



ПИОДЕРМИИ

автор: к.м.н., доцент Петрова Л.И.



ПИОДЕРМИИ

- Пиодермии – гнойно-воспалительные заболевания кожи, вызываемые пиококками: стафилококки, стрептококки, значительно реже – синегнойной палочкой, пневмококками.
- Пиодермии составляют 30-40% от всех кожных болезней. Клинически характеризуются нагноением кожи, протекают остро, реже имеют хроническое течение и в зависимости от глубины поражения могут заканчиваться полным восстановлением кожного покрова или оставлять после себя рубцы.



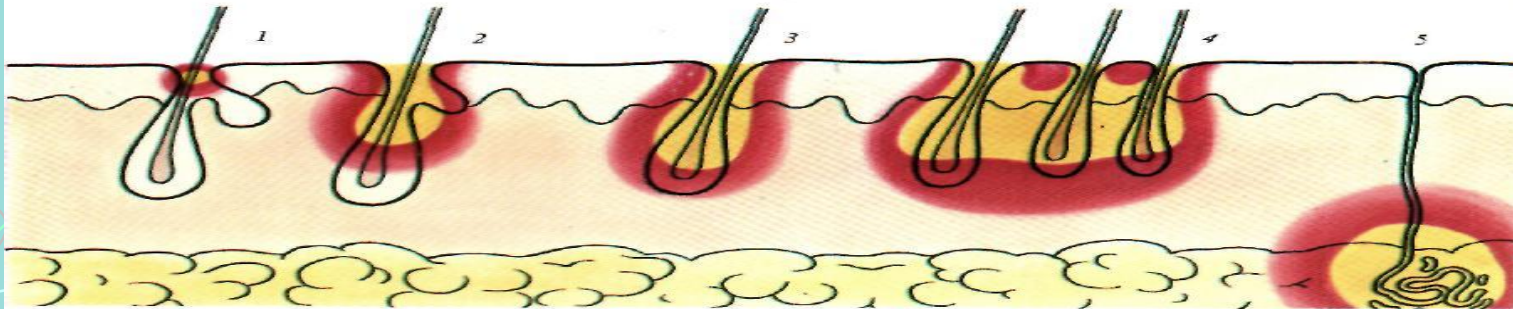
ПИОДЕРМИИ

- Различают пиодермии первичные, возникающие на неизменной коже, и вторичные, развивающиеся на фоне какого-либо заболевания кожи, сопровождающегося зудом (чесотка, экзема, атопический дерматит и др.).
- На коже здорового человека постоянно находится множество микроорганизмов количество которых зависит от возраста человека, состояния потовых, сальных желез, условий труда и быта, соблюдения правил гигиены кожи и иммунологической реактивности организма. Естественным местом обитания стафилококков на коже являются придатки кожи (волосяные фолликулы, апокринные потовые железы, сальные железы), а стрептококков – складки кожи, область вокруг естественных отверстий.

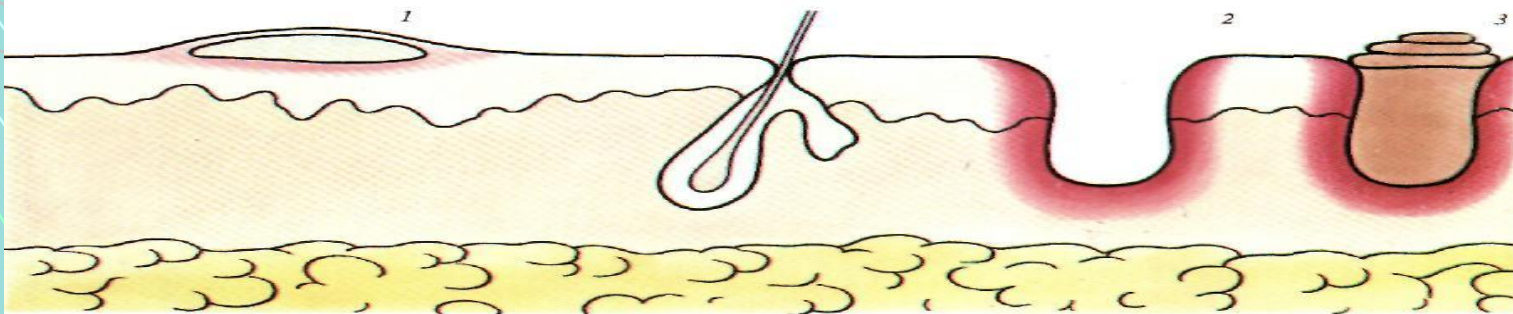
ПИОДЕРМИИ

41

Staphylo-dermia
(schema)
1-ostiofolliculitis, 2-folliculitis,
3-furunculus, 4-carbunculus,
5-hidradenitis
51



Strepto-dermia
(schema)
1-impetigo streptogenes,
2-ecthyma vulgare,
3-rupia
52





ШИОДЕРМИИ

- Защитные свойства кожи обеспечиваются:

1. Целостностью рогового слоя эпидермиса
2. Кислой средой PH (3,5-4,0)
3. Постоянным отшелушиванием рогового слоя (физиологическое шелушение)
4. Иммунными механизмами

- В развитии гнойничковых заболеваний играют важную роль:

1. Патогенность микроорганизма
2. Снижение защитных свойств кожи, а также общее состояние макроорганизма
3. Факторы внешней среды

- Сочетание всех вышеназванных причин приводит к развитию того или иного гнойничкового заболевания.



КЛАССИФИКАЦИЯ ПИОДЕРМИЙ

- В основе лежат два принципа: характер возбудителя и глубина поражения кожи.

1. Стафилококковые пиодермии:

а. поверхностные: остиофолликулит, фолликулит

б. глубокие: глубокий фолликулит, фурункул, карбункул, гидраденит.

2. Стрептококковые пиодермии:

а. поверхностные: импетиго стрептококковое

б. глубокие: эктима вульгарная.

3. Смешанные пиодермии:

а. поверхностные: импетиго вульгарное

б. глубокие: хроническая язвенно-вегетирующая пиодермия

СТРЕПТОДЕРМИЯ



Стрептодермии

- β -гемолитические стрептококки — наиболее часто являются возбудителями заболеваний у человека.
- При стрептодермиях основным морфологическим элементом является фликтена (тонкостенный дряблый пузырь с мутным серозным содержимым). Процесс склонен к распространению по периферии, не связан с придатками кожи. Содержимое фликтен быстро сохнет образуя желтоватую корочку, по отпадении которой наступает полное восстановление эпидермиса. При глубоких формах стрептодермии образуются рубцы.
- Болеют чаще дети так как эпидермис у них более тонкий, чем у взрослых и отсутствуют развитые сальные и потовые железы.



Стрептодермии

```
graph TD; A[Стрептодермии] --- B[Поверхностные: стрептококковое импетиго, интертригинозная стрептодермия, щелевидное импетиго]; A --- C[Глубокие: эктима вульгарная];
```

Поверхностные:
стрептококковое импетиго,
интертригинозная
стрептодермия.
щелевидное импетиго

Глубокие: эктима
вульгарная



Стрептококковое импетиго

- Чаще наблюдается у детей на лице, появляются плоские полостные элементы, содержимое их становится мутным, гнойным. Затем содержимое ссыхается в корочки, которые держатся около недели, после чего отпадают, оставляя после себя синюшное пигментированное пятно, через некоторое время полностью исчезающее. Без лечения процесс распространяется и затягивается на много недель.
- Стрептококковое импетиго – очень контагиозное заболевания. В условиях тесного контакта легко передается от одного ребенка другим, поэтому заболевание может принять массовый характер. Дети с диагнозом – стрептококковое импетиго в детские коллективы не допускаются.



Стрептококковое импетиго



Стрептококковое импетиго



Стрептококковое импетиго



Стрептококковое импетиго





Щелевидное импетиго

угловой стоматит или «заеда»

- Форма стрептодермии, при которой в углах рта, у оснований крыльев носа, у наружных углов глаз появляются быстро вскрывающиеся фликтены, образуются болезненные линейные трещины и эрозии. Инфекция передается от больного ребенка здоровому через игрушки, соски, посуду, полотенца.
- Заболевание часто протекает хронически из-за постоянной травматизации во время еды, наличия кариозных зубов, ринита, конъюнктивита, гиповитаминоза В₂ и В₆

Щелевидное импетиго



Щелевидное импетиго (заеда)



Интертригинозная стрептодермия





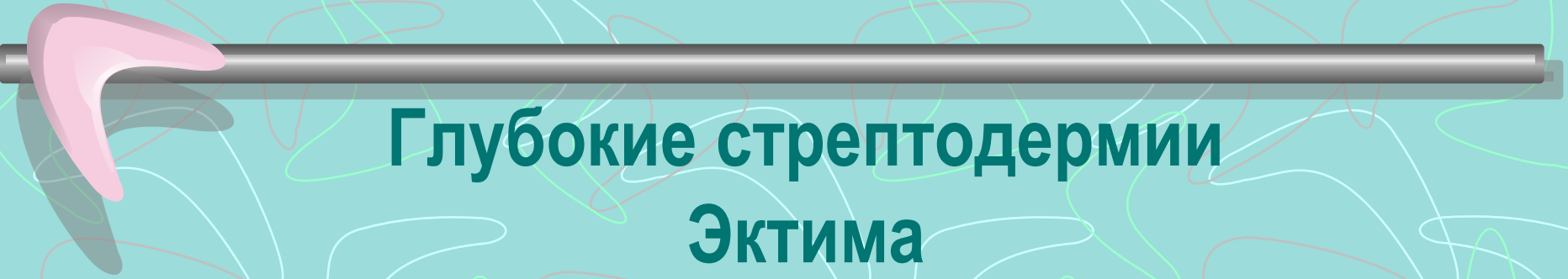
Лечение

- Исключают мытье пораженной кожи, другие участки можно мыть с антимикробным мылом «Сэйфгард» и др. Кожу вокруг очагов рекомендуется протирать 2 % салициловым спиртом, настойкой календулы (1 столовая ложка на стакан кипяченой воды), фликтены, корки обрабатывают 2 % спиртовым, а эрозии - водным раствором анилиновых красителей (бриллиантовый зеленый, фукорцин), крепким раствором перманганата калия, используют также бактробан, линкомициновую, неомициновую, гелиомициновую мази и пасты.
- При упорном течении и значительном распространении назначают антибиотики внутрь (линкомицин, цефалексин, азитромицин, вильпрофен) коротким курсом. Назначение пенициллина не оправдано при наличии микстинфекции (стрептококки и стафилококки), эритромицин также не всегда эффективен в таких случаях. Показано УФ-облучение. Необходимо исключить контакт заболевших детей со здоровыми.



Глубокие стрептодермии

✓ Вульгарная эктима



Глубокие стрептодермии

Эктима

- Эктима вульгарная – глубокая форма стрептодермии. Заболевание начинается с появления крупной фликтены с мутным, иногда гнойно-геморрагическим содержимым; по периферии ее проходит розовато-синюшный воспалительный ободок. Содержимое фликтены затем ссыхается в корку, под которой выявляется глубокая, болезненная язва с возвышенными краями, мягким дном, покрытым гноем. В течение 2-4 недель язва рубцуется. Эктимы чаще локализуются на коже голени, бывают единичными.
- Развитию болезни способствуют хронические заболевания, ослабляющие защитные силы организма.

Эктима вульгарная



Эктима вульгарная





Лечение

- Антибиотики (линкомицин, цефалексин и др.); при гангренозной форме дополнительно назначают кортикостероиды по 30—50 мг/сут, ангиопротекторы; наружно на язву - трипсин, химопсин (для очистки от гноя), затем солкосерил в смеси с мазями с антибиотиками, на окружающий инфильтрат - 10 % ихтиоловую мазь, ихтиоловая паста 2-5%.
- Показаны УВЧ, УФ-облучение, лазерная терапия.

СТАФИЛОДЕРМИИ



Стафилококки

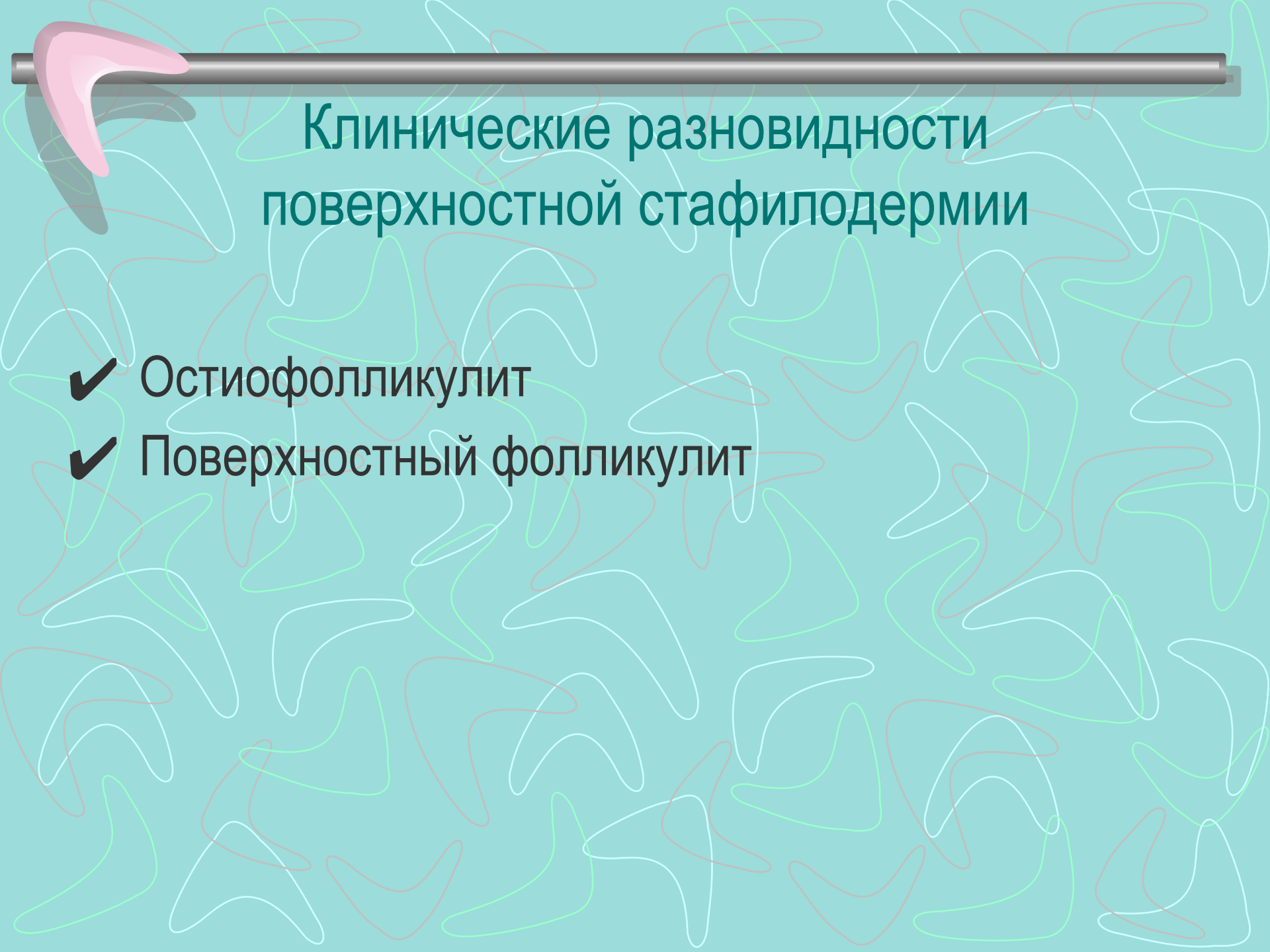
- Пути передачи стафилококков от основных источников разнообразны: возможно непосредственно воздушно-капельное инфицирование, а также перенос стафилококков загрязненными руками, через обсемененные предметы, белье.
- Стафилококки обладают высокой степенью выживаемости во среде. Они хорошо переносят высыхание, сохраняются в пыли, распространяются с потоком воздуха на больных, их постель, передаются через ванны и др. Выживаемость стафилококков в воздухе и на предметах при комнатной температуре составляет в среднем 35—50 дней.
- Первичным морфологическим элементом при стафилодермиях является пустула. Стафилококковый процесс имеет тенденцию к распространению вглубь. Содержимое пустулы желтовато-зеленого цвета



Стафилодермии

Поверхностные

Глубокие



Клинические разновидности поверхностной стафилодермии

- ✓ Остиофолликулит
- ✓ Поверхностный фолликулит



Остиофолликулит

- Представляет собой небольшую пустулу в устье волосяного фолликула, пронизанную волосом. Содержимое пустулы гнойное, по ее периферии – узкая зона гиперемии. Существует остиофолликулит непродолжительное время. Через 3-5 дней гиперемия постепенно исчезает, гнойное содержимое пустулы ссыхается в корочку, которая отпадает, оставляя после себя быстро исчезающее застойно-синюшное пятно.

Остиофолликулиты



*



**Остиофолликулиты
и
фолликулиты**



Поверхностный фолликулит

- Является результатом гнойного воспаления волосяного фолликула распространяющегося на ту или иную глубину. Клинически фолликулит может развиваться двумя путями. Первый: распространение инфекции из остиофолликулярной пустулы, расположенной в устье волосяного мешочка вглубь фолликула. Этот процесс сопровождается усилением гиперемии вокруг фолликула и присоединением к ней умеренной инфильтрации. Пустула в течение нескольких дней ссыхается в корочку, которая вскоре отпадает, после чего регрессируют воспалительные изменения в перифолликулярной зоне. При другом варианте фолликулита начинается с появления вокруг фолликула ярко-розовой болезненной папулы, в центре которой через 2-3 дня появляется пустула.
- Глубокий фолликулит отличается большими размерами (до 1 см), болезненностью и глубиной поражения (захватывает весь фолликул), однако некротического стержня в отличие от фурункула не образуется.

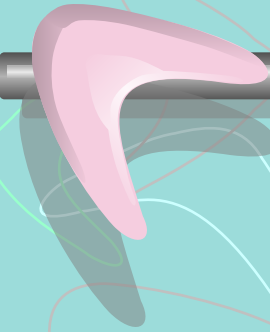


фолликулиты



Сикоз

- Представляет собой множественные рецидивирующие фолликулиты и остиофолликулиты с выраженной воспалительной реакцией в верхнем слое дермы в очаге поражения. Процесс чаще локализуется на лице (область бороды и усов).
- Первоначально процесс развивается так же как при одиночных остиофолликулитах, однако в связи с частым рецидивированием и вовлечением в процесс близлежащих фолликулов возникает сплошная инфильтрация кожи пораженной области, при вскрытии пустул образуются гнойные корки различной толщины



Клинические разновидности глубокой стафилодермии

- ✓ Глубокий фолликулит
- ✓ Фурункул, фурункулез
- ✓ Карбункул
- ✓ Гидраденит



Глубокий фолликулит

- Характеризуется большими размерами пустул (1,0—1,5 см в диаметре), глубиной поражения (захватывают полностью волосяной фолликул), выраженной болезненностью. От фурункула его отличает отсутствие некротического стержня. При большом количестве высыпаний может подняться температура тела, в крови - лейкоцитоз, СОЭ ускорена.
- Глубокий фолликулит нередко является первым признаком сахарного диабета, иммунодефицита, анемии.



Фурункул

- Глубокая форма стафилодермии, характеризуется гнойно-некротическим воспалением волосяного фолликула и окружающих его тканей. Фурункул может сформироваться из фолликулита либо процесс может начинаться с глубоко расположенного узла, в центре которого образуется гнойно-некротический стержень.
- В первом случае в течение нескольких дней после появления фолликулита вокруг него формируется болезненный отечный узел багрово-красного цвета, который с течением времени вскрывается с отторжением гнойно-некротического стержня. Затем воспалительные явления стихают, образовавшаяся язва рубцуется. От начала заболевания до заживления проходит около 2х недель.
- При втором варианте процесс начинается с образованием болезненного узелка в дерме, по периферии которого в течение 3-5 дней развивается инфильтрат, сопровождающийся отеком кожи, болезненностью и багрово – красным окрашиванием, который также с течением времени вскрывается с отторжением гнойно-некротического стержня. Образовавшаяся язва довольно быстро рубцуется.



Фурункул

- Фурункул может сформироваться на любом участке кожного покрова, где есть волосы. Одиночные фурункулы не сопровождаются нарушением общего состояния.
- Наиболее неблагоприятное течение отмечается при его локализации на лице (губы, носогубной треугольник). Процесс может принять злокачественный характер, сопровождаясь высокой температурой тела, тяжелым общим состоянием. В результате тромбирования лимфатических и венозных сосудов развивается плотный отек пораженной области, что в дальнейшем может осложниться менингитом, сепсисом, со всеми свойственными ему клиническими симптомами, в частности развитием абсцессов во внутренних органах. Причиной в первую очередь может явиться попытка выдавливания или травмирование их при бритье.



Фурункулез

- Наличие множественных фурункулов в разных стадиях развития. По локализации выделяют фурункулез местный (ограниченный) и общий (диссеминированный). Оба варианта могут иметь острый и хронический характер.
- Причиной развития местного фурункулеза обычно бывает нерациональное лечение первоначально возникшего фурункула (припарки, согревающие припарки и др.).
- Острое течение диссеминированного фурункулеза чаще наблюдается при резком переохлаждении или перегревании организма.
- Хр. фурункулез обусловлен различными эндогенными факторами, снижающими естественную резистентность по отношению к стафилококкам (нарушение обмена, в первую очередь углеводного, резкое истощение на фоне общих заболеваний, длительное применение кортикостероидов и цитостатиков, при тяжелых заболеваниях системного характера).



Фурункулез

Фурункул



Фурункул



Фурункулез





Лечение

- При одиночном фурункуле можно ограничиться местным применением чистого ихтиола, сухого тепла, УВЧ, на вскрывшийся фурункул - левомеколь, бактробан, томицид.
- При локализации фурункула на участке тела с обильной васкуляризацией (область носогубного треугольника, носа, губ) процесс может осложниться менингитом, сепсисом. В таких случаях назначают антибиотикотерапию, как при множественных фурункулах и фурункулезе (кловксациллин по 500 мг 4 раза в сутки, рифампин по 600 мг/сут в течение 7—10 дней, клиндамицин по 150 мг/сут и др.).
- При рецидивирующем хроническом течении процесса проводят иммуно- и витаминотерапию, санацию очагов хронической инфекции, назначают диету. В случае плохого отторжения некротического стержня используют протеолитические ферменты (1 % трипсин, химопсин, ируксол и др.).



Карбункул

- Образуется при слиянии нескольких фурункулов в один сплошной инфильтрат. Кожа становится отечной, синюшно-багровой, в центре видны несколько фолликулярных пустул. Отмечается резкая болезненность, головная боль, лихорадочное состояние. Затем инфильтрат вскрывается, отходит несколько стержней и кровянистый гной. Образуется значительный язвенный дефект, оставляющий втянутый рубец. Течение заболевания 3-4 недель.

Карбункул





Карбункул



Лечение

- Проводят в отделении гнойной хирургии: используют антибиотики, детоксицирующие средства, хирургическое вскрытие зон флюктуации карбункула, УВЧ; местно на язвы - протеолитические ферменты, дезинфицирующие и эпителизирующие мази.



Гидраденит

- Гнойное воспаление апокриновых желез. В связи с тем что апокриновые потовые расположены в подмышечных ямках, аногенитальной области и вокруг сосков молочных желез гидрадениты локализуются только в этих областях. У детей и лиц старческого возраста заболевание не встречается, т.к. в эти возрастные периоды железы не функционируют.
- Процесс начинается с одного или нескольких небольших болезненных инфильтратов в глубине кожи. Постепенно, параллельно с усилением болей, инфильтраты увеличиваются и спаиваясь с кожей, образуют бугристый очаг поражения с центрально определяемой флюктуацией.



Гидраденит

- Узел вскрывается с выделением большого количества гноя с примесью крови. Постепенно воспалительные явления стихают, инфильтрат рассасывается. Процесс длится в среднем 2 недели. Для заболевания характерно хроническое рецидивирующее течение.
- Лечение: местное и общее аналогично лечению при фурункулах и фурункулезе. При появлении флюктуации или образовании сливных абсцессов показано хирургическое вмешательство.

Гидраденит



Гидраденит



Гидраденит



Рисунок 1-11 А, Б. Гидраденит.



**Гидраденит. Тяжелое поражение
подмышечной впадины – старые
гипертрофические и келоидные рубцы**



Лечение

- При множественных и крупных инфильтратах назначают антибиотики (линкомицин, пенициллин, эритромицин и др.), витамины группы В, С, А, наружно - чистый ихтиол; кожу вокруг очага поражения протирают 2 % салициловым спиртом, спиртовой настойкой календулы. Показаны сухое тепло, УВЧ, УФ-облучение. При наличии признаков расплавления инфильтрата возможно хирургическое лечение - вскрытие абсцесса, повязки с протеолитическими ферментами (трипсин, химопсин).
- В случае рецидивирующего течения показаны специфическая иммунотерапия (стафилококковый иммуноглобулин, анатоксин, антифагин, антистафилококковая гипериммунная плазма), иммунокорректоры (тактивин и др.), иногда - хирургическое иссечение пораженной ткани.



Стрептостафилодермия

Поверхностные:

- ✓ Импетиго вульгарное

Глубокие:

- ✓ Хроническая язвенно-вегетирующая пиодермия




Вульгарное импетиго

- Вызывается смешанной стрептостафилококковой инфекцией. Является контагиозной формой пиодермии у детей, в связи с чем необходима изоляция больного ребенка.
- Начинается с появления на коже лица фликтены, типичной для стрептококкового импетиго. Очень быстро в результате присоединения стафилококковой инфекции мутное содержимое фликтены становится желтоватым, которые ссыхаясь образуют массивные рыхлые корки медово-желтого цвета, иногда с зеленоватым оттенком. Элементы располагаются на фоне умеренной гиперемии, растут по периферии; возможно поражение значительных участков кожного покрова. Процесс сопровождается регионарным лимфаденитом. После отпадения корки на некоторое время остается розовое пятно. Длительность существования одного элемента в среднем составляет неделю.
- Лечение такое же как при стрептококковом импетиго.




**Импетиго
вульгарное**



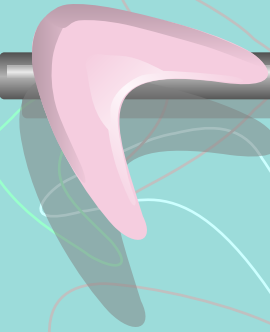
Хроническая язвенно-вегетирующая пиодермия

- Пиодермия хроническая язвенно-вегетирующая – это смешанная стрептостафилококковая форма глубокой пиодермии. Возбудителями заболевания чаще являются золотистый стафилококк и стрептококки группы А
- Развитию заболевания способствуют тяжелые иммунодефицитные состояния, связанные с сопутствующими заболеваниями, интоксикации (язвенный колит, злокачественные опухоли внутренних органов, лимфомы, алкоголизм, наркомании), приводящие к дефициту Т- и В-клеточной системы иммунитета. Поражения кожи носят упорный язвенный характер.



Хроническая язвенно- вегетирующая пиодермия

- Язвы чаще локализуются на нижних конечностях; имеют подрывтые неровные края, вяло гранулирующее, покрытое серозно-гнойным плотным налетом (при язвенной форме) или обильными чрезмерно выступающими вегетациями (при язвенно-вегетирующей форме) дно с неприятно пахнущим серозно-гнойным отделяемым. Кожа вокруг язв воспалена, на ней можно видеть фолликулярные и нефолликулярные поверхностные пустулы, местами сливающиеся, покрытые гнойными корками, из-под которых отделяется серозно-гнойный экссудат.
- Процесс распространяется на все новые участки кожи, сопровождаясь болезненностью, мучительным зудом. В случае присоединения фузоспириллезной инфекции поражение становится гангренозным. Такой процесс расценивается как васкулит кожи.



Хроническая язвенно- вегетирующая пиодермия



Хроническая язвенно- вегетирующая пиодермия





Лечение

- Лечение проводят, как при васкулите. Назначают антибиотикотерапию, кортикостероиды, иммуномодуляторы, сосудистые препараты, гипербарическую оксигенацию и др.,
- Наружно: на язвы - протеолитические ферменты, аргосульфат, ируксол, левомеколь, 5 % дерматологовую мазь, воздействие излучением гелий-неонового лазера.