

Импетиго стрептококковое, простой лишай, вульгарная ЭКТИМА

**Подготовила: Демченко Дарья, 1-ая группа, 4-ый курс,
педиатрический факультет**

Импетиго стрептококковое

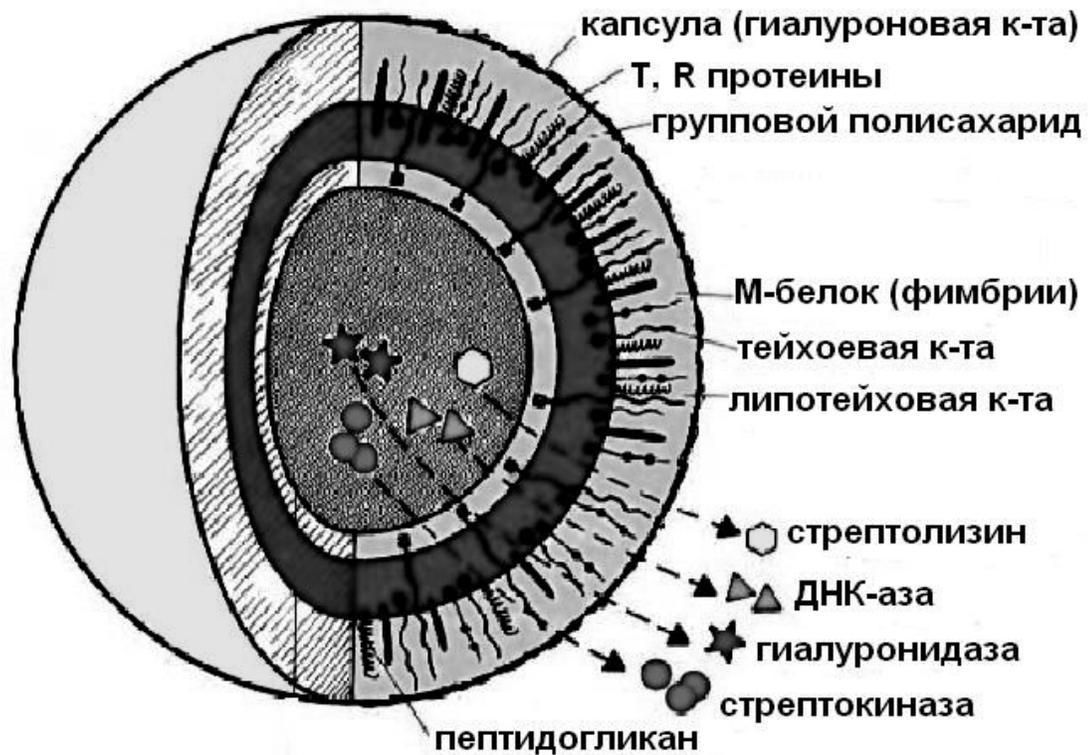
Стрептококковое импетиго (контагиозное импетиго) — контагиозное заболевание кожи стрептококковой этиологии, проявляющееся сыпью в виде мелких пузырьков (фликтен) с гиперемизированным отечным основанием.



Этиология и патогенез импетиго стрептококкового

Возбудителем являются стрептококки, хотя в содержимом пузырьков обнаруживают стафилококки, но непостоянно и в меньшем количестве.

Развитию заболевания способствуют нарушение целостности кожного покрова и слизистых оболочек вследствие расчесов при зудящих дерматозах (например, при чесотке, почесухе), а также мацерация эпидермиса, вызываемая выделениями, например, из носа при рините, из уха при отите и т.д. Имеют значение сопротивляемость организма и ее снижение при общем истощении, иммунодефиците, расстройствах желудочно-кишечного тракта, злоупотреблении алкоголем. К заболеванию предрасполагают себорейные явления, изменения pH кожи, водно-липидной мантии. Особенно часто импетиго бывает у детей при плохом уходе.



Клеточная стенка стрептококков содержит тейхоевые кислоты, которые при повреждении эпидермиса связываются с фибронектином — белком клеточных мембран человека.

Классификация импетиго стрептококкового

В дерматологии понятие стрептококковое импетиго включает в себя несколько клинических разновидностей, объединенных единым этиологическим фактором и наличием типичных элементов сыпи — фликтен. К стрептококковому импетиго относят: буллезное, кольцевидное и щелевидное импетиго (хейлит), импетиго ногтевых валиков (турниоль), стрептококковую опрелость, постэрозивный сифилит.

Патогистологическая картина при импетиго стрептококковом

Как при стрептококковых, так и при стафилококковых разновидностях импетиго основным элементом является пустула, которая развивается непосредственно под роговым слоем. Пустула содержит фибрин, нейтрофильные лейкоциты и некоторое количество лимфоцитов. В пустуле можно обнаружить группы кокков, располагающиеся внеклеточно или внутри нейтрофилов. В шиповидном слое под пустулой отмечается спонгиоз, много мигрирующих нейтрофилов. В верхней части дермы — незначительный воспалительный инфильтрат, состоящий из нейтрофилов и лимфоцитов.

Щелевидное импетиго

Щелевидное импетиго, или ангулярный стоматит (**заеда**), представляет собой быстро вскрывающуюся фликтену, расположенную в одном или обоих углах рта. Кроме того, могут быть поражены участки у крыльев носа и наружного края глазной щели. Сначала в углах рта возникают вялые пузырьки, которые, вскрываясь, обнажают неглубокие линейные трещины. Образующиеся медово-желтые корочки вследствие мацерации отпадают. Заболевание сопровождается зудом, слюнотечением, болезненностью при приеме пищи. Длительное течение наблюдается при кариозных зубах, рините, конъюнктивите, при привычке облизывать углы рта (поэтому болезнь чаще наблюдается у детей), у пожилых людей, носящих зубные протезы, при недостатке в пище витаминов комплекса В.



Известна высокая контагиозность щелевидного импетиго, которое передается при поцелуях, через полотенца, посуду. Описаны групповые заболевания в семьях. Без лечения болезнь продолжается долго, так как больные все время поддерживают мацерацию, облизывая языком углы рта.

Буллезное импетиго

Импетиго буллезное характеризуется появлением небольшого количества фликтен в виде крупных напряженных полусферических пузырей с мутным содержимым, быстро увеличивающихся в размере (до размера лесного ореха); после вскрытия пузырей образуются эрозивные поверхности, также увеличивающиеся по периферии; на границе их видны обрывки покрышки пузырей. Излюбленная локализация — тыл кистей, стопы, голени.





Импетиго ногтевых валиков

Турниоль (tourne - окружность) встречается в основном у взрослых. На руках вокруг ногтевых пластинок образуются фликтены сначала с серозным, а затем с мутно-гнойным секретом. Заболевание возникает при травмах пальцев, заусеницах, создающих условия для проникновения стрептококков. Пораженная фаланга отекает, болезненна.

После вскрытия фликтены образуется эрозия, подковообразно охватывающая ногтевой валик. Процесс может приводить к отторжению ногтевой пластинки. Иногда отмечаются лимфангит, озноб, недомогание, лихорадка.



Простой лишай

Простой лишай считают сухой разновидностью стрептококкового импетиго. Он возникает особенно часто у детей. Образуются круглые, овальные, четко отграниченные очаги беловатого или розового цвета, обильно покрытые мелкими чешуйками. Очаги особенно резко выделяются у лиц с пигментированной кожей. Под влиянием солнечных лучей заболевание может проходить, но пораженные места загорают слабее, что обуславливает пестроту кожного покрова. Локализация - кожа вокруг рта, щеки, область нижней челюсти, иногда кожа туловища и конечностей.

Обычно болезнь появляется весной или осенью. В детских коллективах возможна эпидемическая вспышка простого лишая. Субъективно иногда отмечают легкий зуд.



Диагностика стрептококкового импетиго

Стрептококковое импетиго диагностирует дерматолог на основании характерных клинических признаков. Проводится дерматоскопия и исследование рН кожи. Для подтверждения стрептококковой этиологии заболевания необходим бакпосев отделяемого фликтен. Часто рецидивирующие формы стрептококкового импетиго требуют иммунологического обследования пациента.

Лечение импетиго стрептококкового

1. Местная терапия – используется при любых формах импетиго (основной вид терапии);
2. Системная терапия (применение антибиотиков) – оправдано только при развитии осложнений (дополнительный вид терапии).

Местная терапия

- 1) глюкокортикостероидные топические средства, комбинированные с антибактериальными препаратами (назначают в случае острого воспалительного процесса, сопровождающегося эритемой, отеком, зудом, и чаще при наличии зудящих дерматозов, осложненных вторичной пиодермией):
 - тетрациклина гидрохлорид (400 мг) + триамцинолона ацетонид (10 мг), для наружного применения;
 - гидрокортизона ацетат (10 мг) + окситерациклина гидрохлорид (30 мг), для наружного применения;
 - бетаметазона валерат (1 мг) + гентамицина сульфат (1 мг), для наружного применения.
- 2) противомикробные лекарственные препараты для наружного применения:
 - Гентамицина сульфат 0,1%, наружно, наносят 2 раза в день в среднем, в течение, 7–10 дней с учетом количества очагов поражений на коже;
 - Мупироцин 2%, наружно, Ретапамулин 1%, наружно.
- 3) антисептические наружные препараты:
 - Бриллиантовый зеленый 1%, наружно, наносят 2–3 раза в день в среднем, в течение 7–10 дней с учетом количества очагов поражений на коже;
 - Фукорцин, наружно, Метиленовый синий, 1–3%, наружно;
 - Калия перманганат, наружно, 0,01–0,1%;
 - Хлоргексидин, 0,5% или 1%, наружно.

Системная терапия

Назначают при распространенных, рецидивирующем импетиго. При отсутствии эффекта от наружной терапии, наличии общих явлений (лихорадка, недомогание) и регионарных осложнений (лимфаденит, лимфангит).

Антибактериальные средства системного действия:

1. Амоксициллин 250, 500 мг. Детям в возрасте до 3 лет – 30 мг/кг/сутки в 2–3 приема, от 3 до 10 лет – по 375 мг 2 раза в сутки, перорально. Детям старше 10 лет и взрослым – по 500–750 мг 2 раза в сутки. Курс лечения 7–10 дней.
2. Цефазолин 250, 500, 1000 мг. Детям 20–40 мг/кг/сутки. Суточная доза для взрослых – 1000 мг. Частота введения 2–4 раза в сутки, в/м. Курс лечения 7–10 дней.
3. Эритромицин 200 мг. Детям в возрасте до 3 месяцев – 20–40 мг/кг/сутки, детям в возрасте от 3 месяцев до 18 лет – 30–50 мг/кг/сутки. Старше 18 лет – суточная доза 1000 – 4000 мг. Кратность приема 4 раза в сутки, перорально. Курс лечения – 5–14 дней.
4. Ципрофлоксацин 250, 500 мг, перорально. Детям старше 18 лет и взрослым по 250–500 мг 2 раза в сутки. Курс лечения – 5–15 дней.
5. Гентамицина сульфат 40 мг. Детям до 2 лет – 2–5 мг/кг/сутки, детям старше 2 лет – 3–5 мг/кг/сутки. Кратность введения 3 раза в сутки, в/м. Взрослым 3–5 мг/кг/сутки, кратность введения 2–4 раза в сутки. Курс лечения 7–10 дней.

Вульгарная эктима

Вульгарная эктима (эктима обыкновенная) — глубокое пустуло-язвенное стрептококковое поражение кожи, проявляющееся одной или несколькими язвами с гнойным отделяемым, после заживления которых остается пигментированные по краю рубцы.



Рис. 23. Эктима вульгарная
пояснице, ягодицах, реже — на

Этиология и патогенез вульгарной ЭКТИМЫ

Причиной возникновения вульгарной эктимы является стрептококковая инфекция, реже — стрептококково-стафилококковая. Поэтому заболевание относится к стрептодермиям. Проникновение стрептококков в кожу происходит из внешней среды. Инфицирование может случиться при расчесывании кожи в месте зудящих высыпаний или укусов насекомых, при повреждении кожного покрова. Вульгарная эктима чаще встречается у ослабленных детей, у пациентов со сниженным иммунитетом, нарушениями местного крово- и лимфообращения, обменными нарушениями, хроническим алкоголизмом.

Клиническая картина вульгарной ЭКТИМЫ

Наиболее часто высыпания при вульгарной эктимере локализируются на коже ног, ягодиц и поясницы, но могут встречаться на туловище и руках. Заболевание начинается с появления на кожи одной или нескольких пустул размером 1-2 см. Содержимое пустулы имеет серозно-кровянистый или серозно-гноеный характер. После вскрытия пустулы подсыхает с образованием коричневой корки, вокруг которой отмечается отечный ободок красновато-синюшного цвета.

При снятии корки с пустулы выявляется глубокая язва, покрытая грязно-серым налетом из гноя и некротических масс. Язва вульгарной эктимы обычно имеет округлую форму и неровные края. Через 3-4 недели она рубцуется, по периферии очага остается гиперпигментация. На фоне уже рубцующихся язв могут появляться новые пустулы. В отдельных случаях, чаще при наличии серьезных сопутствующих нарушений в организме, язва имеет длительное течение до нескольких месяцев. Может наблюдаться лимфаденит и лимфангит.



Диагностика вульгарной эктимы

При постановке диагноза в первую очередь учитываются клинические симптомы болезни. Выявить природу инфекционного агента заболевания позволяет бактериальный посев жидкости, выделяемой из язвы. Кроме этого, сразу определяется чувствительность возбудителя к действию антибиотиков, что позволяет назначить максимально эффективное лечение вульгарной эктимы. Для того чтобы отличать вульгарную эктиму от сифилитической, проводится RPR-тест и РИФ (реакция иммунофлуоресценции).

Гистологическое исследование взятого материала с язвы позволяет выявить корочку из роговых масс, лейкоцитов, фибрина, эпителиальных клеток и микроорганизмов. Сама корочка скрывает под собой некротические массы, также видны тромбированные и расширенные сосуды. Для эпидермиса вокруг пораженного участка характерны акантоз и отечность.

Лечение вульгарной эктимы

В процессе лечения вульгарной эктимы ключевую роль играет местная терапия. В первую очередь эрозию обрабатывают средствами, имеющими дезинфицирующий эффект. Протеолитические ферменты помогают очистить язву от некротических масс и гнойных выделений. После этого накладываются повязки с использованием антибактериальных мазей: синтомициновой, тетрациклиновой, эритромициновой, гелиомициновой и т.д.

Также в лечении вульгарной эктимы применяются физиотерапевтические методы: УВЧ, лазеротерапия и ультрафиолетовое облучение в эритемных дозах. Также назначается антибиотикотерапия с использованием различных препаратов. Важно, чтобы в процессе лечения запустился защитный механизм организма, то есть необходимо сделать все возможное для восстановления иммунитета.