



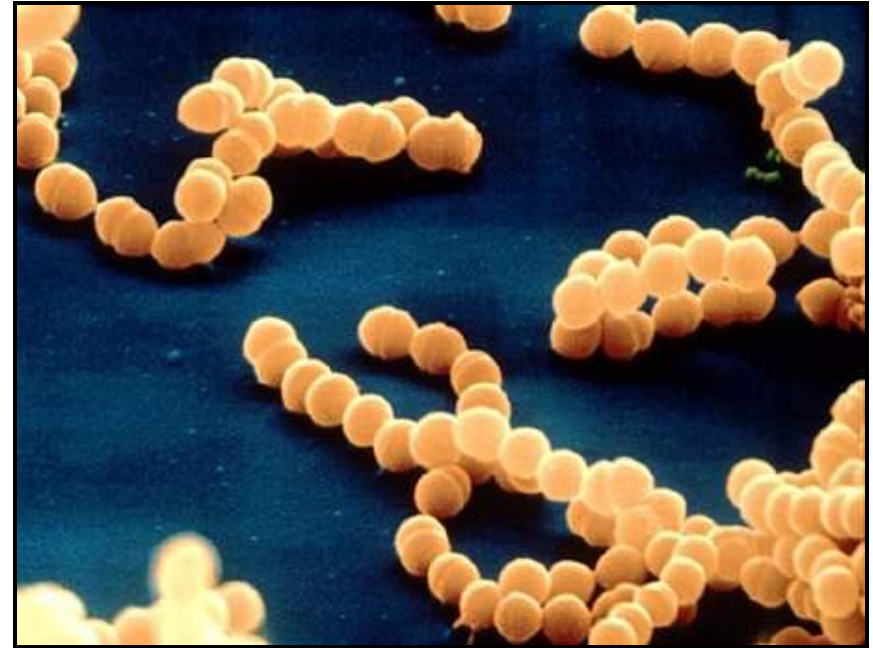
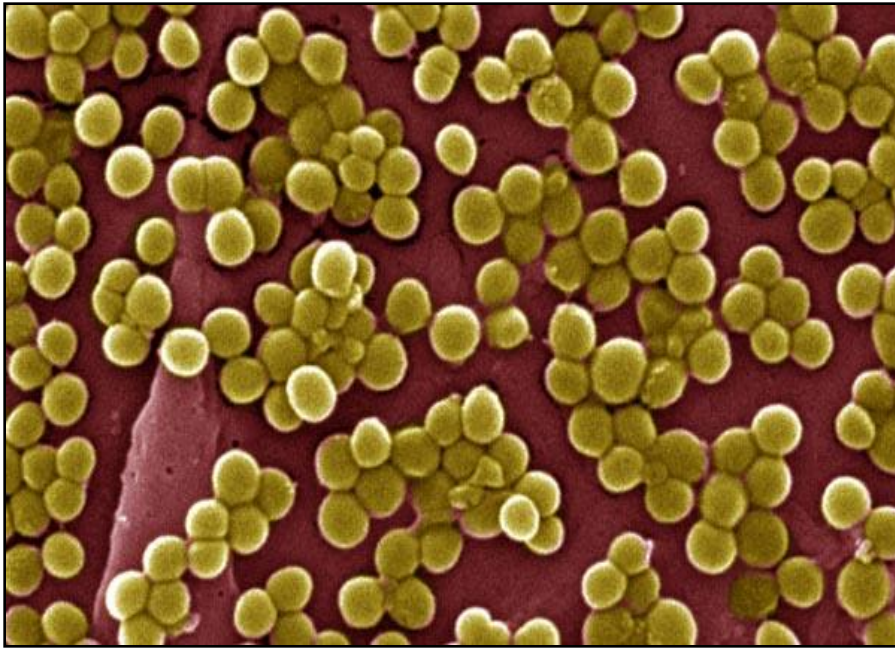
ПИОДЕРМИИ

ГБПОУ МО «Московский областной медицинский колледж №4»

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Пиодермии представляют собой кожно-воспалительные процессы, чаще всего гнойные, которые вызываются пиококковой флорой (стафилококки и стрептококки) которые находятся на поверхности кожи в избытке.

ЭТИОЛОГИЯ



- Стафилококки (грамположительные кокки расположенные в виде гроздьев):
 - *Staphylococcus aureus*
 - *Staphylococcus albus*
- Стрептококки (грамположительные кокки расположенные в виде цепочки):
 - *Streptococcus* β -hemolyticus группы A

ПАТОГЕНЕЗ

- **Патогенность и вирулентность стафилококков:**
 - гемолизин, коагулаза, липаза, эпидермолизин, гиалуронидаза, энтеротоксин и др.
- **Патогенность и вирулентность стрептококков:**
 - стрептолизин О, гемолизин, стрептокиназа, гиалуронидаза, энтеротоксин, протеиназа и др.

ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ

■ Экзогенные:

- кожные микротравмы
- загрязнение кожи (профессиональное, несоблюдение личной гигиены и др.)
- переохлаждение или перегревание организма

■ Эндогенные:

- имунные дефекты
- нарушение углеводного обмена
- гормональные расстройства
- недостаточное или неполноценное питание
- функциональные расстройства нервной системы



```
graph TD; A[КЛАССИФИКАЦИЯ] --- B[СТАФИЛОДЕРМИИ]; A --- C[СТРЕПТОДЕРМИИ]; A --- D[СМЕШАННЫЕ ПИОДЕРМИТЫ]
```

КЛАССИФИКАЦИЯ

СТАФИЛОДЕРМИИ

СТРЕПТОДЕРМИИ

СМЕШАННЫЕ
ПИОДЕРМИТЫ

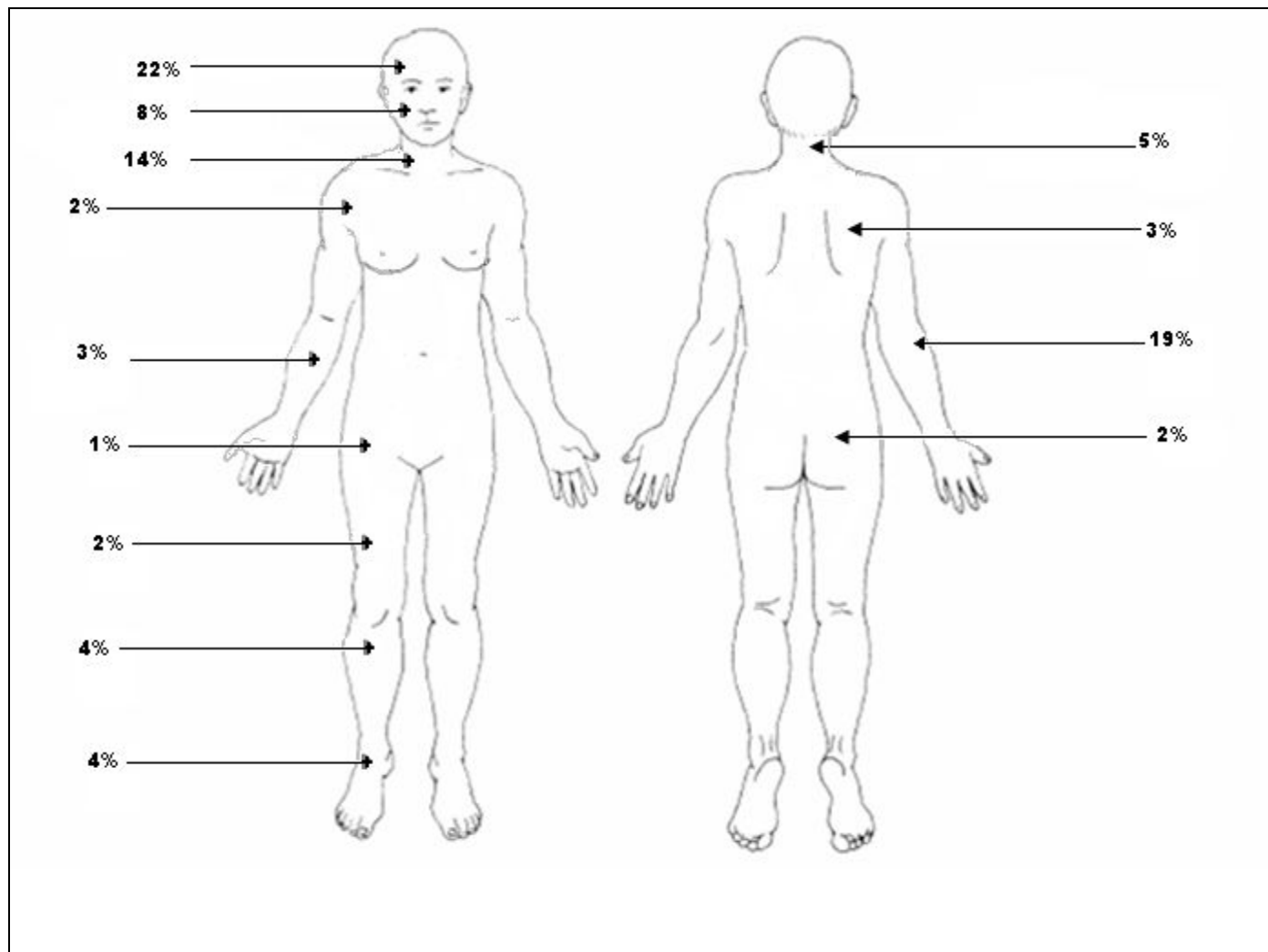
ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТАФИЛОДЕРМИЙ

- Преимущественно поражаются волосяные фолликулы, сальные и потовые железы
- Гнойно-воспалительный процесс, чаще всего, имеет тенденцию к распространению в глубину
- Высыпания не имеют склонность к периферическому росту и слиянию
- Гнойнички имеют коническую или полушаровидную форму, с плотной и напряжённой крышкой.
- Вокруг пустул отмечается эритематозно-воспалительный венчик.
- Гнойный экссудат густой консистенции, желто-зеленого цвета.

КЛАССИФИКАЦИЯ СТАФИЛОДЕРМИЙ

ПОВЕРХНОСТНЫЕ ФОЛЛИКУЛИТЫ	<ul style="list-style-type: none">■ Стафилококковое импетиго
ГЛУБОКИЕ ФОЛЛИКУЛИТЫ	<ul style="list-style-type: none">■ Вульгарный сикоз■ Глубокий фолликулит
ПЕРИ - ФОЛЛИКУЛИТЫ	<ul style="list-style-type: none">■ Фурункул■ Карбункул
ГНОЙНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПОТОВЫХ ЖЕЛЁЗ	<ul style="list-style-type: none">■ Гидраденит■ Псевдофурункулёз
СТАФИЛОДЕРМИИ ГЛАДКОЙ КОЖИ	<ul style="list-style-type: none">■ Эпидемическая пузырчатка новорожденных

ТОПОГРАФИЧЕСКОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ СТАФИЛОДЕРМИЙ (Roodyn)



СТАФИЛОКОККОВОЕ ИМПЕТИГО (Bockhardt) или ОСТИОФОЛЛИКУЛИТ



- Гнойное воспаление устья волосяного фолликула.
- Характеризуется появлением поверхностных, фолликулярных гнойничков, пронизанных в центре волосом и окружённых эритематозно-воспалительным венчиком.
- Преимущественно локализуются на лице, волосистой части головы, груди, спине и верхних конечностях.
- Впоследствии гнойный экссудат превращается в корки и заканчивается временной пигментацией
- Процесс как правило разрешается без рубцов.
- В некоторых случаях процесс прогрессирует вглубь с образованием глубоких фолликулитов.

СТАФИЛОКОККОВОЕ ИМПЕТИГО





ВУЛЬГАРНЫЙ СИКОЗ

- Является подострым, рецидивирующим гнойно-воспалительным процессом с локализацией в области усов и бороды
- Поражает как правило взрослых мужчин.
- Клинически проявляется возникновением поверхностных и глубоких фолликулитов пронизанных волосом.
- Гнойно-воспалительный процесс прогрессирует вглубь волосяного фолликула.
- Вокруг фолликулитов образуется болезненный воспалительный инфильтрат, довольно плотной консистенции, красно-синюшного цвета.
- Вовлечение в процесс новых фолликулов приводит к образованию пустулезно-инфильтрированных конгломератов с длительным затяжным течением.
- Постепенно крышка пустул вскрывается а гнойный экссудат ссыхается в корки.
- При эпиляции волос из поражённых фолликулов, у корня волос наблюдается желатинообразная муфта пропитанная гноем.
- Как правило процесс разрешается без рубцевания.

ВУЛЬГАРНЫЙ СИКОЗ



**ВУЛЬГАРНЫЙ
СИКОЗ**



ФУРУНКУЛ

- Гнойно – некротическое воспаление волосяного фолликула и перифолликулярной ткани.
- Начинается с образования инфильтрата конусовидной формы, сопровождающегося всеми признаками острого воспаления (покраснение, отечность, болезненность, повышение температуры и.т.д.) (**стадия инфильтрации**).
- Постепенно в центре инфильтрата образуется фолликулярная пустула. Возникающий в центре некротический стержень отторгается с отделением гноя и образованием кратерообразной язвы (**стадия нагноения и некроза**).
- После отторжения гнойно-некротического стержня все воспалительные проявления быстро регрессируют и язва замещается рубцовой тканью. (**стадия заживления**)
- Общий цикл формирования и исхода фурункула занимает 7-12 дней

ФУРУНКУЛ



ФУРУНКУЛ





ФУРУНКУЛЁЗ

Морбидное состояние которое характеризуется волнообразным появлением множественных фурункулов, которые находятся на различной стадии развития. По мере того как одни фурункулы разрешаются, появляются другие. Таким образом процесс может длиться месяцы и даже годы.

Как правило заболевание появляется у людей со сниженным иммунитетом, у больных сахарным диабетом и. т.д.



КАРБУНКУЛ

- Гнойно-некротический процесс который захватывает несколько близлежащих сально-волосяных фолликулов объединённых довольно болезненным общим инфильтратом.
- Высыпания часто сопровождаются нарушением общего состояния, повышением температуры, лихорадкой, региональной лимфаденопатией.
- Преимущественная локализация на затылке и спине.



- На поверхности инфильтрата наблюдается множество расширенных отверстий (фистул) из которых выделяется гной по типу „садовой лейки“.



25 12:34

ГИДРАДЕНИТ

- Гнойное воспаление апокриновых потовых желез с излюбленной локализацией в подмышечных впадинах. Намного реже поражается ано-генитальная зона и кожа ареолы молочных желез.
- Заболеванию чаще поражает женщин и встречается исключительно у взрослых.
- Клинически процесс начинается с появлением в глубоких слоях кожи болезненного узла величиной с горошину. Через несколько дней инфильтрат увеличивается до лесного и даже грецкого ореха, кожа приобретает багрово-красный цвет и имеет вид выбухающего полушаровидного конгломерата в виде сосков „сучье вымя“ из которых выделяется значительное количество густого сметанообразного гноя с примесью крови. После дренирования гноя, воспалительные явления быстро стихают и процесс заканчивается образованием фиброзных рубцов.
- Процесс часто сопровождается нарушением общего состояния, недомоганием, повышением температуры и.т.д.
- Процесс нередко имеет хроническое и рецидивирующе - затяжное течение.





ПСЕВДОФУРУНКУЛЁЗ ФИНГЕРА

- Появляется исключительно в первые месяцы жизни.
- Поражаются экриновые потовые железы, которые ещё не совсем развиты в этом возрасте .
- Процесс начинается постепенно с появлением мелких пустул (пориты) которые постепенно сосыхаются в корочки и регрессируют без рубцов или затрагивают более глубокие слои кожи с образованием небольших воспалительных узлов (перипориты) которые имеют тенденцию к абсцедированию и образованию точечных рубцов.
- Преимущественная локализация на лице, шее, боковые поверхности живота, ягодицы, большие складки.

PSEUDOFURUNCULOZA
Finger



PSEUDOFURUNCULOZA Finger



ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ ПУЗЫРЧАТКА НОВОРОЖДЕННЫХ

- Встречается у детей до одного года, чаще в виде небольших эпидемий в детских учреждениях.
- Этиология как правило стафилококковая, но не исключено присутствие и стрептококковой флоры.
- Характеризуется появлением полостных элементов напоминающих пузыри (1-3 см в \varnothing), с дряблой крышкой и серозно-гнойным содержимым окружённых эритематозно-воспалительным венчиком. Через 4-5 дней пустулы вскрываются и образуют эрозированные поверхности которые покрываются корками. Постепенно корки отпадают оставляя эритематозные пятна которые исчезают через несколько недель.
- Могут возникать осложнения в виде конъюнктивитов, отитов, онихий и паронихий.

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ ПУЗЫРЧАТКА НОВОРОЖДЕННЫХ



ЭКСФОЛИАТИВНЫЙ ДЕРМАТИТ

- Возникновение процесса вызывается гемолитическим золотистым стафилококком, фаготип 71.
- Возникает спорадически в первые недели жизни.
- Чаще всего имеет тяжелое септическое течение и сопровождается различными осложнениями (пневмония, отиты, менингеальные симптомы, острые энтероколиты и.т.д.) которые могут привести к летальному исходу.
- Анемия, лейкоцитоз, эозинофилия, повышенное СОЭ.
- Дифференциальный диагноз проводится с эритродермией эритродермией Leiner-Moussous, ихтиозиформной эритродермией.



эритематозная стадия: вокруг естественных отверстий появляется эритема, которая очень быстро генерализуется и захватывает практически весь кожный покров

экфолиативная стадия: даже после незначительных механических раздражений происходит массивное отслоение эпидермиса и образование влажных, блестящих эрозий (положительный симптом Никольского). Часто появляются крупные, дряблые пузыри, которые быстро вскрываются и также образуют обширные эрозированные поверхности

репаративная стадия: через 7-10 дней эритема регрессирует и эрозии эпителизируются.



ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТРЕПТОДЕРМИЙ

- Поражает преимущественно гладкую кожу без вовлечения в процесс волосяных фолликулов и желез
- Гнойно-воспалительный процесс чаще ограничивается поверхностными слоями кожи
- Высыпания имеют тенденцию к периферическому росту и слиянию
- Гнойнички напоминают пузырьки или пузыри с дряблой и легко разрывающейся крышкой (фликтены)
- Содержимое пустул в начале серозное и лишь потом становится гнойным
- Гнойный экссудат имеет водянистую консистенцию и серовато-мутноватый цвет

КЛАССИФИКАЦИЯ СТРЕПТОДЕРМИЙ

ВЕЗИКУЛО –ВУЛЁЗНЫЕ	<ul style="list-style-type: none">■ Контагиозное импетиго■ Турниоль (стрептококковая паронихия)■ Ангулярый стоматит (заеда)
ЭРОЗИВНО- ЯЗВЕННЫЕ	<ul style="list-style-type: none">■ Интертриго■ Сифилоподобное импетиго■ Эктима
СКВАМОЗНЫЕ	<ul style="list-style-type: none">■ Простой лишай
ЭРИТЕМАТОЗНЫЕ	<ul style="list-style-type: none">■ Рожистое воспаление

КОНТАГИОЗНОЕ ИМПЕТИГО

- Поверхностная контактная пиодермия
- Чаще поражает детей в возрасте от 3 до 10 лет
- Преимущественная локализация на лице, волосистой части головы, на верхних конечностях.
- Высыпания представлены фликтенами с серозно-гнойным содержимым, окружёнными эритематозным венчиком. Покрышки фликтен быстро разрываются образуя эрозивные поверхности, которые быстро покрываются желтовато-медовыми корками в результате высыхания экссудата.
- Процесс имеет тенденцию к периферическому росту и слиянию.
- Разрешение происходит в течение 2-3 недель без рубцов.

КОНТАГИОЗНОЕ ИМПЕТИГО













ТУРНИОЛЬ (СТРЕПТОККОВАЯ ПАРОНИХИЯ)

- Пиококковое поражение околоногтевых валиков
- Клинически проявляется наличием крупной фликтены с плотной покрышкой и серозно-гнойным содержимым, которая сопровождается болезненностью и окружена воспалительным валиком.
- Часто сопровождается повышенной температурой, ознобом и региональной аденопатией.
- Может привести к вторичной ониходистрофии.

ТУРНИОЛЬ



АНГУЛЯРНЫЙ СТОМАТИТ

(СТРЕПТОКОККОВАЯ ЗАЕДА)

- Преимущественно болеют дети дошкольного и школьного возраста.
- Процесс, как правило, начинается в уголках рта с появлением фликтен на гиперемизированном фоне, которые быстро вскрываются и образуют болезненные, поверхностные трещины покрытые желтовато-медовыми корками (заеды).
- Процесс может иметь длительное затяжное течение, но заканчивается без образования рубцов.

СТРЕПТОКОККОВАЯ ЗАЕДА



СТРЕПТОКОККОВОЕ ИНТЕРТРИГО

- Как правило локализуется в ретро-аурикулярных складках, но может захватывать и другие складки (паховые, подмышечные и.др.)
- Характеризуется появлением диффузной эритемы на обеих поверхностях складок, на фоне которой появляются фликтены. Пустулы быстро вскрываются и образуют на дне складок мокнущие эрозии и болезненные трещины которые частично покрываются желтоватыми корками и сопровождаются выраженным зудом.
- Процесс имеет относительно затяжное течение и разрешается без эрозий.



ПАПУЛО-ЭРОЗИВНОЕ (СИФИЛОПОДОБНОЕ) ИМПЕТИГО

- Как правило появляется у грудных детей с длительной диареей или вследствие несоблюдения личной гигиены.
- Излюбленная локализация высыпаний на ягодицах, бёдрах, в области гениталий.
- Характеризуется появлением папулёзных элементов величиной с горошину, окружённых эритематозным венчиком. На поверхности папул появляются фликтены, которые быстро вскрываются и образуют эрозивные поверхности покрытые корками, сильно напоминающие эрозивные сифилитические папулы.

ЭКТИМА

- Является пиококковым язвенным поражением кожи.
- Как правило поражает детей дошкольного и школьного возраста с недостатками в личной гигиене, нарушениями иммунитета, неполноценным питанием.
- Намного реже встречается у взрослых (как правило у диабетиков и больных с психическими нарушениями).
- Располагаются преимущественно на уровне голеней.
- Начинается с образования фликтены на эритематозном фоне, которая быстро вскрывается и образует слоистую гнойно-гемморагическую корку под которой образуется довольно глубокая язва с неровными подрытыми краями, Постепенно язва заполняется грануляциями и замещается рубцовой тканью.
- Для эктимы характерно длительное затяжное течение (недели и даже месяцы).







РОЖИСТОЕ ВОСПАЛЕНИЕ

- Острый дермо-гиподермит который возникает в результате проникновения стрептококка в лимфатическую систему кожи, через входные ворота (укусы насекомых, экскориации, поверхностные раневые поверхности и.т.д.)
- Начинается остро с повышением температуры (39-40°C), ознобом, головной болью, рвотой, могут быть конвульсии.
- Кожные высыпания представляют болезненные отёчно-эритематозные бляшки, слегка возвышающиеся над уровнем кожи, с чёткими границами, которые располагаются вблизи входных ворот.
- Часто сопровождаются региональной болезненной лимфаденопатией.
- Преимущественно локализуются на лице, ушной раковине, нижних конечностях.
- Существуют различные клинические формы: буллёзная, геморрагическая, некротическая и. др.

РОЖИСТОЕ ВОСПАЛЕНИЕ









ПРОСТОЙ ЛИШАЙ

- Чаще встречается у детей и молодых женщин.
- Преимущественно локализуется на лице и шее.
- Высыпания проявляются в виде небольших (1-2 см \varnothing), округлых или овальных пятен . Элементы довольно чётко очерченны, розового цвета и покрыты отрубевидными чешуйками.
- При разрешении (под действием лечения или солнечных ванн) высыпания становятся гипопигментированными (leucomelanoderma).

ПРОСТОЙ ЛИШАЙ





ДИАГНОСТИКА

■ Анамнестические данные:

- Выявление экзогенных факторов: микротравмы, несоблюдение гигиены и др.
- Выявление эндогенных факторов: диабет, ожирение, гипергидроз, иммунодефицитные состояния, синдром мальабсорбции, длительное лечение глюкокортикоидами и цитостатиками и др.
- Определение источника, путей и способов заражения в семье и коллективе.
- Установление длительности заболевания - для уточнения формы заболевания (острая или хроническая).

■ Лабораторные исследования:

- При хроническом и рецидивирующем течении заболевания следует уточнить флору и чувствительность к антибиотикам (антибиотикограмма).

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

■ Общая терапия:

- Антибиотики назначаются при глубоких и распространенных формах поверхностных пиодермитов. При хронически-рецидивирующих формах – в соответствии с антибиотикограммой.
- Специфическая и неспецифическая иммунотерапия при хронически-рецидивирующих формах.
- Физиопроцедуры (УВЧ, УФО).

■ Местное лечение:

- Анилиновые красители, антисептические и дезинфицирующие препараты в стадии мокнутия.
- Мази и кремы с антибиотиками (Vaneocin, Vastroban, и др.) в стадии коркообразования и заживления.
- Кератопластические мази в стадии инфильтрации и нагноения (ihtiol, levomicol и др.).