Государственное бюджетное профессиональное

образовательное учреждение Ставропольского края

«Кисловодский медицинский колледж»

Утверждено

на заседании методического совета

протокол №\_\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_2022 г

Начальник отдела ОМР Чернышева С.В.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Методическое пособие**

**по теме «Сестринский уход при роже»**

МДК 02.01Сестринский уход при инфекционных заболеваниях

для специальностей 34.02.01 «Сестринское дело»

Согласовано Рассмотрено

методист Григорьян М.Б. на заседании ЦМК № 1

------------------------------- протокол №\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2022г. «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Председатель ЦМК № 1

Фенева А.В.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выполнила

преподаватель высшей

квалификационной категории

Халкечева Г.В.--------------------

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2022г.

Г. Кисловодск 2021-2022 уч. год

**СОДЕРЖАНИЕ**

Введение

Стандарты

Памятка для студентов.

**ГЛАВА 1. Лекция по теме: «Рожистое воспаление»**

1.1 Этиология и эпидемиология. 1.2 Патогенез. 1.3 Клиническая картина. 1.4 Диагностика рожи.

1.5 Лечение и профилактика рожи

**ГЛАВА 2. Уход за больными рожей**

2.1.Уход за больными рожей

**ГЛАВА 3. Алгоритмы забора материала от больного при роже**  3.2 Алгоритм забора крови на ИФА

3.3 Алгоритм забора крови на ПЦР

**ГЛАВА 4. Профилактика внутрибольничной инфекции.**

4.1 Дезрежим в отделении контактных инфекций

4.2 Приказ № 345, ОСТ №42-21-2-85 4.3 Профилактика рожи

**ГЛАВА 5. Контроль усвоения темы: « Диагностика рожи»**

5.1 Ситуационные задачи. Специальность «Сестринское дело».

5.2 Тестовый контроль. Специальность «Сестринское дело».

**ГЛАВА 6. Эталоны ответов по контролю усвоения темы** 6.1 Эталоны ответов к ситуационной задаче «Сестринское дело» . 6.2 Эталоны ответов на тесты «Сестринское дело».

**Список использованной литературы**.

**ВВЕДЕНИЕ**

Учебно - методическое пособие по теме: «Рожистое воспаление» предназначено для ПМ 02Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационных процессах МДК 02.01Сестринский уход при инфекционных заболеваниях для специальностей 34.02.01 «Сестринское дело»

Учебно-методическое пособие представляет собой сборник материалов, необходимых для изучения данной темы. В пособие включены материалы по основным разделам рожи. Материал изложен в соответствии с требованиями государственных образовательных стандартов.

В пособие включены: лекционный материал, алгоритмы по диагностике и профилактике рожи. В пособии представлен ряд тестовых заданий, ситуационных задач. В разделе « Проверь себя» даны эталоны ответов, которые студент может использовать для самоконтроля.

Мотивацией для написания данного пособия является актуальность проблемы рожи, с которой сталкивается практическое здравоохранение, Актуальность рассматриваемой проблемы в современных условиях определяется: – стабильно высокой заболеваемостью в РФ (до 20 случаев рожи на 10.000 населения), в 60-70% случаев рожа регистрируется у лиц старшего и пожилого возраста; – склонностью к развитию хронических (рецидивирующих) форм болезни (в 25-30% случаев после перенесенной первичной формы); – развитием местного воспалительного очага в области нижних конечностей (в 70-80% всех случаев рожи), заболевание часто протекает на фоне тяжелых фоновых заболеваний (сахарный диабет 2-го типа, ожирение, микозы стоп, поражения венозных и лимфатических сосудов и другие); – эволюцией в последние десятилетия клинического течения

заболевания с нарастанием случаев тяжелой геморрагической рожи (60% и более) с более длительной лихорадкой и замедленной репарацией в местном очаге воспаления; – сложностью проведения дифференциальной диагностики рожи, необходимо исключить целый ряд патологии, относящийся к клинике дерматологии, хирургии, терапии и другие. Лечение больных рожей также представляет комплексную проблему, где наряду с назначаемой эффективной антибактериальной терапией, при необходимости местной терапией, необходимо вовремя диагностировать фоновую, сопутствующую патологию и включить в проводимый курс соответствующее лечение

**СТАНДАРТЫ 34.02.01 СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО**

**Студент должен уметь:**

1. готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам

2. осуществлять сестринский уход за пациентом при различных заболеваниях

3. консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств

4. осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий

5. осуществлять фармакотерапию по назначению врача

6. проводить комплексы упражнений лечебной физкультуры

7. проводить мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента

8. осуществлять паллиативную помощь пациентам

9. вести утвержденную медицинскую документацию

**Знать:**

1. причины ,клиника, возможные осложнения, методы диагностики, проблемы пациента, организацию и оказание сестринской помощи при нарушениях здоровья;

2. пути введения лекарственных препаратов;

3. виды, формы и методы реабилитации;

4. правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения.

**СТАНДАРТЫ 34.02.01 СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО**

**Общекультурные компетенции**

OK 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 6. Работать в коллективе и в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

**Профессиональные компетенции**

ПК 2.1 Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.

ПК2.2 Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

ПК 2.4 Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.

ПК 2.6 Вести утвержденную медицинскую документацию.

**ПАМЯТКА ДЛЯ СТУДЕНТОВ**

При изучении данного пособия рекомендуется выполнить

следующие действия:

1.Ознакомиться состандартами  по теме: «Рожа» 2. Прочитать лекционный материал. 3. Изучить графологическую структуру. 4. Выучить алгоритмы по диагностике, выполнению манипуляций: - забор крови на ИФА , забор крови на ПЦР

5. Знать мероприятия по профилактике ВБИ: дезрежим в отделении контактных инфекций, ОСТ, приказ № 345. 6. Решить тесты, ситуационные задачи. 7. Сверить свои ответы с эталонами в графе «Проверь себя».

8. Изучить сестринский уход при роже.

**ГРАФОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА:**

**РОЖА**

**ЭТИОЛОГИЯ:** Возбудитель –бета гемолитический

стрептококк гр.А, грамм положительный,

выделяет экзо и эндотоксин,

погибает при кипячении

и под действием 1% дез. раствора

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ:** Источник инфекции: больной человек,

бактерионоситель.

Мех-м передачи: контактный.

Факторы передачи: микозы, сахарный

диабет, хр. инфекции

**ПАТОГЕНЕЗ** : 1 этап-внедрение

2-бактериемия, токсемия

3-местный очаг

4-формирование лимфостаза

5-очаги хронической инфекции

6-элиминация возбудителя

**КЛИНИКА:** Инкубационный период – от 1 до 10 дней.

Выделяют интоксикационный синдром и

местный симптом: яркая эритема с четкими

неровными краями, отек и уплотнение кожи,

лимфостаз, резкая болезненность.

**ОСЛОЖНЕНИЯ:** Абсцессы, флегмоны, некрозы

кожи,тромбофлебиты, сепсис, ОССН

**ДИАГНОСТИКА:** Эпидемиологический анамнез.

Клинические данные.

Лабораторная диагностика: кровь на ИФА и

ПЦР

**ПРОФИЛАКТИКА** : Лечение хронических очагов, профилактика

рецидивов

**ЛЕЧЕНИЕ:** Постельный режим, Антибактериальная

терапия, местная терапия,

дезинтоксикационная терапия.

.

**ГЛАВА 1. ЛЕКЦИЯ: «РОЖА»**

**Ро́жа,ро́жистое воспаление** (от [польск.](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D0%BB%D1%8C%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA) *róża*, [лат.](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA) *erysipelas*, [греч.](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D1%80%D0%B5%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA) ἐρυσίπελας означает «красная кожа») — острое, нередко [рецидивирующее](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B5%D1%86%D0%B8%D0%B4%D0%B8%D0%B2_(%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0)) инфекционное заболевание, вызываемое бета-гемолитическим [стрептококком](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BF%D1%82%D0%BE%D0%BA%D0%BE%D0%BA%D0%BA%D0%B8) группы A[[3]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%BE%D0%B6%D0%B0_(%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D1%8C)#cite_note-3). Проявляется покраснением участка кожи, обычно на голени или на лице, и сопровождается общей [интоксикацией](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D1%82%D0%BE%D0%BA%D1%81%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F) с повышением температуры. В большинстве случаев поддаётся излечению.

По распространённости в современной структуре инфекционной патологии рожа занимает 4-е место — после [острых респираторных заболеваний](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%81%D1%82%D1%80%D1%8B%D0%B5_%D1%80%D0%B5%D1%81%D0%BF%D0%B8%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D0%B7%D0%B0%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F), кишечных инфекций и [вирусных гепатитов](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%81%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%B3%D0%B5%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%82); особенно часто она регистрируется в старших возрастных группах. Примерно треть пациентов составляют больные рецидивирующей рожей, в основном женщины.

**ГЛАВА 1.1 ОПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЕЗНИ. ЭТИОЛОГИЯ РОЖИ** Рожа (англ. еrysipelas) – инфекционная болезнь человека, вызываемая, стрептококком группы А (не менее 70% всех случаев), протекающая в первичной (острая) или рецидивирующей (хроническая) формах и характеризуется развитием выраженных симптомов интоксикации и очаговым серозным или серозно-геморрагическим воспалением кожи (реже слизистых оболочек).

Этиология. Рожа, как инфекционное заболевание человека, известно с древних времен. Клинические проявления заболевания подробно описаны Гиппократом (V в. д.н.э.), Авиценной (Абу Али Хусейн ибн Абдаллах ибн Сина, 980-1037 гг.). Большой вклад в изучение этиологии, патогенеза, лечение рожи в России внесли профессор В.Л. Черкасов, к.м.н. Р.Р. Рыскинд. В то же время и в настоящее время остается нерешенным ряд вопросов, связанных с пониманием патогенеза различных форм болезни, разработкой эффективных методов лечения. 7 Отдельно необходимо выделить, достаточно активно проводимое исследователями в последние годы, изучение этиологии рожи. Накопленные в течении многих лет научные данные по изучению этиологии рожи, с полным основанием позволяют утверждать о ведущей роли стрептококка группы А (СГА, Streptococcus pyogenes) в развитии этого заболевания. Основная роль СГА в развитии болезни была установлена K. Birkhaug еще в начале 20 века. С другой стороны, благодаря проведенным в последние годы исследованиям, рожу можно рассматривать и как полиэтиологическое заболевание в развитии которого, может регистрироваться микст-инфекция (наряду с S. pyogenes) или в отдельных случаях как моно инфекция, где участвуют микроорганизмы, относящиеся к различным родам и даже семействам бактерий (Staphylococcus aureus, коагулазонегативные Staphylococcus spp., Streptococcus dysgalactiae, Streptococcus pneumoniae, Klebsiella pneumoniae, Yersinia enterocolitica, Haemophilus influenza, Pseudomonas spp., Citrobacter diversus, Escherichia coli, Proteus morganii). Редко заболевание с симптомами, сходными с рожей, могут вызвать Campylobacter jejuni и Campylobacter fetus у больных с агаммаглобулинемией и ВИЧ инфекцией. Таблица 1 Перечень микроорганизмов, участвующих в развитии рожи Микроорганизмы Уровень доказательной базы (в соответствии с международными требованиями) Streptococcus pyogenes (СГА) А (1+) Staphylococcus aureus (при буллезно-геморрагической форме рожи) В (2++) Микст инфекция Streptococcus pyogenes и Staphylococcus aureus (при буллезно-геморрагической форме рожи) В (2++) Стрептококки групп B, C, G С (2+) Коагулазонегативные стафилококки (S. epidermidis, S. hominis, S. capitis) D (2+) 8 Haemophilus influenzae (рожа лица у детей) D (2+) Pseudomonas aeruginosa D (2+) Campylobacter jejuni и Campylobacter fetus (у больных с иммунодефицитом) С (2+) Staphylococcus saprophyticus D (3) Кlebsiella pnemoniae D (3) Грамотрицательные бактерии (Escherichia coli) D (3-4) Стрептококк группы А или Streptococcus pyogenes является чрезвычайно важным, широко

распространённым в мире микробным патогеном человека (убиквитарный микроорганизм). С ним связан целый спектр острых инфекционных заболеваний человека, таких как инфекции мягких тканей (импетиго, рожа), фарингит (тонзиллит) и скарлатина; тяжелые, жизнеугрожающие заболевания (синдром токсического шока, сепсис, некротический фасциит), острая ревматическая лихорадка, ревматическая болезнь сердца, постстрептококковый гломерулонефрит. В соответствии с современными данными ГСА относят к типу бактерий Firmicutes, семейству – Streptococcacea и роду – Streptococcus. ГСА является каталазанегативной, грамположительной бактерией овальной или округлой формы, размером 0.6-2.0 мкм. При росте на питательных средах бактерии могут располагаться в виде пар или цепочки кокков (деление бактерий происходит в одной плоскости), неподвижные, спор не формируют. Имеет капсулу, состоящую из гиалуроновой кислоты, достаточно устойчивы во внешней среде, хорошо переносят высушивание, выдерживают нагревание до 60оС в течение 30 минут, под действием основных дезинфекционных средств погибают в течение 15 минут. Является факультативным анэробом, растет на питательных средах с добавлением крови, сыворотки. 9 При росте на кровяном агаре характеризуется в большинстве случаев развитием β-гемолиза. В соответствии с классификацией Р. Ланцефилд Streptococcus pyogenes (ГСА) относят с серологической группе А. Для ГСА характерна L-трансформация (образование Л-форм) под действием антибиотиков, некоторых аминокислот (L-метионин, аргинин, глицин и других), биологически активных веществ (лизоцим, комплемент, иммунные сыворотки) и других факторов. При определенных условиях Л-формы могут реверсировать в исходные бактерии, что приводит к развитию рецидива болезни. ГСА содержит и продуцирует при развитии заболевания многочисленные токсины и ферменты. Важными факторами патогенности и вирулентности микроорганизма в развитии инфекционного процесса при

роже являются: М-протеин, капсула (гиалуроновая кислота), стрептолизины О и S, стрептококковые экзотоксины, стрептокиназа, С-5а-пептидаза, липотейхоевая кислота, гиалуронидаза, протеазы, полисахарид А и другие клеточные и внеклеточные продукты ГСА. В настоящее время выделяют более 150 штаммов ГСА, отличающихся по строению М-протеина, антитела против конкретного типа М-протеина играют основную роль в развитии протективного иммунитета после перенесенной инфекции. Особенности штаммов ГСА, вызывающих рожу, в настоящее время изучены не полностью. Предположение о том, что они продуцируют токсины, идентичные скарлатинозному, не подтвердилось: вакцинация эритрогенным токсином не даёт профилактического эффекта, а антитоксическая противоскарлатинозная сыворотка не влияет на развитие рожи. При использовании бактериологического и молекулярнобиологического исследований ГСА чаще выявляется в буллах (эритематознобуллезная и буллезно-геморрагическая форма рожи), в пунктатах местного воспалительного очага, реже – при исследовании крови (2-5%) и поверхности 10 воспалительного очага. В 20-50% случаев вявлятся миксты ГСА и Staphylococcus aureus. ГСА совместно с Staphylococcus aureus при буллезно-геморрагической форме рожи на раневой поверхности местного воспалительного очага могут формировать биопленку.

**Эпидемиология рожи.** Рожа – широко распространённое спорадическое заболевание с низкой контагиозностью. Низкая контагиозность рожи связана с улучшением санитарно-гигиенических условий и соблюдением правил антисептики в медицинских учреждениях. Несмотря на то что больных рожей нередко госпитализируют в отделения общего профиля (терапия, хирургия), среди соседей по палате, в семьях больных повторные случаи рожи регистрируют редко. Примерно в 10-15% случаев отмечена наследственная предрасположенность к заболеванию. Раневую рожу в настоящее время встречают крайне редко. Практически отсутствует рожа

новорождённых, для которой ранее была характерна высокая летальность. Источник возбудителя инфекции обнаруживают редко, что связано с широким распространением стрептококков в окружающей среде. Источником возбудителя инфекции при экзогенном пути заражения могут быть больные стрептококковыми инфекциями и здоровые бактерионосители стрептококка (до 20% населения). Наряду с основным, контактным механизмом передачи инфекции возможен аэрозольный механизм передачи (воздушно-капельный путь) с первичным инфицированием носоглотки и последующим заносом возбудителя на кожу руками, а также лимфогенным и гематогенным путём. При первичной роже ГСА проникает в кожу или слизистые оболочки через трещины, опрелости, различные микротравмы (экзогенный путь). При роже лица - через трещины в ноздрях или повреждения наружного слухового прохода, при роже нижних конечностей – через трещины в межпальцевых промежутках, на пятках или повреждения в нижней трети голени. К 11 повреждениям относят незначительные трещины, царапины, точечные уколы и микротравмы. При первичной и повторной роже, где экзогенный путь заражения является ведущим, инкубационный период, составляет чаще от 2 до 5-7 дней (возможно и несколько часов). При рецидивирующей роже ГСА распространяется лимфогенно или гематогенно из очагов стрептококковой инфекции в самом организме: фарингит, синусит, отит и др. (эндогенный путь). При частых рецидивах рожи в коже и регионарных лимфоузлах формируется очаг хронической инфекции (L-формы ГСА). Под влиянием различных провоцирующих факторов – переохлаждения, перегревания, травм, эмоциональных стрессов – происходит реверсия L-форм в бактериальные формы ГСА, которые вызывают рецидивы заболевания. При редких и поздних рецидивах рожи возможна реинфекция и суперинфекция новыми штаммами (М-типы) ГСА. После прекращение обязательного учета всех форм рожи (с 1959 года) сведения о заболеваемости этой инфекцией основываются на выборочных

данных проводимых в различных регионах России (заболеваемость составляет от 5-6 до 20 случаев на 10.000 населения). Госпитализируется 20- 30% больных в основном с геморрагическими формами заболевания (буллезно-геморрагическая и эритематозно-геморрагическая). В настоящее время у пациентов в возрасте до 18 лет регистрируют лишь единичные случаи рожи. С 20-летнего возраста заболеваемость возрастает, причём в возрастном интервале от 20 до 30 лет мужчины болеют чаще, чем женщины, что связано с преобладанием первичной рожи и профессиональным фактором. Основная масса больных – лица в возрасте 50 лет и старше (до 70% и более всех случаев). Среди работающих преобладают работники физического труда. Наибольшую заболеваемость отмечают среди слесарей, грузчиков, шофёров, каменщиков, плотников, уборщиц, кухонных рабочих и лиц других профессий, связанных с частой микротравматизацией и загрязнением кожи, а также резкими сменами температуры. Часто болеют 12 рожей пенсионеры (60% и более всех случаев), у которых обычно наблюдают рецидивирующие формы заболевания. Подъём заболеваемости рожей отмечают в летне-осенний период. Меры профилактики. Специфической профилактики рожи не разработано. Неспецифические меры связаны с соблюдением правил асептики и антисептики в лечебных учреждениях, с соблюдением личной гигиены. Постинфекционный иммунитет после перенесенной рожи нестойкий. Более, чем у трети больных, перенесших первичную (острую) форму рожи, возникает повторное заболевание или рецидивирующая (хроническая) форма болезни, обусловленные аутоинфекцией, реинфекцией или суперинфекцией штаммами ГСА, которые содержат другие варианты М-протеина. ГСА высокочувствителен к большинству антибактериальных препаратов, особенно к β-лактамам, резистентен к тетрациклинам, в последние годы растет устойчивость ГСА к макролидам (эритромицин)

**Глава 1.2 ПРОВОЦИРУЮЩИЕ И ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ ПРИ РОЖЕ. ПАТОГЕНЕЗ РОЖИ**

Предрасположенность к роже имеет, вероятно, врожденный характер и представляет собой один из вариантов генетически детерминированной реакции (гиперчувствительность IV типа) организма на ГСА, чаще рожей 13 болеют люди с Ш (В) группой крови. Очевидно, генетическая предрасположенность к роже в ряде случаев реализируется лишь в пожилом возрасте (чаще у женщин), на фоне повторной сенсибилизации к ГСА и к его клеточным и внеклеточным продуктам (факторам вирулентности) при наличии определенных патологических состояний, в том числе связанных с инволюционным процессом. В эпидемиологии рожи важное значение имеет наличие общей и местной предрасположенности организма к заболеванию, что клинически проявляется многократным рецидивированием болезни у отдельных лиц, причем местный воспалительный очаг при этом, обычно, имеет одну и ту же локализацию. Провоцирующими факторами (непосредственно предшествуют заболеванию) при развитии рожи 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, на котором возникает местный воспалительный очаг. Основными предрасполагающими факторами при развитии рожи являются: фоновые (сопутствующие) заболевания: микозы стоп (при роже нижних конечностей до 100% случаев), сахарный диабет II типа (не менее 12-15% всех больных), ожирение (15-20% всех больных), хроническая венозная недостаточность (варикозная болезнь вен), хроническая (приобретенная или врожденная) недостаточность лимфатических сосудов (женщины после мастэктомии), экзема; наличие очагов хронической (стрептококковой) инфекции: тонзиллит, отит, синусит, кариес, парадантоз (чаще при роже

лица); остеомиелит, тромбофлебит, язвы (трофические) (чаще при роже нижних конечностей); профессиональные вредности, связанные с повышенной травматизацией, загрязнением кожных покровов, ношением резиновой обуви и другое; хронические соматические 14 заболевания, приводящие к снижению состояния противоинфекционного иммунитета, что чаще реализуется в пожилом возрасте. На одного больного рожей приходится не менее одного фонового заболевания (предрасполагающего фактора) и это без учета сердечнососудистой патологии, заболеваний внутренних органов, нервной системы часто диагностируемых у пациентов старшего и пожилого возраста

При микроскопии местного воспалительного очага у больных рожей отмечают серозное или серозногеморрагическое воспаление (отёк; мелкоклеточная инфильтрация дермы, более выраженная вокруг капилляров). Экссудат содержит большое количество лимфоцитов, моноцитов, нейтрофилов и эритроцитов (при геморрагических формах). Морфологическим изменениям свойственна картина микрокапиллярного артериита, флебита и лимфангита. При эритематозно-буллёзной и буллёзно-геморрагической формах воспаления происходит отслойка эпидермиса с образованием пузырей. При геморрагических формах рожи в местном очаге отмечают тромбоз мелких кровеносных сосудов, диапедез эритроцитов в межклеточное пространство, обильное отложение фибрина. В периоде реконвалесценции при неосложнённом течении рожи отмечают крупно- или мелкопластинчатое шелушение кожи в области очага местного воспаления. При рецидивирующем течении рожи в дерме постепенно происходит разрастание соединительной ткани – в результате нарушается лимфоотток и развивается стойкий лимфостаз. Установлено, что воспалительный процесс при роже распространяется в глубоких слоях дермы и, возможно, подкожной

клетчатки за пределы визуально определяемого местного воспалительного очага.

Патогенез рожи можно представить в виде следующих стадий:

1. Внедрение ГСА в кожу в результате ее повреждения (при первичной роже) или путем инфицирования из очага дремлющей инфекции (при часто рецидивирующей форме болезни). Эндогенное распространение инфекции может происходить и непосредственно из очага самостоятельного заболевания стрептококковой этиологии (фарингит, синусит, отит и др.). Размножение и накопление ГСА в лимфатических капиллярах дермы, что соответствует инкубационному периоду заболевания.

2. Развитие бактериемии, токсемии, что приводит к возникновению симптомов интоксикации (острое начало болезни с повышения температуры, озноба, слабости и др.).

3. Развитие местного очага инфекционно-аллергического воспаления кожи с участием иммунокомплексного процесса (формируются периваскулярно расположенные иммунные комплексы, содержащие С-3 фракцию комплемента). Нарушение капиллярного лимфообращения в коже и микроциркуляции с формированием лимфостаза, возможным образованием геморрагий и пузырей с серозным и геморрагическим содержимым.

5. Формирование очагов хронической стрептококковой инфекции в коже и регионарных лимфоузлах с наличием бактериальных и L-форм ГСА, что приводит у части больных к развитию рецидивов заболевания (хроническому течению рожи).

6. Элиминация бактериальных форм ГСА с помощью фагоцитоза и образования иммунных комплексов, и других иммунных механизмов и выздоровление пациента.

Современная клиническая классификация рожи предусматривает выделение следующих форм болезни.

1. По характеру местных поражений:
   * эритематозная;
   * эритематозно-буллёзная;
   * эритематозно-геморрагическая;
   * буллёзно-геморрагическая.
2. По степени интоксикации (тяжести течения):
   * лёгкая;
   * средней тяжести;
   * тяжёлая.
3. По кратности течения:
   * первичная;
   * повторная;
   * рецидивирующая (часто и редко, рано и поздно).
4. По распространённости местных проявлений:
   * локализованная;
   * распространённая;
   * блуждающая (ползучая, мигрирующая);
   * метастатическая.

**ГЛАВА 1.3 КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА РОЖИ** .

Инкубационный период может быть установлен лишь при посттравматической роже, в этих случаях он продолжается от нескольких часов до 3—5 дней. Более чем в 90 % случаев рожа начинается остро, больные указывают не только день, но и час её возникновения.

Общетоксический синдром предшествует локальным изменениям. Быстрый подъём температуры сопровождается ознобом, нередко сотрясающим. Выявляются выраженные признаки интоксикации — головные боли, головокружение, слабость, тошнота, возможна [рвота](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B2%D0%BE%D1%82%D0%B0). В тяжёлых случаях могут быть судороги и бред. Через 10—20 часов от начала болезни появляются местные симптомы.

Сначала больные испытывают на ограниченных участках зуд, чувство потения, стягивание кожи. Затем в этих местах появляются припухлость, боль, соответствующие развитию регионарного лимфаденита, иногда с лимфостазом (на внутренней стороне бедра). Боли больше всего выражены при роже волосистой части головы. Довольно часто возникают боли в области регионарных лимфатических узлов, усиливающиеся при движении. Затем появляется покраснение кожи (эритема) с отёком.

На поражённом участке формируется пятно яркой гиперемии с чёткими неровными границами в виде «языков пламени» или «географической карты», отёком, уплотнением кожи. Очаг горячий и слегка болезненный на ощупь. При расстройствах лимфообращения [гиперемия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%8F) имеет цианотичный оттенок, при трофических нарушениях дермы с лимфовенозной недостаточностью — буроватый. После надавливания [пальцами](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D0%BB%D0%B5%D1%86) на область эритемы краснота под ними исчезает на 1—2 с. Из-за растяжения эпидермиса эритема лоснится, по её краям кожа несколько приподнята в виде периферического инфильтрационного валика. Одновременно в большинстве случаев, особенно при первичной или повторной роже, наблюдают явления

регионарного лимфаденита: уплотнение лимфатических узлов, их болезненность при пальпации, ограничение подвижности. У многих больных проявляется сопутствующий лимфангит в виде узкой бледно-розовой полоски на коже, соединяющей эритему с регионарной группой лимфатических узлов.

Со стороны внутренних органов можно наблюдать приглушённость сердечных тонов, тахикардию, артериальную [гипотензию](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%80%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B3%D0%B8%D0%BF%D0%B5%D1%80%D1%82%D0%B5%D0%BD%D0%B7%D0%B8%D1%8F). В редких случаях появляются менингеальные симптомы.

После начала лечения, [лихорадка](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%BA%D0%B0), различная по высоте и характеру температурной кривой, и другие проявления токсикоза обычно сохраняются 5—7 дней, а иногда и несколько дольше. При снижении температуры тела наступает период реконвалесценции. Обратное развитие местных воспалительных реакций возникает после нормализации температуры тела: [эритема](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D1%80%D0%B8%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B0) бледнеет, её границы становятся нечёткими, исчезает краевой инфильтрационный валик. Спадает отёк, уменьшаются и проходят явления регионарного лимфаденита. После исчезновения гиперемии наблюдают мелкочешуйчатое шелушение кожи. Местные проявления рожи исчезают через 10—14 дней после начала болезни, однако пастозность и пигментация кожи при этом могут длительно сохраняться. В некоторых случаях регионарный [лимфаденит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B8%D0%BC%D1%84%D0%B0%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%8F) и инфильтрация кожи сохраняются долго, что свидетельствует о риске раннего рецидива рожи. Длительное сохранение стойкого отёка — признак формирования лимфостаза. Приведённая клиническая характеристика свойственна эритематозной роже.

Симптомы интоксикации в начальном периоде возникают раньше местных проявлений на несколько часов до 1-2 суток, что особенно характерно для рожи, локализующейся на нижних конечностях. Возникает головная боль, общая слабость, озноб, миалгия, тошнота и рвота (25-30% больных). Уже в первые часы болезни пациенты отмечают повышение температуры до 38-40°С. На участках кожи, где впоследствии возникнут локальные поражения, некоторые больные ощущают парестезии, чувство распирания или жжения, болезненность, возникает болезненность при пальпации увеличенных регионарных лимфатических узлов (70%), лимфангиит (10-15%). Разгар заболевания наступает через несколько часов до 1-2 суток после появления первых признаков. При этом общие токсические проявления и лихорадка достигают своего максимума; возникают характерные местные симптомы рожи. Чаще всего воспалительный процесс локализуется на нижних конечностях (70-80%), лице (15-20%) и верхних конечностях (4-7% больных), редко – лишь на туловище, в области молочной железы, 19 промежности, наружных половых органов. При своевременно начатом лечении и неосложнённом течении заболевания продолжительность лихорадки составляет не более 5 суток. У 10-15% больных её длительность превышает 7 суток, что свидетельствует о генерализации процесса и неэффективности этиотропной терапии. Самый длительный лихорадочный период наблюдают при буллёзно-геморрагической роже. Период реконвалесценции. Температура нормализуется и интоксикация исчезает раньше, чем происходит регресс местных симптомов. Локальные признаки заболевания наблюдают до 5-8-го дня, при геморрагических формах – до 12-18-го дня и более. К остаточным явлениям рожи, сохраняющимся на протяжении нескольких недель или месяцев, относят пастозность и пигментацию кожи, застойную гиперемию на месте угасшей эритемы, плотные сухие корки на месте булл, отёчный синдром. О неблагоприятном прогнозе и вероятности раннего рецидива свидетельствуют длительное увеличение и болезненность лимфатических узлов; инфильтративные изменения кожи в области угасшего очага воспаления; продолжительный субфебрилитет; длительное сохранение лимфостаза, который следует рассматривать как раннюю стадию вторичной слоновости. Гиперпигментация кожи нижних конечностей у больных, перенёсших буллёзно-геморрагическую рожу, может сохраняться всю жизнь.

Эритематозная рожа является как самостоятельной клинической формой рожи, так и начальной стадией развития других форм рожи. На коже появляется небольшое красное или розовое пятно, которое на протяжении нескольких часов превращается в характерную рожистую эритему. Эритема представляет собой четко отграниченный 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 21 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 воспаления и отслойкой эпидермиса от дермы, скопившейся жидкостью. При повреждении поверхностей пузырей или их самопроизвольном разрыве их 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 в 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 эритематознобуллезной 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 и 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. Важной особенностью современной клиники рожи является увеличение в последние годы геморрагических форм болезни (эритематозногеморрагическая и буллезно-геморрагическая). Критериями тяжести рожи являются выраженность интоксикации и распространенность местного воспалительного процесса. К легкой (I) форме рожи относятся случаи с незначительной интоксикацией, субфебрильной температурой, локализованным (чаще эритематозным) местным процессом. Среднетяжелая (II) форма заболевания характеризуется выраженной интоксикацией. Отмечается общая слабость, головная боль, озноб, мышечные боли, иногда тошнота, рвота, повышение температуры до 38-40о С, тахикардией, почти у половины больных – гипотензия. Местный процесс может иметь как локализованный, так и распространенный (захватывает две анатомические области) характер. К тяжелой (III) форме рожи относятся случаи болезни с сильно выраженной интоксикацией: интенсивной головной болью, повторной рвотой, гипертермией (свыше 40оС), иногда затмением сознания, явлениями менингизма, судорогами. Отмечается значительная тахикардия, часто гипотензия, у лиц пожилого и старческого возраста с поздно начатым лечением возможно развитие острой сердечно-сосудистой недостаточности. Тяжелой следует считать распространенную буллезно-геморрагическую рожу с обширными пузы-рями и при отсутствии резко выраженного токсикоза и гипертермии. На фоне сахарного диабета рожа обычно протекает более длительно с выраженным местным воспалительным синдромом. При различной локализации рожи клиническое течение болезни и ее прогноз имеют свои особенности. 23 Рожа нижних конечностей – самая распространенная локализация болезни. Характерны геморрагические формы болезни с развитием обширных геморрагий, больший пузырей с последующим образованием эрозий, других дефектов кожи. Для данной локализации процесса наиболее типичны поражения лимфатической системы в виде лимфангиитов, периаденитов, присуще хронически-рецидивирующее течение заболевания. Последнему во многом способствуют фоновые сопутствующие состояния – хроническая венозная недостаточность, первичные нарушения лимфообращения, микозы и др. Рожа лица обычно наблюдается при первичной и повторной формах болезни. При ней относительно редко возникает часто рецидивирующее течение болезни. При своевременно начатом лечении рожа лица протекает легче, чем при ее других локализациях. Нередко ей предшествуют ангины, острые респираторные заболевания, обострения хронических синуситов, отитов, кариес. Рожа верхних конечностей (4-7%), как правило, возникает на фоне послеоперационного лимфостаза (слоновости) у женщин, оперированных по поводу опухоли молочной железы. Рожа этой локализации у женщин имеет склонность к рецидивирующему течению. Одним из основных аспектов проблемы рожи, как стрептококковой инфекции, является тенденция болезни к хронически-рецидивирующему течению. Рецидивы (в 25-30% случаев после перенесенной первичной формы и более) при роже могут быть поздние (возникающие спустя год и более после предыдущей вспышки рожи с той же локализацией местного воспалительного процесса), сезонные (возникают ежегодно на протяжении многих лет, чаще всего в летне-осенний период). Поздние и сезонные рецидивы (строго в определенное время года, чаще летом) болезни, являясь обычно результатом реинфекции, по клиническому течению не отличаются 24 от типичной первичной рожи, хотя и протекают обычно на фоне стойкого лимфостаза, других последствий предыдущих вспышек болезни. Ранние и частые (3 и более рецидивов за 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 у 5-10% больных. К местным осложнениям рожи относят абсцессы, флегмоны, некрозы кожи, пустулизацию булл, флебиты, тромбофлебиты, лимфангииты, периадениты. Наиболее часто осложнения возникают у больных буллезно-геморрагической рожей. При тромбофлебитах чаще поражаются подкожные и реже глубокие вены голени. Лечение данных осложнений необходимо проводить в гнойных хирургических отделениях. К общим осложнениям, развивающихся 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%). К последствиям рожи относятся стойкий лимфостаз (лимфедема) и соб-ственно вторичная слоновость (фибредема), являющиеся 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 имевшие (иногда субклинические) нарушения лимфообращения, приводя к формированию последствий болезни. 25 Успешное противорецидивное лечение рожи (включая повторные курсы физиотерапии) может привести к существенному уменьшению лимфатического отека. При уже сформировавшейся вторичной слоновости (фибредеме) эффективно лишь хирургическое лечение.

**ГЛАВА 1.4. ДИАГНОСТИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКИ ПРИ РОЖЕ**

Диагноз рожи в большинстве случаев основан на наличии характерного клинического симптомокомплекса, включающего: острое начало болезни с выраженными симптомами интоксикации; 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. Изменения со стороны периферической крови у больных рожей в 40-60 % случаев характеризуется умеренно выраженным лейкоцитозом (до 10.000-12.000 в мкл), преимущественно нейтрофильного характера. У отдельных больных, с тяжелым течением рожи, может наблюдаться гиперлейкоцитоз, иногда с развитием лейкемоидной реакцией, токсическая 26 зернистость нейтрофилов. Умеренно повышенная СОЭ (до 20-25 мм/час) регистрируется у 50-60% больных, преимущественно с первичной рожей. В период реконвалесценции картина крови нормализуется, сохраняющиеся изменения в анализе крови обычно сопровождают сопутствующие заболевания или указывают на развитие осложнений (флегмона, абсцесс и другие). В остром периоде у ряда больных (20-30%) может отмечаться кратковременная альбуминурия (лихорадочная), тяжелые поражения почек (острый гломерулонефрит) при роже не характерны. Достоверных лабораторных методов диагностики заболевания не существует, окончательный диагноз может быть поставлен только на основании совокупности вышеописанных клинических признаков заболевания. При формулировке диагноза «Рожа» учитывают особенности клинического течения заболевания (форма и локализация местного очага, тяжесть, кратность заболевания) и приводят его обоснование. Пример: Эритематозно-геморрагическая рожа правой нижней конечности II

первичная. При наличии осложнений и сопутствующих заболеваний запись делается отдельной строкой: – Осложнение: – Сопутствующее заболевание: При обосновании диагноза следует указать клинические данные, данные анамнеза, лабораторные данные на основании которых подтвержден диагноз «Рожа». Показания к дополнительным методам диагностики и консультациям специалистов. Лабораторные методы (бактериологические, серологические, молекулярно-биологические методы исследования) играют второстепенное значение в рутинной диагностике рожи, их используют при проведении дифференциально-диагностического поиска, научных и 27 эпидемиологических исследований. Определенное диагностическое значение имеют повышенные титры антистрептолизина-О и других противострептококковых антител (полисахариду А, М-протеину и другие) выявление бактериальных и L-форм ГСА в крови, слюне, отделяемом из буллезных элементов у больных (латексагглютинация, коагглютинация, ИФА), что особенно важно при прогнозировании рецидивов у реконвалесцентов. Использование, разработанной в последние годы, полимеразно-цепной реакции для выявлениям ДНК микроорганизмов в различных биологических субстратов у больных рожей (кровь, пунктат из воспалительного очага, содержимое булл) позволяет проводить дифферециально-диагностический поиск, корректировать проводимую антибактериальную терапию Установлена высокая клиническая эффективность использования термографии в оценке распространенности местного воспалительного очага, что характеризуется значительным усилением микроциркуляционного русла за пределами визуально наблюдаемого местного очага, эффективности проводимой терапии, диагностике лиимфангиита, осложнений рожи (флебит, абсцесс и другие). Дополнительные лабораторные и необходимые инструментальные исследования проводятся в зависимости от сопутствующих (фоновых) заболеваний и тяжести основного заболевания (биохимический анализ крови,

коагулограмма, ЭКГ, глюкоза крови, рентгенографическое исследование, ультразвуковая допплерография сосудов и др.). Консультации врачей-специалистов (терапевт, эндокринолог, отоларинголог, дерматолог, хирург, офтальмолог) проводятся по показаниям при наличии сопутствующий заболеваний и их обострений, а также при необходимости проведения дифференциального диагноза. Дифференциальный диагноз при роже следует прово

**ГЛАВА 1. 5. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РОЖЕЙ**

Показаниями для 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 33 от степени интоксикации, характера местного процесса; наличие тяжелых общих сопутствующих заболеваний; старческий или детский возраст больных. При развитии рожи у больных, находящихся на лечении в терапевтических и хирургических стационарах, необходим перевод их в специализированные (инфекционные) отделения. При невозможности перевода (витальные показания: недавно выполненная операция, тяжелое соматическое заболевание, требующих наблюдения врачей-специалистов), возможно лечение больных в отдельных изолированных боксах, под контролем врача-инфекциониста с соблюдением противоэпидемических мероприятий. Лечение больных рожей должно проводиться в зависимости от клинической формы (эритематозная, геморрагическая), его кратности (первичная, повторная, рецидивирующая, часто рецидивирующая рожа), а также от степени интоксикации, характера местных поражений, наличия осложнений, последствий, предрасполагающих (фоновых) заболеваний. В настоящее время большинство больных с легким течением рожи и многие со среднетяжелой формой заболевания лечатся в амбулаторных условиях.

Режим зависит от тяжести течения заболевания. Диета: обычно общий стол (№ 15), рекомендуется обильное питье. При наличии сопутствующей патологии (сахарный диабет, заболевание почек и др.) назначается соответствующая диета. Антибактериальная терапия. Курс антибактериальной терапии при роже составляет в зависимости от тяжести и формы заболевания от 7 до 14 дней и обычно длится до 3-5 дней нормальной температуры. При неосложненном течении рожи достоверных отличий в клинической эффективности терапии при парентеральном (внутривенном или внутримышечном) введении препаратов от перорального не установлено. 34 При лечении больных в амбулаторных условиях целесообразно назначение одного из нижеперечисленных антибиотиков перорально: спирамицин 3 млн. МЕ х 2 раза в сутки ( 10 дней), азитромицин – в 1-й день 0,5 г, затем в течение четырех дней по 0,25 г один раз в день (или по 0,5 г – 5 дней), рокситромицин 0,15 два раза в день – 7-10 дней, левофлоксацин – 0,5 (0,25) х 2 раза в день – 10 дней, моксифлоксацин 400 мг – 1 раз в день – 10 дней, цефаклор 0,5 х 3 раза в день – 7-10 дней. При лечении в условиях стационара препаратом выбора (при переносимости) является бензилпенициллин в суточной дозе 6-12 млн ЕД или пенициллин G (1,2 млн. ЕД) внутримышечно, курс 10 дней. Препаратами резерва являются: цефазолин в суточной дозе 3,0-6,0 г и более внутримышечно, 10 дней), клиндамицин (в суточной дозе 1,2-2,4 г и более, внутримышечно), цефтриаксон (в суточной дозе 2,0 г внутривенно), ванкомицин (2 г в сутки) в комбинации с меропенемом (3-6 г в сутки) внутривенно или отдельно, кларитромицин (0,5 г внутривенно в сутки), даптомицин (4 мг/кг в сутки), имипенем/циластатин (в суточной дозе 1-2 г, внутривенно), назначаются при тяжелом, осложненном течении рожи. При тяжелом течении заболевания, развитии осложнений (абсцесс, флегмона и др.) возможно сочетанное введение антибактериальных препаратов. Оправдано назначение комбинированной антибактериальной терапии (без использования β-

лактамов) при буллезно-геморрагической роже с обильным выпотом фибрина. Установлено, что при массивных и глубоких воспалительных процессах в подкожной клетчатке происходит снижение биодоступности пенициллин-связывающих рецепторов на поверхности ГСА. Патогенетическая терапия. При выраженной инфильтрации кожи в очаге в очаге воспаления показаны нестероидные противовоспалительные препараты (курсом 10-15 дней). Больным рожей необходимо назначение комплекса витаминов группы В, витамина А, рутина, аскорбиновой кислоты, курс лечения 2-4 недели. При тяжелом течении рожи проводится 35 парентеральная дезинтоксикационная терапия (реополиглюкин, 5 %- ный раствор глюкозы, физиологический раствор) с добавлением 5-10 мл 5%-ного раствора аскорбиновой кислоты, 60-90 мг преднизолона. Назначаются сердечно-сосудистые, мочегонные, жаропонижающие средства. Патогенетическая терапия местного геморрагического синдрома эффективна при ранее начатом (в первые 3-4 дня) лечении, когда она предупреждает развитие обширных геморрагий и булл. Выбор препарата проводится с учетом исходного состояния гемостаза и фибринолиза (по данным коагулограммы). При отчетливо выраженных явлениях гиперкоагуляции показано лечение антикоагулянтом прямого действия гепарином (подкожное введение или путем электрофореза – 5-7 процедур) и антиагрегантом пентоксифиллином в дозе 0,2 х 3 раза в сутки – 2-3 недели. При отсутствии выраженной гиперкоагуляции рекомендуется так же введение непосредственно в очаг воспаления методом электрофореза природных ингибиторов протеаз – контрикала и гордокса, курс лечения 5-6 дней. Лечение больных рецидивирующей рожей. Лечение этой формы заболевания должно проводиться в условиях стационара. Обязательно назначение резервных антибиотиков, не применявшихся при лечении предыдущих рецидивов. Назначается цефазолин внутримышечно по 0,5-1,0 г 3-4 раза в

сутки или другой препарат из группы резерва. Курс антибактериальной терапии 10 дней. При часторецидивирующей роже целесообразно двух курсовое лечение. Последовательно назначают антибиотики, оптимально действующие на бактериальные и L-формы стрептококка, соответственно, первый курс антибиотикотерапии осуществляется цефалоспоринами или другими препратами (10 дней), после 2-3-дневного перерыва проводится второй курс лечения линкомицином – 0,6 – 3 раза в день внутримышечно или по 0,5 – 3 раза в день перорально (7 дней). 36 Бициллинопрофилактика рецидивов рожи. Бициллинопрофилактика является составной частью комплексного диспансерного лечения больных, страдающих рецидивирующей формой заболевания. Профилактическое внутримышечное введение бициллина-5 (Benzathine benzylpenicillin + Benzylpenicillin procaine (производитель ОАО «Синтез» Россия) – 1,5 млн ЕД или Benzathine benzylpenicillin (Бициллин-1 в России или препараты производства зарубежных фирм) – 2,4 млн. ЕД предупреждает рецидивы болезни, связанные с реинфекцией стрептококком. При сохранении очагов эндогенной инфекции эти препараты предупреждают реверсию L-форм стрептококка в исходные бактериальные формы, что способствует предупреждению рецидивов. Перед введением (за 1 час) препарата рекомендуется назначение пациенту антигистаминных препаратов (супрастин или др.). При частых рецидивах (не менее трех за последний год) рожи целесообразен метод непрерывной (круглогодичной) бициллинопрофилактики на протяжении 1 года и более лет, с интервалом введения препарата в 3 недели (в первые месяцы интервал может быть сокращен до 2 недель). При сезонных рецидивах, препарат начинают вводить за месяц до начала сезона заболеваемости у данного больного с интервалом в 3 недели на протяжении 3-4 месяцев ежегодно. При наличии значительных остаточных явлений после перенесенной рожи препарат вводится с интервалом в 3 недели на

протяжении 4-6 месяцев. Местная терапия. Лечение местных проявлений болезни проводится лишь при ее буллезных формах с локализацией процесса на конечностях. Эритематозная форма рожи не требует применения местных средств лечения, а многие из них вообще противопоказаны (ихтиоловая мазь, бальзам Вишневского, мази с антибиотиками). 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%-ным раствором риванола или 0,02%-ного раствора фурацилина или 5% раствора 37 калия перманганата, меняя их несколько раз в течение дня. Тугое бинтование недопустимо. При наличии обширных мокнущих эрозий на месте вскрывшихся пузырей местное лечение начинается с марганцевых ванн для конечностей с последующим наложением перечисленных выше повязок. Для очищения раневой поверхности от гнойных наложений применяют: 3% раствор перекиси водорода, 10% раствор хлористого натрия, 1% раствор диоксидина, примочки с димексидом и аппликации ферментных препаратов (трипсин, химотрипсин). В периоде эпителизации «Гидросорб-гель», мазь «Левамеколь», бальзам «Винилин». Всем больным с замедленной репарацией целесообразно назначение актовегина – наружно и внутрь, комплекса витаминов группы В.

При эритематозной роже могут назначаться физиотерапевтические процедуры, в частности ультрафиолетовое облучение действующее на бактерии бактериостатически.

В терапии рецидивирующей рожи рекомендуется физиолечение (местно УВЧ, кварц, лазер). При остром процессе хороший эффект получен при сочетании антибактериальной терапии с криотерапией (кратковременное замораживание поверхностных слоёв кожи струей хлорэтила до побеления).

**Хирургическое лечение**

Хирургическое вмешательство является основным методом лечения при буллёзной форме рожи, а также при гнойно-некротических осложнениях. Производится вскрытие булл с эвакуацией патологической жидкости и дренированием. При наличии гнойных очагов выполняется их радикальная хирургическая обработка с последующей кожной пластикой раневого дефекта. Больной подлежит госпитализации в гнойное хирургическое отделение.

При лечении пациентов с буллёзными формами рожи местно используют антисептические средства — например, раствор фурацилина 1:5000. Повязки же с бальзамом А. В. Вишневского, ихтиоловой мазью, популярные в народе, в данном случае противопоказаны, так как усиливают экссудацию и замедляют процессы заживления.

При эритематозной роже нет необходимости хирургического вмешательства, и по этой причине во многих случаях лечение проводится амбулаторно.

**Профилактика**

Иммунотерапия при роже не разработана.

Необходимо следить за чистотой кожных покровов. Первичная обработка ран, трещин, лечение гнойничковых заболеваний, строгое соблюдение асептики при медицинских манипуляциях служат средствами предупреждения рожи.

### ****ГЛАВА 2. ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ РОЖЕЙ****

Сущность ухода за больными рожей — это широкий комплекс санитарно-гигиенических мероприятий, диагностических и лечебных процедур, а также воспитательной работы с больным, направленный на его быстрое выздоровление и предотвращение рассеивания инфекции. Для обеспечения надлежащего ухода необходимо знать основные особенности больного рожей. Главная особенность состоит в том, что большинство больных выделяют во внешнюю среду возбудителей, т. е. являются источником заразного начала. Отсюда важно знать, где в организме находятся возбудители, каким образом они выделяются во внешнюю среду, как заражают здоровых людей, пути и способы заражения, необходимые меры, чтобы не допустить распространения инфекции. Вторая особенность: рожа сопровождается лихорадкой, интоксикацией и токсическим поражением центральной нервной системы, поэтому у больных часто развиваются нервнопсихические расстройства. Нужно знать характер этих нарушений, чтобы правильно подойти к больным, установить с ними нужный контакт. Хорошее состояние психики больного — один из важных факторов быстрого выздоровления. Третья особенность: рожа- острое, динамичное заболевание, при котором состояние больного может внезапно меняться. В связи с этим часто возникает необходимость быстрого неотложного решения вопросов об оказании срочной помощи пациенту и об изменении характера ухода за ними. Четвертая особенность состоит в том, что клиническое выздоровление при роже, как правило, намного опережает полное восстановление возникших в организме человека органических и функциональных расстройств. В периоде выздоровления (реконвалесценции) больные (при тяжелой форме рожи) долгое время физически ослаблены, у них нарушена психика, имеются расстройства со стороны сердечно-сосудистой системы и

других органов и систем, но, несмотря на это, их самочувствие нередко бывает вполне удовлетворительным и совершенно не соответствует глубоким изменениям, сохраняющимся в организме.

Медсестры должны хорошо знать все отмеченные особенности, чтобы осуществлять уход за больными рожей в стационаре и дома.

Круг обязанностей медсестры, куда входит и выполнение назначенных врачом вмешательств и ее самостоятельные действия, четко определен законом. Все выполненные манипуляции отражаются в сестринской документации.

Задача врача — поставить правильный диагноз и назначить лечение.

Задача медсестры — обеспечить пациенту максимальный комфорт в пределах своей сестринской компетенции, постараться облегчить его состояние. Поэтому для медсестры важны не столько причины нарушения функций органов и систем (инфекция, аллергия), сколько внешние проявления заболевания.

Такими внешними проявлениями наличия патологического процесса в организме могут являться при заболеваниях кожи, например: зуд, боль, высыпания на коже, нарушение целостности кожного покрова, нарушенный сон.

Физиологические сестринские проблемы (снижение защитных функций организма, боль, нарушение целостности кожного покрова, кожный зуд, лихорадка, дефицит самоухода.

Психологические и духовные сестринские проблемы (дефицит знаний о своем заболевании, страх, тревога, беспокойство; дефицит досуга, дефицит общения, недоверие медперсоналу, отказ от приема лекарств, конфликтная ситуация в семье.

Социальные сестринские проблемы (социальная изоляция, беспокойство о финансовом положении в связи с утратой трудоспособности.

Сестринские проблемы делятся также на: -1) настоящие (те, что есть сейчас). Например: боль, плохой сон, дефицит самоухода; -2) потенциальные (те, которые могут возникнуть в будущем). Это могут быть осложнения. Примеры потенциальных сестринских проблем (риск ухудшения состояния ввиду неправильного применения лекарств; риск развития депрессии в связи с длительным заболеванием; риск развития абсцесса).

Обдумав ситуацию, медсестра выписывает все проблемы пациента: настоящие и потенциальные. Затем медсестра определяет приоритетные (первоочередные) проблемы, самые важные. Приоритеты нужны для установления очередности сестринских вмешательств.

III этап — планирование ухода.

Во время планирования формируют цели и план ухода.

Цели должны быть: реальными и достижимыми; иметь конкретные сроки достижения; находиться в пределах сестринской компетенции.

По срокам существует два вида целей: краткосрочные (меньше одной недели); долгосрочные (недели, месяцы).

Каждая цель включает три компонента: — действие; — критерии: дата, время, расстояние; — условие: с помощью кого, чего-либо.

Методы возможных сестринских вмешательств: оказание ежедневной помощи пациенту для осуществления им активной жизни; выполнение практических манипуляций; оказание психологической помощи и поддержки; обучение и консультирование пациента и членов его семьи; профилактика осложнений и укрепление здоровья; меры по спасению жизни;

создание терапевтической среды, благоприятной для удовлетворения основных потребностей человека.

IV этап — реализация плана ухода.

Сестринские действия подразумевают 3 типа сестринских вмешательств:

(зависимые — такие, которые выполняются по назначению врача; независимые — действия, осуществляемые медсестрой по собственной инициативе; взаимозависимые — сотрудничество с врачом или другим специалистом для достижения результата лечения).

V этап — оценка эффективности ухода.

Оценка эффективности и качества ухода за пациентом осуществляется медсестрой регулярно. Основные аспекты оценки (оценка степени достижения цели; оценка ответной реакции пациента на медперсонал, лечение, факт пребывания в стационаре). Если поставленные цели достигнуты, медсестра делает запись об этом в документации (например: цель: пациент будет уметь делать примочки самому себе к 7.05.16; оценка: пациент правильно делает примочки 7.05.16; цель достигнута; подпись медсестры.

Если постигает неудача, медсестра выясняет причину неудачи, ищет ошибку.

В результате может быть изменена цель с тем, чтобы сделать ее более реальной.

### ****2.2. План оказания помощи и ухода****

В ходе данной работы преследовалась цель — разработать систему методов обучения пациента и членов его семьи приемам ухода за больным, которая может стать вспомогательной в процессе лечения. Полученные знания должны использовать как пациент, нуждающийся в помощи, так и его родственники. Задачи по обучению пациента и членов его семьи уходу за

больным решаются следующим образом. На первом этапе (этап получения знаний) обучающий (медицинская сестра) выполняет информационную функцию, обеспечивая научность, достоверность, полноту и глубину сообщаемых знаний. Эти знания должны быть важны для обучающихся (пациента, его родственников). Необходимо направлять их на решение поставленных задач. Методы обучения можно разделить на 3 подгруппы:

* основанные на пассивном восприятии (лекция, объяснение, рассказ);
* основанные на активном восприятии (демонстрация приборов и аппаратов медицинского назначения, предметов ухода за пациентом);
* также демонстрация выполнения конкретных манипуляций (правильное нанесение лекарственного препарата (мази), выполнение инъекций, правильное не травмирующие снимание и надевание нательного белья). Можно многому научиться, наблюдая за действиями квалифицированной медицинской сестры. Еще одним способом обучения является иллюстрация, которая необходима для создания точного, четкого и ясного образа изучаемого материала. Демонстрации и иллюстрации непременно сопровождаются пояснением, указаниями, что улучшает результаты обучения.

План оказания помощи и ухода:

— Создать пациенту условия максимального комфорта

— Несколько раз в день проветривать помещение, в котором находится пациент

— Осуществление не меньше двух раз в день влажной уборки

— Смена нательного и постельного белья каждые два дня

— Обработка предметов пользования пациента дезинфицирующими средствами

— Обработка кожных покровов лекарственными препаратами

— Оказание помощи в самоуходе

— Контроль за соблюдением режима

— Контроль за соблюдение диеты

— Контроль за приемом препаратов

— Контроль за состоянием пациента

— Помощь при проведении личной гигиены

— Предоставление информации по обучению

— Обучение приемам и манипуляциям по самоуходу

— Контроль за правильностью выполнения приемов и манипуляций по самоуходу.

**ГЛАВА 3. АЛГОРИТМЫ ЗАБОРА МАТЕРИАЛА ОТ БОЛЬНОГО ПРИ**

**РОЖЕ**

**Забор крови на иммунологическое исследование: ИФА и ПЦР**

Показание: подозрение на гепатит, ВИЧ, рожа

Обязательные условия: забор крови производится утром натощак в вакуумную пробирку и количество крови для забора 5,0 мл

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № манипуляции | | Название манипуляции |
|  | | Взятие крови из периферической вены |
| 1. | Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала | |
| 1.1 | Требования по безопасности труда при выполнении услуги | До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук  Использование перчаток во время процедуры.  Использование непрокалываемого контейнера для использованных игл. |
| 2. | Материальные ресурсы | |
| 2.1 | Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения | Манипуляционный столик.  Меланжеры.  Вакуумная система для забора крови.  Шприц инъекционный одноразового применения 10,0-20,0 мл |
| 2.2. | Реактивы | В зависимости от исследования и методики |
| 2.3 | Иммунобиологические препараты и реагенты | Отсутствуют |
| 2.4 | Продукты крови | Отсутствуют |
| 2.5 | Лекарственные средства | Антисептик для обработки инъекционного поля.  Антисептическое средство для обработки рук.  Дезинфицирующее средство  Спирт этиловый 70%  Аптечка первой медицинской помощи |
| 2.6 | Прочий расходуемый материал | Пробирки.  Жгут венозный  Клеенчатая подушка  Ватные или марлевые шарики стерильные.  Патентованные салфетки.  Лейкопластырь.  Очки.  Маска.  Халат.  Перчатки.  Штатив для пробирок.  Непромокаемый пакет.  Непрокалываемый контейнер для дезинфекции  Стул, кресло, или кушетка для забора крови. |
| 3. | Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги  Алгоритм взятия крови из периферической вены  I. Подготовка к процедуре.   1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру взятия крови. 2. Предложить/помочь пациенту занять удобное положение: сидя или лежа 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4. Подготовить необходимое оснащение. 5. Выбрать и осмотреть/пропальпировать область предполагаемой венепункции для избежания возможных осложнений.   При выполнении венепункции в область локтевой ямки - предложить пациенту максимально разогнуть руку в локтевом суставе, для чего подложить под локоть пациента клеенчатую подушечку.   1. Надеть перчатки (нестерильные). 2. Наложить жгут (на рубашку или пеленку) так, чтобы при этом пульс на ближайшей артерии пальпировался и попросить пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать ее.   При выполнении венепункции в область локтевой ямки – наложить жгут в средней трети плеча, пульс проверяем на лучевой артерии.  При наложении жгута женщине, не использовать руку на стороне мастэктомии.  II. Выполнение процедуры.   1. Обработать область венепункции не менее чем 2 салфетками/ватными шариками с кожным антисептиком, движениями в одном направлении, одновременно определяя наиболее наполненную вену.   Если рука пациента сильно загрязнена, использовать столько ватных шариков с антисептиком, сколько это необходимо. Патентованная салфетка используется одна независимо от степени загрязнения.   1. Взять шприц, фиксируя указательным пальцем канюлю иглы. Остальные пальцы охватывают цилиндр шприца сверху. 2. Натянуть кожу в области венепункции, фиксируя вену. Держать иглу срезом вверх, параллельно коже, проколоть ее, затем ввести иглу в вену (не более чем на 1/2 иглы). При попадании иглы в вену, ощущается «попадание в пустоту». 3. Убедиться, что игла в вене: потянуть поршень на себя, при этом в шприц должна поступить кровь. Потянуть поршень на себя. Когда из канюли иглы покажется кровь, набрать необходимое количество крови 4. Развязать жгут, попросить пациента разжать кулак.   III. Окончание процедуры.   1. Прижать к месту инъекции салфетку/ватный шарик с кожным антисептиком. Извлечь иглу, попросить пациента держать салфетку/ватный шарик у места инъекции 5 - 7 минут, прижимая большим пальцем второй руки или забинтовать место инъекции.   Время, которое пациент держит салфетку/ватный шарик у места инъекции (5-7 минут), рекомендуемое.   1. Кровь аккуратно медленно по стеночке перелить в пробирку 2. Убедиться, что наружного кровотечения в области венепункции нет. 3. Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал. 4. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции. 5. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 6. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию или оформить направление 7. С направлением отправляем кровь в вирусологическую лабораторию, где проводится серологические реакции, определяется титр антител. | |
| 4. | Параметры оценки и контроля качества выполнения методики  - Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации  - Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения)  - Отсутствие постинъекционных осложнений  - Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.  - Пробы своевременно доставлены в лабораторию | |

**ГЛАВА 4. ПРОФИЛАКТИКА ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ**

**4.1 ДЕЗРЕЖИМ ПРИ КОНТАКТНЫХ ИНФЕКЦИЯХ**

1. Весь инвентарь строго промаркирован и используется строго по назначению.

2. Палата больного и предметы обихода обрабатываются 3% раствором хлорамина. Экспозиция 60 минут. Кварцевание по графику.

3. Домашняя посуда возвращается после предварительной обработки 3% раствором хлорамина в течений 60 минут.

4. Выделение больных(кал, моча, рвотные масса)засыпаются известью(1:5) 200гр на 1 кг на 60 минут.

5. Посуда из под выделений погружается в раствор 3% хлорамина на 60 минут.

6. Посуда после приема пищи очищается,

обезжиривается(сода, горчица),погружается в 3%раствор хлорамина на 60 минут, затем моется под проточной водой, протирается и стерилизуется в сухожаровом шкафу при t° -130° Cв течении45 минут.

7. Остатки пищи засыпают сухой хлорной известью 200 гр по 1 кг на 60 минут.

8. Белье больного замачивается на 30 минут в 3% растворе хлорамина, затем кипятят в 25 мыльно-содовом растворе, прополаскивают, проглаживают.

9. Игрушки погружаются в 3% раствор хлорной извести на 60 минут затем ополаскиваются под проточной водой.

10. Подушки. одеяло, матрацы дезинфицируется в паровоздушной камере при t°-90° Cв течении30 минут.

11. Для туалета иметь инвентарь по специальной маркировкой, половая тряпка с красной нашивкой.

12. Уборочный инвентарь замачивается на 60 минут в 3%раствор хлорамина, промывается, хранится в специальных шкафах.

4.2 ПРИКАЗ №345

Алгоритм действия м/с при биологической аварии

1. При попадании крови на кожу:

немедленно обработать руки тампоном (салфеткой с 70спиртом) в течение 30сек

-вымыть руки с мылом не менее 2 раз под проточной водой;

- повторно обработать руки 70% спиртом ( не тереть!);

**2. При проколе кожи использованной иглой, порезе необходимо:**

- немедленно обработать перчатки 3% дезраствором, снять их, опустить в дезраствор;

- не останавливать кровотечение! Если крови нет, обязательно выдавить как можно больше;- вымыть руки под проточной водой с мылом, особенно место повреждения;

- место прокола (пореза) сначала обработать 70% этиловым спиртом, затем 5% спиртовым раствором йода;

- место укола (пореза) тщательно заклеить лейкопластырем или наложить повязку, можно надеть напальчник, при продолжении работы, сменить перчатки.

**3. При попадании биологических жидкостей на слизистую глаз:**

- промыть 1% р-ром борной кислоты при помощи пипетки или глазного стаканчика; - промыть проточной водой.

**4. На слизистую носа:**

-промыть 1% р-ром борной кислоты (1% р-ром протаргола)

- промыть проточной водой.

**5. На слизистую полости рта:**

- прополоскать рот 70% спиртом (не глотать!) или 1% р-ром борной кислоты;

-прополоскать рот водой, использованную воду сплюнуть в дезраствор.

ОБ АВАРИИ НЕМЕДЛЕННО СОООБЩИТЬ АДМИНИСТРАЦИИ!

При уколе, порезе рекомендуется профилактический прием азидотимидина

800 мг/сут. в течении 30 дней. **Прием начать не позже** **24 часов после аварии!!!**

Обследование на ВИЧ через 3,6,12 мес.

4.3 ОСТ №42-21-2-85

**ОБРАБОТКА ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ**

**1- Этап дезинфекции**

**1. Химический метод** проводится в процедурном кабинете. Не снимая перча­токинструментарий вне разобранном виде погружается в дезинфицирующий раствор.

а. При кишечных инфекциях - бактериальных, вирусных, капельных

инфекциях замачивается в3% р-ре хлорамина на 30'.

б. При вирусном гепатите и СПИДе: замачивается в 3% р-ре хлорамина на 60' .

в. При туберкулезе: замачивается в 5% р-ре хлорамина на 240'

г. При анаэробной инфекции: замачивается в 6% р-ре перекиси водорода

0,5% раствором моющего средства на 60'.

**2. Кипячение**

а. При всех инфекциях (кроме анаэробных инфекций) кипятятся:

в дистиллированной воде 30'; в 2% содовом растворе 15' Ь.

При анаэробных инфекциях: в 2% содовом растворе 90'.

Время кипячения исчисляется с момента закипания. Температура

дезинфицирующего раствора должна быть не ниже 18° Цельсия.

После химического метода инструментарий промывается под проточной

водой до исчезновения запаха хлора и сдается в ЦСО.

2-Этап предстерилизационной обработки инструментария

(удаление белковых, жировых и лекарственных загрязнений проводится

в ЦСО в моечной и подготовительной).

1. Замачивание в моющем растворе температура 50°С на15мин.

Приготовление моющего раствора**:** порошок («Прогресс»,

«Айна»,«Ло­тос») 5 грамм, 20грамм пергидроля или 160грамм 3% раствора

перекиси водо­рода, или 16грамм 30% перекиси водорода, воды

до 1 литра. Примечание: при наличии порошка «Лотос»

добавляется ингибитор коррозии 1,4г на литр.

**2. Мойка каждого изделия** в моющем растворе при помощи ерша,

ватно-марлевого тампона, мандрена.

**3. Промывание инструментария под проточной водой** «Биолот» 3',

«Прогресс» 5';«Астра», «Лотос», «Айна» - 1 0 минут.

**4. Ополаскивание инструментария в дистиллированной воде**.

**5. Проведение контрольных проб** для оценки качества

предстерилизационной очистки:

**НА НАЛИЧИЕ КРОВИ:**

**а. Амидопириновая проба:** 5% спиртовый раствор амидопирина и 5%

раствор перекиси водорода в равных частях, 30% раствор уксусной кислоты, 5-б капель.

Положительная реакция - синее окрашивание.

**б. Азопирамовая проба.** Азопирам и 3% раствор перекиси водорода в равных

частях.Положительная проба - фиолетовое окрашивание.

На остаток моющего средства: а. фенолфталеиновая проба с 0,1 %

раствором фенолфталеина. Положительная проба – розовое окрашивание. При этой пробе после нанесения раствора. на инструментарий ждем не более одной минуты, т.к. может быть бурое окрашивание.

Если выпала положительная проба на остаток крови, обработка инструментария начинается заново с этапа дезинфекции. Ели положительная проба на оста­ток моющего раствора—то инструментарий нужно промыть под проточной во­дой, ополоснуть в дистиллированной воде. Для проведенияпробы берется инст рументарий из расчета 1:10

Для проведения пробы необходимо подготовить: инструментарий, раство­ры,

мензурку, пипетку и белый лист бумаги.

При отрицательных пробах весь инструментарий передается в подготови

тельную комнату, где проводится:

а. Сушка горячим воздухом в сухожаровом шкафу при температуре 80° до

полного исчезновения влаги;

б. Упаковка инструментария в мешотчатую непропитанную бумагу.

Маркировка на «куколках» - объем шприца, дата стерилизации, под­пись

медсестры. Из подготовительной комнаты, инструментарий передается в

стерилизационную.

**3-Этап стерилизации**

**1**. **Изделия из металла и стекла** стерилизуются в сухожаровом шкафу при тем­пературе 180°один час. Контроль стерилизации: аскорбиновая кислота должна расплавиться или индикатор изменяет цвет. Изделиями в паковке можно пользоваться трое суток.

Стерилизацию инструментария можно проводить в открытом виде

там, где накрывается стерильный стол. При открытом способе

стерилизации инструмента­рий используется в течение 6 часов.

**2. Резиновые изделия, перевязочный и хирургический материал** стерилизуются в автоклаве при температуре 120-132°, 1,2 - 2

атмосфер давления, в течение 40-45 минут. Контроль стерилизации:

сера должна расплавиться или индикатор изменяет цвет.

**ГЛАВА 5. КОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ**

**ТЕСТЫ ПО ТЕМЕ: «РОЖА»**

**1. Какой из возбудителей вызывает рожистое воспаление**

А. Стафилококк.

Б. Стрептококк.\*

В. Синегнойная палочка.

Г. Кишечная палочка.

Д. Протей.

Ж. Анаэробы.

**2. Что способствует возникновению рожистого воспаления**

А. Аллергия.\*

Б. Травмы, охлаждение.

В. Опухоли кожи.

Г. Хроническая почечная недостаточность.

**3. Наиболее часто при роже поражаются**

А Пальцы кистей.

Б. Верхние конечности, грудная клетка.

В. Слизистые оболочки.

Г. Лицо, голова, нижние конечности.\*

**4. Воспаление при роже распространяется на**

А. Эпидермис и лимфатические сосуды.

Б. Сосочковый слой кожи.

В. Подкожную клетчатку

Г. Все слои кожи и лимфатические сосуды.\*  
**5. Укажете формы рожистого воспаления:**

А. Эритематозная.\*

Б. Эмфизематозная.

В. Буллезная.\*

Г. Флегмонозная.\*

Д. Септическая.

Е. Абсцедирующая.

Ж. Некротическая.\*

**6. Укажите местные симптомы эритематозной формы рожи:**

А. Местное повышение температуры.\*

Б.Яркая гиперемия с фестончатыми четкими грани­цами.\*

В. Жгучая боль.\*

Г.Разлитая гиперемия без четких границ.

Д.Пузыри, наполненные серозным экссудатом.

**7. При буллезной форме рожи имеются**

А. Абсцессы.

Б. Пузыри.\*

В. Язвы.

Г. Некрозы кожи.

**8. При вовлечении подкожной клетчатки в воспалительный процесс при рожистом воспалении развива­ется**

А. Сепсис.

Б. Карбункул.

В. Абсцесс.

Г. Флегмона.\*  
**9. Для рожистого воспаления не характерно**

В. Лихорадка до 40-41 градусов.

Г. Дергающий, пульсирующий характер боли.

Д. Большая выраженность местных симптомов от центра к периферии очага.  
**10. Укажите среднюю длительность заболевания при рожистом воспалении**

А. 6-8 дней.

Б. 1-2 недели.\*

В. 1-2 месяца.

**11. Укажите наиболее эффективный общий метод лечения при рожистом воспалении**

 А. Физиотерапия.

Б. Сульфаниламидные препараты.

В. Рентгентерапия.

Г. Антибиотики и сульфаниламидные препараты.\*

**12. При рожистом воспалении наиболее эффективны антибиотики:**

А.Пенициллинового ряда.\*

Б. Тетрациклины.

В. Полусинтетические пенициллины в комбинации с сульфаниламидами.\*

**13. При рожистом воспалении противопоказано использование**

А. Антибиотиков.

Б. Сульфаниламидных препаратов.

В. Ультрафиолетового облучения.

Г. Влажных повязок и ванн.\*

**14. При флегмонозной и некротических формах рожистого воспаления, кроме консервативного лечения, проводится:**

А. Некрэктомия.\*

Б. Вскрытие и дренирование гнойников.\*

В. Иссечение гнойников с наложением первичного шва.  
**15. Виды лечения, применяющиеся при рожистом воспалении:**

А. Антибиотикотерапия.\*

Б. Дезинтоксикационная терапия.\*

В. Физиотерапия.\*

Г. 50% спиртовые компрессы местно.

Д. Влажные повязки.

Е. Хирургическое лечение.\*

**16. Относится ли рожистое воспаление к часто ре­цидивирующим заболеваниям**

А.Да

Б. Нет

**17. Укажите осложнения часто рецидивирующего рожистого воспаления**

А. Лимфостаз, слоновость конечности.\*

Б. Облитерирующий эндартериит сосудов конечности.

В. Сахарный диабет.

Г. Облитерирующий атеросклероз.

Д. Острый тромбофлебит

Ж. Варикозная болезнь.

**18. Укажите клинический признак, наиболее характерный для рожистого воспаления:**

А) узловатая эритема

Б) увеличенные и безболезненные лимфатические узлы

В) эритема с четкими очертаниями, отек и инфильтрация кожи

Г) крупно-пятнистые высыпания

**19. Рецидивирующее течение рожи обусловлено:**

А) локальным внутрисосудистым микросвертыванием крови

Б) токсинемией, бактериемией

В) формированием очагов эндогенной инфекции с персистенцией L-форм стрептококков

Г) гиперергической реакцией со стороны клеток-эффекторов воспаления при роже

**20 .Ранним считается рецидив рожи при его возникновении после последнего случая заболевания менее чем через:**

А)5-6 дней

Б) 10 дней

В) месяц

**21. Развитие регионального лимфаденита, лимфангита при роже связано с:**

А) токсинемией, бактериемией

Б) нарушением резорбции лимфы

В) проникновением микроба из кожи в лимфатическую систему

Г) присоединением стафилококковой флоры

**22. Осложнениями рожи являются все, кроме:**

Е) пустулизации булл

**23. При лечении первичной рожи препаратом выбора является:**

А) пенициллин, цефалоспорины

б) антимикробные антитела

**24. К неблагоприятным остаточным явлениям рожи относятся:**

А) явления регионарного лимфаденита, инфильтрация кожи

Д) застойная гиперемия кожи

Е) шелушение, пигментация кожи

Ж) плотные сухие корки

**25. Для рожи характерны следующие изменения гемограммы:**

А) нормоцитоз с лимфоцитозом

Б) лейкопения с лимфоцитозом

В) лейкоцитоз с нейтрофилезом и сдвигом лейкоцитарной формулы влево

**26. Лимфостаз при роже обусловлен:**

А) токсинемией, бактериемией

Б) нарушением резорбции лимфы

В) проникновением микроба из кожи в лимфатическую систему

Г) присоединением стафилококковой флоры

**27.При лечении часто рецидивирующей рожи не используется:**

А) бензилпенициллина натриевая соль

Б) цефалоспорины

В) бицилин

**28. Какие физиопроцедуры противопоказаны при роже:**

А) Синяя лампа

Б) УФО пораженного участка

В) гелий-неоновый лазер

**29. Что является ведущим в патогенезе рожи:**

А) Ферменты агрессии S. pyogenes 1. О-стрептолизин

Б) Токсины S. pyogenes 2. М-протеин

В) Компоненты клеточной стенки

**30. Длительность инкубационного периода рожи:**

А)1-3 дня

Б) 5-6 дней

В) до 10 дней

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ТЕМЕ «РОЖА»**

**Задача № 1.**

Больная М., 55 лет, жалуется на головную боль, озноб, тошноту, головокружение, чувство жжения в области левой щеки. При осмотре в 1-й день болезни температура 39,5°С, на левой щеке пятно гиперемии с четкими границами по ходу естественных складок кожи, кожа в области пораженного участка лоснится, напряжена, горячая на ощупь. Наблюдается выраженный отек подкожной клетчатки щеки и нижнего века, болезненность при пальпации периферии эритемы. На 2-й день болезни на фоне эритемы появилась единичная небольшая везикула, наполненная прозрачным содержимым, пальпируются подчелюстные лимфатические узлы слева. Ранее подобного не наблюдалось.

1. О каком заболевании необходимо думать прежде всего?

2. Какое лечение показано в данном случае?

3. Необходима ли госпитализация больной в данном случае?

**Задача №2.**

К больной А., 53 лет, вызван участковый терапевт. 2 дня назад появился озноб, повысилась температура тела до 39,5°С, головная боль, мышечные боли. Через несколько часов появилось чувство жжения в области правого виска, покраснение кожи, а затем распространенный отек. Из анамнеза выяснено, что в течение длительного времени страдает хроническим гайморитом с периодическими обострениями 1 раз в 1,5 года. При осмотре: состояние средней тяжести. На правой половине лица участок эритемы, охватывающий верхнюю часть щеки, веки, лоб, височную область и ушную раковину. Правая глазная щель закрыта из-за выраженного отека век. Эритема болезненна при пальпации, горячая на ощупь, края ее неровные, четкие, возвышаются. Пальпируются болезненные подчелюстные лимфатические узлы справа. АД-155/60 мм рт.ст., ЧСС=122/мин.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Необходима ли госпитализация?

3. Составьте план лечения.

4. Нуждается ли больная в местном лечении?

**Задача № 3.**

Больной Б., 55 лет, обратился в поликлинику к участковому терапевту с жалобами на боли, отек левой голени, усиливающийся при ходьбе, повышение температуры тела до 39°С. Из анамнеза выяснено, что 6 месяцев назад находился на стационарном лечении в хирургическом отделении по поводу тромбофлебита глубоких вен нижних конечностей. При осмотре: состояние средней тяжести. По всей поверхности левой голени отмечается болезненная и горячая на ощупь возвышенная эритема с неровными краями. Движения в коленном суставе затруднены из-за выраженного отека. На передней поверхности левой голени на фоне эритемы отмечаются пузыри с серозным содержимым. Пальпируются болезненные подколенные лимфатические узлы.

1. Ваш диагноз.

2. Тактика врача поликлиники

3. Составьте план лечения больного.

**Задача № 4.**

Больная Х., 75 лет, поступила в инфекционное отделение с жалобами на на зуд, гиперемию, отек в области правой голени, общую слабость. Из анамнеза выяснено, что остро, когда появился сильный озноб, общая слабость, головные боли, температура тела повысилась до 39°C. Самостоятельно принимала парацетамол, состояние незначительно улучшилось. Через 1,5-2 дня после первичного повышения температуры тела появилась гиперемия, отек, чувство жжения в области правой голени. Врачом «скорой помощи» доставлена в инфекционное отделение. Контакт с больными отрицает. Заболевание связывает с переохлаждением. Предшествующего травмирования кожи правой голени не отмечала. Перелом костей правой голени 10 лет назад, сахарный диабет II типа в течение 20 лет (вторично инсулинзависимый). При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 38°С. На правой голени по всей ее поверхности, высотой около 20,0 см отмечается умеренно отечная эритема с неровными контурами и четкими границами. Голень увеличена в объеме за счет отека. На фоне эритемы мелкоточечные петехиальные геморрагии. При пальпации эритемы определяется умеренная болезненность по периферии очага, кожа в области очага горячая по сравнению с симметричным участком здоровой конечности. Пальпируются паховые лимфатические узлы справа размером 0,5 см, мягкоэластической консистенции, подвижные, умеренно болезненные, не спаянные между собой и окружающими тканями. Прилегающие к лимфатическим узлам кожные покровы и подкожная клетчатка не изменены. Признаки лимфангита отсутствуют.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Составьте план обследования пациентки.

3. Составьте план лечения больной.

**Задача № 6.**

Больная С., 55 лет, доставлена в инфекционное отделение с диагнозом: Эритематозная рожа правой голени. При поступлении предъявляла жалобы на повышение температуры тела до 39,0°, покраснение кожи правой голени,

отек и болезненность голеностопного сустава. Из анамнеза выяснено, что заболела 3 дня назад, когда отметила лихорадку, сутки назад появились гиперемия кожи правой голени, ее отек, болезненность, боли в области голеностопного сустава. 1 год назад перенесла операцию – ампутация левой нижней конечности до середины бедра ввиду ХВН III степени. За 1,5 года до операции перенесла однократно рожу левой голени. При осмотре: состояние средней тяжести, лихорадка 38,6°С. Культя левой нижней конечности без патологических изменений. На коже правой голени яркая, горячая, болезненная при пальпации гиперемия с четкими границами, отек голени и голеностопного сустава. Движения в голеностопном суставе ограничены из-за отека и боли. На внутренней поверхности правого бедра отмечаются явления лимфангита. Пальпируются подколенные и паховые лимфатические узлы до 0,7-1,5 см в диаметре, не спаяны, болезненны.

1. Возможно ли расценить данное состояние как рецидив рожи?.

2. Чем обусловлено данное заболевание?

3. Сформулируйте окончательный диагноз согласно классификации.

4. Какова тактика ведения больной

**ГЛАВА 6. Эталоны ответов по контролю усвоения темы**

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ТЕСТЫ ПО ТЕМЕ « РОЖА»**

1 –Б 16 - А

2 – А 17- А

3 –Г 18 - В

4 – Г 19 - В

5 –А, В,Г,Ж 20 - Б

6 – А,Б,В 21 - В

7 – В 22 - Е

8 – Г 23 - А

9 – Д 24 - А

10 – Б 25 - В

11 –Г 26 - В

12 – А,В 27 - А

13 – Г 28 - В

14 –А,Б 29 - А

15 –А,Б, В,Е 30 - В

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ ПО ТЕМЕ**

**«РОЖА»**

**Эталон ответа к задаче № 1:**

1. О впервые первичной эритематозно-буллезной роже лица.

2. Антибактериальное, патогенетическое.

3. Необходима вследствие риска возникновения тромбоза кавернозного синуса.

**Эталон ответа к задаче № 2:**

1. Рожа лица первичная, эритематозная форма. Фон: Хронический гайморит.

2. Необходима в связи с локализацией и распространенностью отека.

3. Антибиотики пенициллинового или цефалоспоринового ряда, дезинтоксикация, десенсибилизация антигистаминными или гормональными препаратами.

4. Местное лечение показано только в стадии реконвалесценции.

**Эталон ответа к задаче № 3:**

1. Рожа левой голени первичная, эритематозно-буллезная форма. Фон: Тромбофлебит глубоких вен нижних конечностей.

2. Направление на госпитализацию в хирургическое отделение.

3. Вскрытие булл, антибиотики цефалоспоринового ряда внутривенно, дезинтоксикация, десенсибилизация гормональные препаратами, УФО крови.

**Эталон ответа к задаче № 4:**

1. Рожа правой голени первичная, эритематозно-геморрагическая форма. Фон: Сахарный диабет II типа вторичноинсулинзависимый.

2. Общеклиническое обследование, сахар крови, гликемический профиль, исследование показателей ПОЛ (МДА, каталаза), консультация хирурга, эндокринолога, госпитализация больной в хирургическое отделение.

3. Антибактериальная, дезинтоксикационная, десенсибилизирующая терапия, антиоксиданты. Сахароснижающие препараты до полной компенсации сахарного диабета.

**Эталон ответа к задаче № 5:**

1. Рожа правой верхней конечности первичная, эритематозно-буллезная форма. Фон: состояние после мастэктомии справа.

2. Направление на госпитализацию в хирургический стационар.

3. Оперативное лечение 1 год назад, проведение химиотерапии в настоящее время, вследствие чего развится лимфостаз, иммунодефицитное состояние.

4. Антибактериальная, дезинтоксикационная, десенсибилизирующая терапия, вскрытие булл, местное лечение. После исследования иммунограммы консультация иммунолога для решения вопроса и проведении иммунокорригирующей терапии. Консультация онколога.

**Эталон ответа к задаче № 6:**

1. Нет. Первое заболевание рожей регистрировалось более 2 лет назад.

2. Длительным течением ХВН.

3. Повторная блуждающая рожа, эритематозная форма Фон: ХВН нижней конечности III степени.

4. Помимо лечения рожи необходима консультация сосудистого хирурга в плане лечения ХВН. Целесообразно назначение флеботоников, антиагрегантов.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Гавришева Н.А. Инфекционный процесс: Клинические и патофизиологические аспекты: Учебное пособие / Н.А. Гавришева, Т. В. Антонова. – СПб.: Специальная литература, 2018. – 255 с. (1 экз.).
2. Лабораторная диагностика сальмонеллезов человека и животных, обнаружение сальмонелл в кормах, продуктах питания и объектах внешней среды.- М.: Медицина, 2020.-37 с.
3. Инфекционные болезни и эпидемиология: Учебник / В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И. Брико, Б.К. Данилкин. – 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2018. – 816 с. (84 экз.)

4. Покровский В.И., Черкассий Б.Л. Сальмонеллезы.- М.: Медицина, 2020.- 221 с.

1. Ющук Н.Д. Краткий курс эпидемиологии (схемы, таблицы): Учеб. пособие / Н.Д. Ющук, Ю.В. Мартынов. – М.: ОАО «Изд-во «Медицина», 2018. – 200 с. (1 экз.).
2. Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. Лекции по инфекционным болезням. — М.: Медицина, 2017. — 1032 сРуководство по инфекционным болезням.
3. Эпидемиология и профилактика сальмонеллезов //Журн. микробиол.- 2019- №6.-с.47-53 Приложение Заболеваемость сальмонеллезами в России.