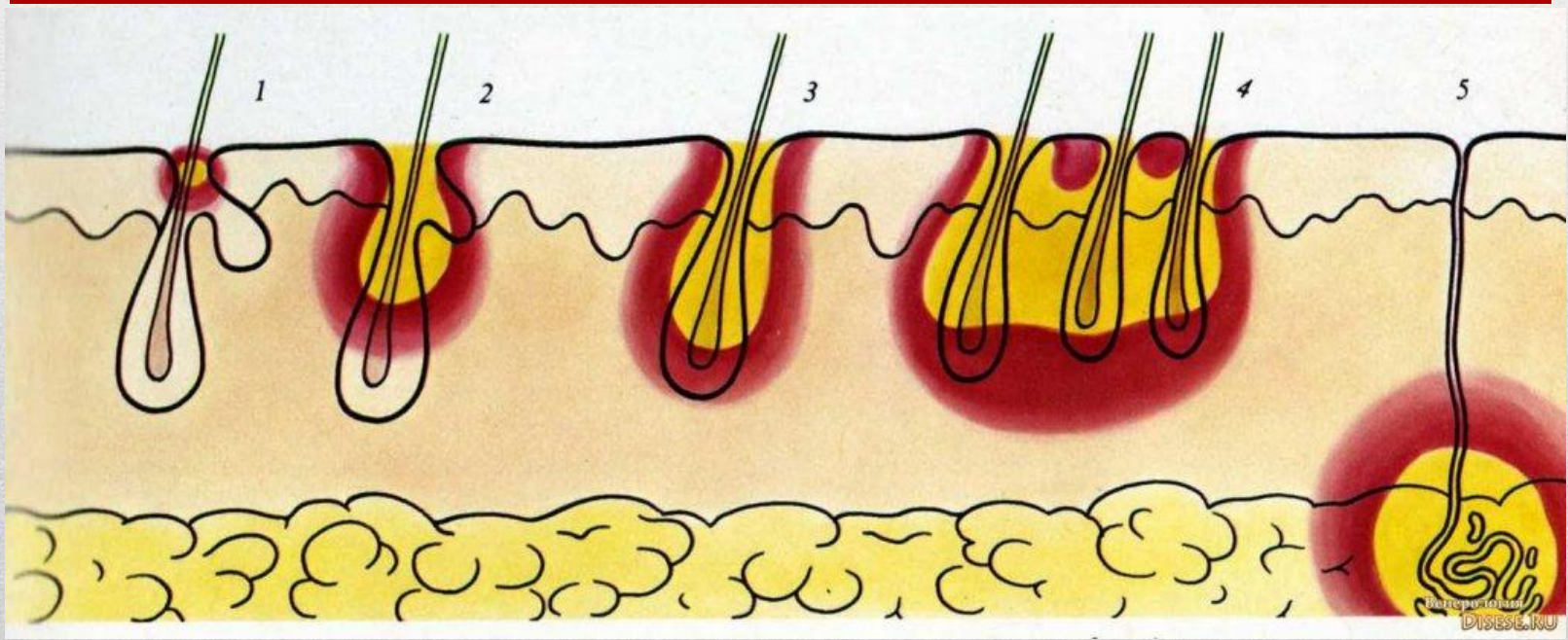


Пиодермии



- **Пиодермии** (pyon – гной + derma – кожа) – гнойничковые болезни кожи – группа острых и хронических, поверхностных и глубоких воспалительных процессов кожи, вызываемых гноеродными кокками (стрепто-, стафилококками), реже – протеем, энтерококками, синегнойной, кишечной палочками и другими микроорганизмами.

Способствующие факторы

1) Вирулентность и патогенность микроорганизмов

2) Экзогенные факторы:

-Загрязнение кожи

-Нарушение целостности кожного покрова, что создает входные ворота для инфекции.

-Переохлаждение и перегревание организма, отрицательно влияющие на обменные процессы в коже.

-Состояние окружающей среды.

3) Эндогенные факторы:

-Снижение рН кожи в щелочную сторону, бактерицидных свойств пота и секрета сальных желез.

- Генетическая предрасположенность.

-Заболевания эндокринной системы.

- Заболевания центральной и вегетативной нервной системы. -Гиповитаминозы, особенно А и С.

Неполноценное питание, дисбактериоз, голодание

- Истощающие организм заболевания, особенно кишечные интоксикации.

-Различные иммунодефицитные состояния.

Классификация:

1) по этиологии:

- стафилококковые;
- стрептококковые;
- смешанные.

2) по распространенности:

- локализованные;
- распространенные.

3) по течению:

- острые (до 2 месяцев);
- хронические.

4) по глубине поражения:

- поверхностные - эпидермис и верхние слои дермы;
- глубокие - все слои.

Классификация предложенная О.К. Шапошниковым:

I. Стафилококковые пиодермиты: остиофолликулит, сикоз, глубокий фолликулит, фурункул (фурункулез), карбункул (карбункулез), гидраденит, множественные абсцессы детей, пузырьчатка новорожденных.

II. Стрептококковые пиодермиты: импетиго, простой лишай, заеды, стрептококковая опрелость, эктима, хроническая диффузная стрептодермия.

III. Атипичные формы пиодермий: хроническая язвенная вегетирующая пиодермия, хроническая язвенная пиодермия, хроническая вегетирующая пиодермия, хроническая абсцедирующая пиодермия.

IV. Формы, ранее относимые к хроническим пиодермиям: гангренозная пиодермия, пиококковая гранулема, шанкриформная пиодермия.

Стафилодермии

Остиофолликулит

- гнойное воспаление устья волосяного фолликула.

Клиника. Представлен мелкими, величиной с булавочную головку, реже с горошину, поверхностными пустулами, наполненными серовато-белым густым гноем. В центре пустула пронизана волосом, по периферии окружена воспалительным венчиком. Цикл развития – 3-5 дней с образованием желто-буроватой корочки, после отпадания которой остается вторичная пигментация.

Локализация – участки кожи, часто подвергающиеся трению и загрязнению: волосистая часть головы, лицо, разгибательные поверхности конечностей.

Диф. диагностика проводится со стрептококковым импетиго, фолликулитом.



Фолликулит

- гнойное воспаление волосяного фолликула.

папула (ярко-красная, болезненная при пальпации).



на 2-3 день формируется пустула (в центре которой виден волос)

вскрывается с образованием эрозии

ссыхается в корочку

Исход

Отпадение корочки, воспалительный инфильтрат рассасывается остается временное шелушение и пигментация.

Гнойное расплавление инфильтрата, выделение гноя, формирование язвочки с исходом в точечный рубец.

Локализация разнообразная на волосистых участках кожи.

Диф. диагностика проводится с остиофолликулитом, профессиональными фолликулитами, фурункулом.



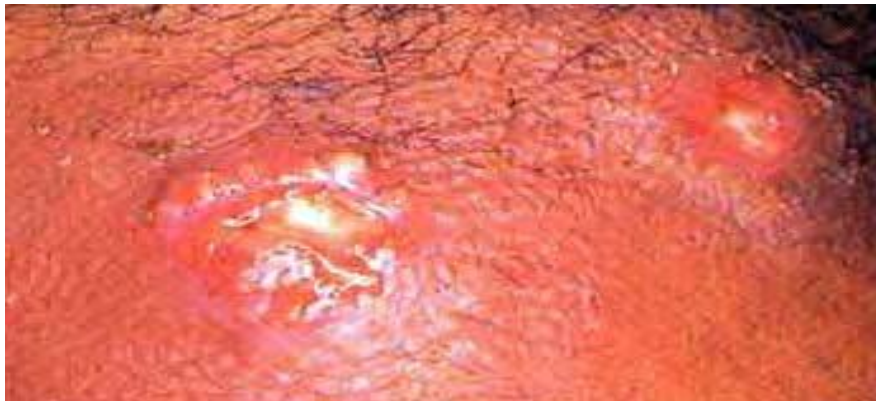
Фурункул

- - острое гнойно-некротическое поражение фолликула, сальной железы и окружающей подкожно жировой клетчатки.
- Клиника. Нередко развивается из фолликулита и остиофолликулита.
- Чаще процесс начинается с появления красноты, отечности и болезненного инфильтрата, который постепенно увеличивается до величины грецкого ореха и больше. В центре очага возникает некроз, формируется некротический стержень с густым серо-зеленым гноем, после отторжения которого образуется кратерообразная язва с последующими грануляциями и рубцеванием.
- Фурункулы очень болезненны. Цикл развития – 1-2 недели. Обычно общее состояние не страдает, но могут развиваться лимфангиты, лимфадениты, может повышаться температура тела.
- Локализация – любой участок кожи тела, но наиболее часто лицо, верхние конечности, поясница, ягодицы. Наибольшую опасность представляют фурункулы с локализацией на голове, шее и особенно на верхней губе, так как есть опасность развития менингита или сепсиса.
- Диф. диагностика проводится с псевдофурункулёзом (множественные абсцессы у детей), гидраденитом, сибирской язвой, карбункулом.



Карбункул

- - конгломерат фурункулов, объединенных общим инфильтратом.
- Клиника. На ограниченном участке кожи появляются несколько фурункулов, как бы сливающихся между собой. Кожа резко болезненна и инфильтрирована багрово-красного цвета. Фурункулы вскрываются, при этом отделяются некротические стержни и образуют язвы, которые увеличиваются в размерах и на дне имеют большое количество гнойного отделяемого. В дальнейшем некротизированная ткань постепенно расплавляется и отделяется, формируется глубокая язва, которая медленно заживает с образованием звездчатого рубца.
- Общее состояние обычно нарушается: повышается температура тела, появляется головная боль, недомогание. Цикл развития карбункула – 2-4 недели и больше. Возможны осложнения – лимфангит, лимфаденит, сепсис.
- Локализация – кожа затылка, спины. Карбункулы обычно бывают одиночными.
- Диф. диагностика проводится с фурункулом, гидраденитом.



Гидраденит

- – острое гнойное воспаление апокриновых потовых желез.
- Развитию заболевания способствуют усиленная потливость, несоблюдение правил личной гигиены, нарушения жирового обмена и функции половых желез у женщин.
- Клиника. В толще кожи и подкожной жировой клетчатки сначала появляется болезненный узел величиной с горошину, который постепенно увеличивается и достигает размеров грецкого ореха и больше. В центре происходит размягчение и вскрытие узла с выделением из свищевого хода густого гноя. Заживление с образованием втянутого рубца. Количество узлов от одного до нескольких. Течение гидраденита может быть длительным.
- Локализация – подмышечные впадины, реже – лобок, область половых органов и промежности.
- Диф. диагностика проводится с колликувативным туберкулёзом кожи, множественными абсцессами, флегмоной, фурункулом.



Обыкновенный сикоз

- – хронически протекающий поверхностный фолликулит.
- Развитию заболевания способствуют нарушение функций нейроэндокринной системы, половых желез, внутренних органов, нервно-психические расстройства, себорея, угревая сыпь.
- Клиника. Появляются множественные остеофолликулиты и фолликулиты, располагающиеся группами на гиперемизированном и инфильтрованном фоне кожи. Пустулы вскрываются с образованием гнойно-геморрагических корочек, которые отпадают без образования рубца. Процесс хронический, протекает длительно (в течение многих месяцев и даже лет). Осложнение – экзематизация.
- Локализация – область бороды и усов, возможно, на волосистой части головы, шее, лобке.
- Диф. диагностика проводится с сикозиформной экземой и паразитарным сикозом.
-



Стафилококковые пиодермиты новорожденных и детей

- Везикулопустулёз
- Эпидемическая пузырчатка новорожденных
- Эксфолиативный дерматит Риттера
- Псевдофурункулёз Фингера

A microscopic image showing numerous dark, thick, wavy chains of bacteria against a light purple background. The chains vary in length and curvature, some appearing as single strands while others are more complex. The overall appearance is characteristic of streptococcal chains.

СТРЕПТОДЕРМИИ

- Стрептококки поражают преимущественно гладкую кожу, а не сально-волосяной аппарат и потовые железы, как стафилококки.
- Первичный элемент – вялый пузырь (фликтена), который имеет прозрачный секрет и склонность к периферическому росту.

Стрептококковое импетиго

- Клиника. Фликтены окружены розовато-красным воспалительным ободком. Они либо подсыхают с образованием желто-буроватых корочек, либо вскрываются, обнажая эрозию, которая также засыхает в корки, после отпадания которых остаются пятна депигментации. Цикл развития – 5-6 дней. Возможна аутоинокуляция (перенос инфекции на здоровые участки кожи).
- Локализация – лицо, кисти, т.е. чаще на открытых участках кожи.
- Диф. диагностика проводится со стафилококковым импетиго, вульгарным импетиго, импетигиозным сифилидом, эпидемической пузырьчаткой новорожденных, буллезным дерматитом, простым герпесом.



Буллезное импетиго

- Клиника. Образуются фликтены размером до величины лесного ореха или голубиного яйца, после вскрытия которых обнажаются мокнущие эрозии с периферическим ростом.
- Локализация – тыл кистей, реже – стопы и голени.
- Диф. диагностика проводится со стафилококковым импетиго, вульгарным импетиго, импетигиозным сифилидом, эпидемической пузырьчаткой новорожденных, буллезным дерматитом, простым герпесом.

Щелевидное импетиго

- Клиника. В углах рта появляются плоские фликтены с серозным, а затем гнойным содержимым. Они быстро вскрываются, образуются эрозии и линейные трещины, переходящие на слизистую оболочку щёк. Возможны рецидивы, этому способствуют гиповитаминозы, особенно группы В, патология ЖКТ, сахарный диабет, несоблюдение правил личной гигиены.
- Диф. диагностика проводится с кандидозной заедой, твердым шанкром, ранним врожденным сифилисом.

Заеда

- Стрептококковое импетиго в углах рта (чаще это единственное проявление)



Лишай простой

- сухая abortивная форма стрептодермии.
- Чаше болеют дети.

Клиника. На коже лица, реже на туловище и конечностях, появляются пятна беловатого или розоватого цвета с шелушением. Под влиянием солнечных лучей возможно самоизлечение, но кожа приобретает «пестрый вид», т. к. пораженные участки воспринимают УФО слабее.



Импетиго ногтевых валиков (турниоль)

- Возникновению заболевания способствуют травмы, царапины, заусенцы.
- Клиника. Фликтены в виде подковы окружают одну или несколько ногтевых пластинок, обладают периферическим ростом, наполнены серозно-гнойным экссудатом. После вскрытия обнажаются эрозии, которые затем покрываются серозно-гнойными корками.
- Локализация – вокруг ногтевых пластинок стоп, кистей.
- Диф. диагностика проводится с шанкром-панарицием, кандидозом ногтевых валиков.



Эктима вульгарная

- – глубокое язвенное стрептококковое поражение кожи.
- Развитию заболевания способствуют хронические инфекции (туберкулёз, алкоголизм, заболевания нервной системы).
- Клиника. Появляется пустула диаметром 1-2 см с серозно-гнойным или кровянистым содержимым. Пустула подсыхает в корку, после отхождения которой обнажаются глубокая язва с крутыми краями, покрытая гнойно-некротическими массами. Заживление с образованием рубца. Цикл развития эктимы 2-4 недели. Возможные осложнения: лимфангит, лимфаденит.
-
- Локализация – голени, ягодицы, туловище.
- Диф. диагностика проводится с сифилитической эктимой, скрофулодермой, трофическими язвами, индуративной эритемой Базена.
-



СТРЕПТОСТАФИЛОДЕРМИИ



А



Б

Вульгарное импетиго

- Клиника. Очень контагиозно. Чаще болеют дети. Может возникать как осложнение чесотки, нейродермита, экземы.
- Появляется пузырек с серозным содержимым и вялой тонкой крышкой, окруженный венчиком гиперемии. Содержимое мутнеет, становится гнойным, крышка вскрывается и обнажается кровоточащая эрозия, которая покрывается коркой, после отпадания которой остаются пятна пигментации. Цикл развития – 3-7 дней.
- Локализация – на любых участках кожи.
- Диф. диагностика проводится со стафилококковым, стрептококковым и герпетиформным импетиго.



Шанкриформная пиодермия.

- Клиника. Заболевание напоминает твердый шанкр. Появляется пустула или пузырек, на местах которых формируется язва или эрозия, чаще единичные, округлой или овальной формы, диаметром 1 см. Края язвы четкие, плотные, дно ровное со скудным слизистым отделяемым. В основании эрозии или язвы – плотный болезненный инфильтрат, выходящий за пределы язвы. Лимфатические узлы плотные, подвижные, безболезненные. Течение болезни – 2-3 месяца.
- Локализация – половые органы, лицо.
- Диф. диагностика проводится с твердым шанкром

Пиогенная гранулема (ботриомикома)

- Клиника. Возникает на месте небольшого повреждения кожи (царапины, ссадины). Формируется опухолевидное, гранулематозное, возвышающееся над кожей образование величиной с чечевицу, вишню или орех. Поверхность покрыта грязно-коричневыми корочками, под которыми находится мягкий узелок.
- Локализация – на коже кистей, стоп, красной кайме губ, живота, чаще одиночная.
- Диф. диагностика проводится с плоскоклеточным раком кожи, базалиомой.



Лечение

	Местное лечение	Этиологическое	Патогенетическое	Симптоматическое
Острые поверхностные	Примочки, антибиотики, дезинфицирующие растворы, анилиновые красители	Не всегда имеет место быть, но все же системная антибиотика терапия по показаниям с учетом чувствительности к возбудителю	Лечение очагов хронической инфекции. Соблюдение режима.	Витаминотерапия
Хронические глубокие	Промывание перекисью, Повязки с протеолитическими ферментами, антибактериальные мази	Антибактериальная терапия, химиотерапия, терапия цитостатиками и системными КГС при упорности процесса	Лечение очагов хронической инфекции. Профилактика рецидивов.	Десенсибилизирующая терапия Иммункоррекция Витаминотерапия