

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 реи-суперинфекция новыми штаммами (М-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, трещины и др.), резкая смена температуры (переохлаждение, перегревание), эмоциональные стрессы, инсоляция, ушибы, травмы участка тела (без повреждения целостности кожных покровов), накоторомвозникает 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 обусловливают 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 (сосудисто-тромбоцитарного, 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 °C. На участках кожи в области будущих локальных проявлений у ряда больныхщаются парестезии, чувство распаривания 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 туловице, 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 недостаточно 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 (лимфостаза), 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 преображается в характерную рожистую эритему. Эритема представляет собой четко ограниченный участок гиперемированной 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 отслоейкой эпидермиса от дермы скопившейся жидкостью. При повреждении поверхностей пузырей или их самопроизвольном разрыве из них истекает экссудат – нередко в большой 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 фиброзно-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 покрышки 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 выраженная интоксикация и распространность 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 °C, 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 °C), 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, являются 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, пустулязация булл, флебиты, тромбофлебиты, лимфангииты, периадениты. Наиболее часто осложнения возникают у больных буллезно-геморрагической рожей. При тромбофлебитах чаще поражаются подкожные, реже – глубокие вены голени. Лечение данных осложнений необходимо проводить в гнойных хирургических отделениях. К общим осложнениям, развивающимся у больных рожей 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 рожей 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 симтомокомплекса, который включает следующие признаки:

- острое начало болезни с выраженным 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 рожи у 1580 больных, прошедших лечение в специализированном отделении ИКБ № 2 в 2011 г. Рожа 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 заболевания

протекало в среднетяжелой форме – 1504 (95,2 %) больных. Рожа 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 рожа – 58 %, далее – рецидивирующая – 29,6 % и повторная – 12,4 %. В последние годы отмечается тенденция к росту удельного веса первичных форм рожи, регистрация которых возрастает в зимние месяцы.

Эритематозная форма рожи 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 рожи 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 ± 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 (бензилпенциллина новокаиновая соль

АКТОВЕГИН®

энергия жизни



Nycomed: a Takeda Company

Антигипоксант и антиоксидант, применяющийся в комплексной терапии неврологических, метаболических и хирургических заболеваний, а также их осложнений

- Метаболические и сосудистые заболевания головного мозга (инфаркт, 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 инфаркт, черепно-мозговая травма, различные формы недостаточности мозгового кровообращения, деменция); периферические (arterиальные 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, отёк лёгких, 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 Дистрибуишн Сент»: 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 рожей. Больным рецидивирующими рожами 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 г 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 магнитотерапия.

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 рожей 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 трудуоустройству, 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 антител (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, лимфореей, 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. Рабораторное 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 отечного 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 (эррозии, 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. Ющuka, Ю.Я. Венгерова. М., 2009. С. 441–53.
2. Шип С.А. Особенности синтеза озота 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: клинико-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., Ешина 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.