но достоверных отличий от других возрастных групп больных не получено. Наши данные согласуются с ранее проведенными исследованиями [14].

Антибактериальная терапия больным проведена с использованием бензилпенициллина по 1 млн ЕД внутримышечно (в/м) 6 раз в сутки (бензилпенициллина новокаиновая соль

АКТОВЕГИН®

энергия жизни

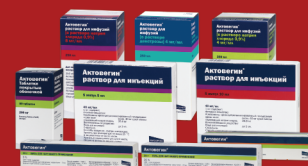


Nycomed: a Takeda Company

Антигипоксанта и антиоксиданта, применяющийся в комплексной терапии неврологических, метаболических и хирургических заболеваний, а также их осложнений

- **Метаболические и сосудистые заболевания головного мозга (инсульт, черепно-мозговая травма, различные формы недостаточности мозгового кровообращения, деменция).**
- **Диабетическая полиневропатия.**
- **Периферические сосудистые, метаболические нарушения и их последствия.**
- **Заживление ран (трофические нарушения кожи, язвы, синдром диабетической стопы, пролежни, обморожения).**

Сочетается с применением наружных форм Актовегина: 20% гель, 5% крем, 5% мазь.



Краткая информация по медицинскому применению препарата Актовегин:

Регистрационные номера: ПН 14635/01 от 26.02.08; ПН 014635/01 от 19.11.10; ПН 014635/04 от 19.12.07; ПН 014635/04 от 26.11.10; ПН 14635/03 от 19.12.07; ПН 14635/03 от 11.01.10; ПН 14635/03 от 18.10.10; ПН 014635/02 от 14.03.08. **Торговое название** — Актовегин. **Активное вещество:** депротеинизированный гемодериват крови телят.

Формы выпуска: раствор для инъекций — 40 мг/мл, ампулы по 2 мл, 5 мл, 10 мл; раствор для инфузий — 4 мг/мл и 8 мг/мл в растворе натрия хлорида 0,9% 250 мл; 4 мг/мл в растворе декстрозы 250 мл. **Показания:** метаболические и сосудистые нарушения головного мозга (в том числе ишемический инсульт, черепно-мозговая травма, различные формы недостаточности мозгового кровообращения, деменция); периферические (артериальные и венозные) сосудистые нарушения и их последствия (артериальная ангиопатия, трофические язвы); заживление ран (язвы различной этиологии, трофические нарушения, пролежни, ожоги, нарушения процессов заживления ран); профилактика и лечение лучевых поражений кожи и слизистых оболочек при лучевой терапии. **Противопоказания:** гиперчувствительность к препарату Актовегин или аналогичным препаратам, декомпенсированная сердечная недостаточность, отек легких, олигурия, задержка жидкости в организме. **С осторожностью:** гиперхлоремия, гипернатриемия. Побочное действие: аллергические реакции (кожная сыпь, гиперемия кожи, гипертермия) вплоть до анафилактического шока. В связи с возможностью возникновения анафилактической реакции рекомендуется проводить тест — 2 мл до начала инъекции, инфузии. **Способ применения и дозы:** до 5 мл возможно внутримышечное введение, от 200 до 2000 мг (250–500 мл) вводят внутривенно капельно медленно (2 мл/мин). В таблетках — по 1–2 таблетки 3 раза в сутки перед едой. Дозы зависят от степени тяжести и выраженности симптомов каждого конкретного заболевания. Продолжительность лечения зависит от индивидуального назначения. Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению.

Информация для специалистов здравоохранения.

ООО «Никомед Дистрибушн Сентэ»: 119048, г. Москва, ул. Усачева, дом 2, стр. 1.
Телефон: +7 (495) 933 55 11, Факс: +7 (495) 502 16 25

www.actovegin.ru

www.nycomed.ru

Дата выпуска рекламы: март 2012.
Реклама

0,6 2 раза в сутки, до 10–12 дней) — преимущественно больным первичной рожой. Больным рецидивирующей рожой в основном назначался цефазолин (1,0 3 раза в/м), а после основного курса проводился дополнительный курс антибактериальной терапии линкомицином (0,6 3 раза в/м), действующим на L-формы стрептококка. Часть больных с часто рецидивирующими формами рожи, переведены на круглогодичную профилактику Бициллином-5 (1,5 млн ЕД в/м 1 раз в 2–3 недели) на период с 3–4 месяцев до года и более. Первую инъекцию препарата больные получали в стационаре.

Некоторые пациенты с буллезно-геморрагическими формами рожи (особенно с обильным выпотом фибрина) получали антибактериальную терапию с использованием цефтриаксона (2,0 г внутривенно, капельно) или цефепима (по 1,0 г 2–3 раза в сутки), а также меропенема (по 1,0 г 3 раза в сутки) или имипенема (по 0,25–0,5 г 3–4 раза в сутки), левофлоксацина (250–500 мг 2 раза в сутки), моксифлоксацина (400 мг/сут), кларитромицина (0,5 2 раза в сутки) парентерально 10 дней или комбинированную терапию с одновременным использованием цефтриаксона, метронидазола и ципрофлоксацина (внутривенно, капельно). Дополнительно больные получали неспецифические противовоспалительные препараты (индометацин, диклофенак, парацетамол), пентоксифиллин.

Местное лечение в остром периоде сводилось к кратковременному применению примочек с 0,02 %-ным раствором фурациллина. Всем больным (с учетом противопоказаний) проведена физиотерапия (ультрафиолетовое облучение, УВЧ-, лазеротерапия). В последние годы с хорошим терапевтическим эффектом в качестве лечения больных различными формами рожи используется озонотерапия (внутривенное введение озонированного физиологического раствора), местно (область воспалительного очага) — препараты гуминовых кислот, общая магнито-терапия.

Для очищения раневой поверхности от гнойных наложений применены 10 %-ный раствор хлористого натрия, диоксидин. В период эпителизации — Гидросорб Гель, Левомеколь, поливинокс, диметилсульфоксид, трипсин, химотрипсин. Всем больным с замедленной репарацией очага назначены Актовегин, комплекс витаминов группы В.

По нашему мнению [8, 9], диспансеризацию больных рожой должны проводить врачи кабинетов инфекционных заболеваний поликлиник с привлечением при необходимости врачей других специальностей (терапевта, хирурга, отоларинголога, эндокринолога, дерматолога и др.). Диспансеризация включает выявление лиц, подлежащих диспансерному наблюдению и лечению, их первичное обследование и постановку на учет; активное диспансерное наблюдение, предусматривающее различные виды профилактического лечения, периодическое обследование больных и рекомендации по рациональному трудоустройству, оценку эффективности проводимых мероприятий.

Диспансеризации подлежат лица, у которых возникают частые, не менее 3 за последний год, рецидивы рожи (1-я группа); лица, имеющие выраженный сезонный характер рецидивов (2-я); лица с прогностически неблагоприятными остаточными явлениями при выписке из отделения (3-я). Для больных перечисленных выше диспансерных групп предусматриваются следующие комплексы профилактических мероприятий.

Для 1-й группы:

1. Регулярный, не реже 1 раза в 3 месяца, врачебный осмотр больных, что позволяет своевременно выявлять ухудшение их состояния, нарастание явлений лимфостаза, обострение хронических сопутствующих заболеваний кожи и очагов хронической стрептококковой инфекции, способствующих развитию рецидивов рожи.
2. Систематическое лабораторное обследование больных, включающее клинический анализ крови, определение уровня С-реактивного

белка, при возможности — титров АСЛ-О, стрептококковых антигенов (ДНК) в крови;

3. Профилактическое круглогодичное (непрерывное) введение Бициллина-5 по приведенной выше схеме.
4. Повторное физиотерапевтическое лечение при наличии стойкого лимфостаза.
5. Общеукрепляющее лечение с назначением комплекса витаминов, неспецифической стимулирующей терапии, адаптогенных препаратов.
6. Санация очагов хронической ЛОР-инфекции.
7. Лечение кожной опрелости, микозов и других сопутствующих заболеваний кожи.
8. Лечение в специализированных лечебных учреждениях хронических заболеваний сосудов, эндокринных заболеваний.
9. Трудоустройство больных при неблагоприятных условиях работы. Диспансерное наблюдение больных этой группы целесообразно в течение 2–3 лет (в отсутствие рецидивов). В максимальных сроках наблюдения (3 года) нуждаются больные с особо отягощенными сопутствующими заболеваниями (трофическими язвами, другими дефектами кожи, лимфореями, глубокими трещинами кожи при гиперкератозе, папилломатозе, перенесшие операции по поводу слоновости).

Для 2-й группы:

1. Регулярный врачебный осмотр не реже 1 раза в 6 месяцев.
2. Ежегодное лабораторное обследование перед сезоном рецидива с определением перечисленных выше показателей.
3. Профилактическое сезонное введение Бициллина-5 по схеме или курсовое профилактическое лечение антибиотиками и химиопрепаратами продленного действия.
4. При наличии соответствующих показаний — санация очагов хронической ЛОР-инфекции, лечение сопутствующих хронических заболеваний кожи и др.

Диспансерное наблюдение больных этой группы целесообразно на

протяжении двух сезонов (лет) при условии отсутствия рецидивов.

Для 3-й группы:

1. Врачебный осмотр через 1–4 месяца при необходимости и через 6 месяцев после перенесенного заболевания.
2. Работаторное обследование в начале и конце диспансерного наблюдения.
3. Физиотерапевтическое лечение прогностически неблагоприятных остаточных явлений рожи.
4. Курсовое профилактическое введение Бициллина-5 на протяжении 4–6 месяцев.

Критерии эффективности диспансерного наблюдения и лечения лиц, перенесших рожу: предупреждение рецидивов болезни или заметное уменьшение их количества, ликвидация или уменьшение отека синдрома, стойкого лимфостаза, других остаточных явлений и последствий болезни.

Для профилактики рецидивов болезни необходимы (амбулаторно или в специализированных отделениях) своевременная и полноцен-

ная этиотропная и патогенетическая терапия первичного заболевания и рецидивов; лечение выраженных остаточных явлений (эрозии, сохраняющейся отечности в области местного очага), последствий рожи (стойкого лимфостаза, слоновости); лечение длительно и упорно протекающих хронических заболеваний кожи, приводящих к нарушению ее трофики и появлению входных ворот для инфекции; лечение очагов хронической стрептококковой инфекции (хронических тонзиллитов, синуситов, отитов и др.); лечение нарушений лимфо- и кровообращения в коже в результате первичных и вторичных лимфостазов и слоновости; хронических заболеваний периферических сосудов; лечение ожирения, сахарного диабета (частая декомпенсация которого наблюдается при роже).

Требования к результатам лечения:

1. Купирование клинических проявлений болезни, восстановление трудоспособности.
2. По показаниям — постановка на диспансерный учет (амбулаторно) следующих контингентов больных:

- болеющих частыми, не менее 3 за последний год, рецидивами рожи;
- имеющих выраженный сезонный характер рецидивов;
- имеющих прогностически неблагоприятные остаточные явления при выписке из отделения.

Выводы

1. Преобладание в современных условиях геморрагических форм рожи (60–70 %).
2. Первичные формы заболевания регистрируются в 50–60 % случаев.
3. В большинстве случаев рожа наблюдается среди больных старшего и пожилого возраста (70–75 % и более) с частым развитием геморрагических форм.
4. Преимущественная локализация местного воспалительного очага в области нижних конечностей (75–80 %).
5. В 15–20 % рожа протекает на фоне сахарного диабета 2 типа.
6. Больным, перенесшим рожу, часто требуется длительная реабилитация с привлечением специалистов различного профиля.

ЛИТЕРАТУРА

1. Еровиченков А.А. Рожа. Инфекционные болезни: национальное руководство / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. М., 2009. С. 441–53.
2. Шип С.А. Особенности синтеза озона и состояние процессов свободнорадикального окисления у больных рожей. Дисс. канд. мед. наук. М., 2012.
3. Аширова А.Б. Нарушения микробиоценозов основных биотопов у больных рожей, прогнозирование ее рецидивирующего течения. Дисс. канд. мед. наук. М., 2012.
4. Жаров М.А. Рожа: клинко-эпидемиологическая характеристика, совершенствование методов лечения и прогнозирования течения болезни. Дис. докт. мед. наук. М., 2007.
5. Wessels MR. Chapter 130. Streptococcal and Enterococcal Infections// in Harrison's Principles of Internal Medicine, 17th Edition (Harrison's Online) The McGraw-Hill Companies, Inc., 2008, <http://www.accessmedicine.com/>.
6. Bisno AL, Stevens DL. Chapter 198. Streptococcus pyogenes. In Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 7th ed., 2009 <http://www.mdconsult.com/>
7. Conti E, Tositti G, Fausto de Lalla. Erysipelas and cellulitis: clinical and microbiological spectrum in an Italian tertiary care hospital. J Infect 2005;51(5):25–30.
8. Еровиченков А.А., Потекаева С.А., Алленов М.Н. и др. Диагностика, лечение и профилактика рожи в г. Москве. Методические рекомендации № 17 / Правительство Москвы. Департамент здравоохранения. М., 2008. 26 с.
9. Черкасов В.Л. Рожа. Руководство по внутренним болезням: том Инфекционные болезни / Под ред. В.И. Покровского. М., 1996. С. 135–50.
10. Еровиченков А.А. Рожа. Стрептококки и стрептококкозы / Под ред. В.И. Покровского, Н.И. Брико, Л.А. Ряпис. М., 2006. С. 195–213.
11. Ряпис Л.А., Брико Н.И., Ещина А.С., Дмитриева Н.Ф. Стрептококки: общая характеристика и методы лабораторной диагностики / Под ред. Н.И. Брико. М., 2009. 196 с.
12. Черкасов В.Л., Еровиченков А.А. Рожа. Клиника, диагностика, лечение // РМЖ 1999. № 8. С. 359–62.
13. Доклад ВОЗ. Стратегии и приоритетные вмешательства по обеспечению здорового старения. Европейское региональное бюро. 2012. 17 с.
14. Дунаевский О.А., Постовит В.А. Особенности течения инфекционных болезней у лиц пожилого и старческого возраста. Л., 1982. 268 с.