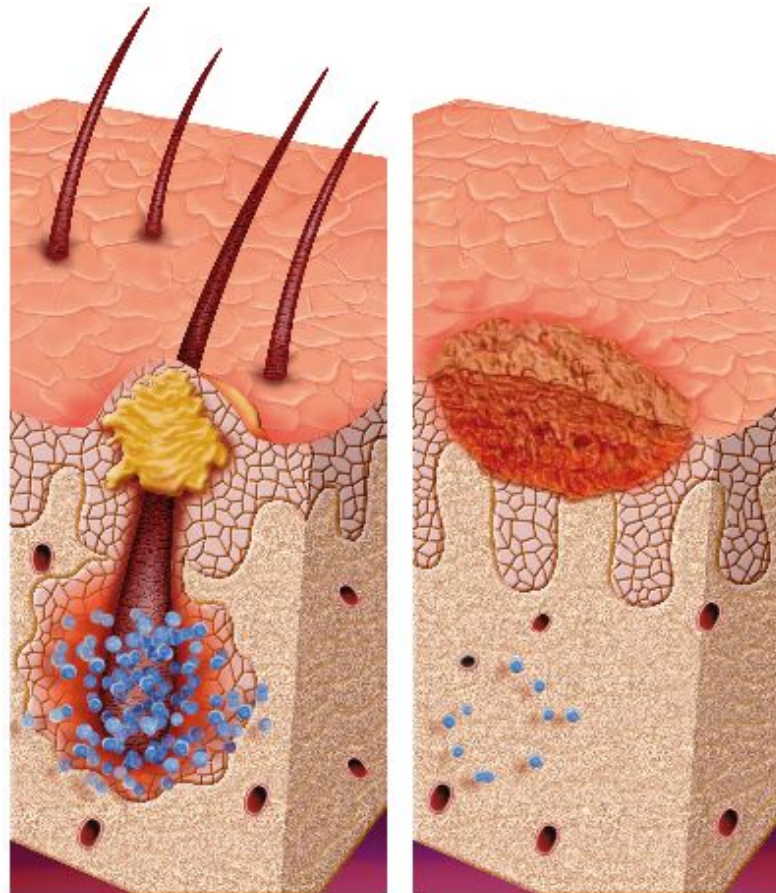


Сестринский уход в кожных и венерических болезнях



Тема №2 «Пиодермии»

Преподаватель Щаникова Наталья Викторовна

СОДЕРЖАНИЕ

Определение

Этиология

Классификация

Клиника

Особенности пиодермий у детей
и лиц пожилого возраста

Диагностика

Основные принципы лечения

Профилактика

Тема №2 «Пиодермии»

Определение

МКБ-10: шифр L: 08.0

Пиодермии представляют собой группу дерматозов, в основе которых лежит гнойное воспаление кожи, ее придатков, а также подкожной жировой клетчатки.

Пиодермии (гнойничковые болезни кожи) – группа заболеваний кожи, вызываемая гноеродными микроорганизмами, главным образом *стафилококками*, *стрептококками*, реже другими (псевдомонозная инфекция и др.).

В группу гнойничковых заболеваний кожи, или пиодермий / пиодермитов (*pyo* – гной, *derma* – кожа), объединены инфекционные поражения кожи, вызванные внедрением пиококков (чаще стафило- и стрептококков).

Реже причиной пиодермий / пиодермитов могут быть другие возбудители – синегнойная палочка, вульгарный протей, кишечная палочка, пневмококк и пр.

По данным отечественных исследований, гнойничковые инфекции кожи составляют 30–40% всей дерматологической патологии у лиц трудоспособного возраста, у военнослужащих этот показатель достигает 60%.

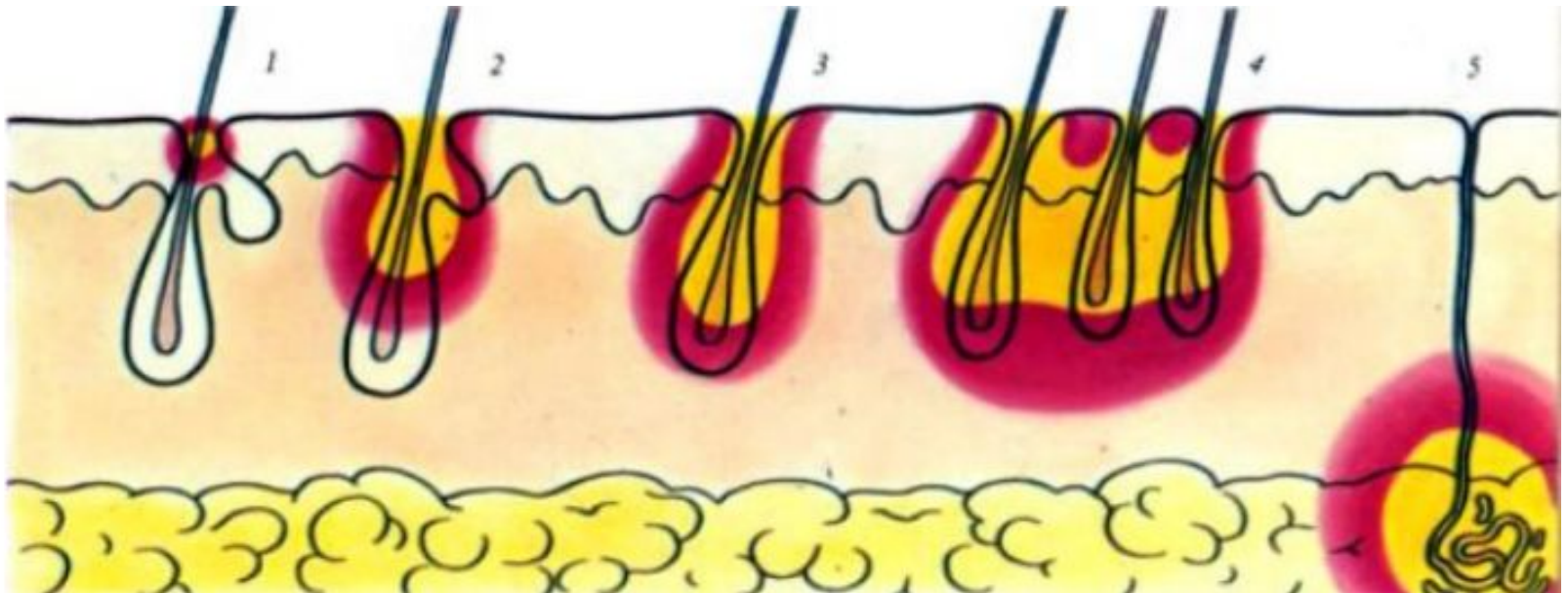
В детской дерматологической практике данная патология относится к числу наиболее частых и составляет от 30 до 50% всех случаев обращений к врачу.

Стафилодермиями чаще страдают мужчины, стрептодермиями – женщины и дети.

Тема №2 «Пиодермии»

Этиология Стафилококк

Стафилококки являются факультативными анаэробами и колонизируют верхние слои эпидермиса в области устьев волосяных фолликулов, сальных и потовых желез, т. е. **наиболее часто поражают придатки кожи.**



Этиология Стафилококк

Стафилококк относится к роду _____
грамположительных факультативно-анаэробных
бактерий.

В роду различают более 20 видов стафилококков,
среди которых наиболее часто встречающимися
являются *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus*
haemolyticus, *Staphylococcus epidermidis*.

Патогенные свойства стафилококков
определяются их способностью в процессе
жизнедеятельности вырабатывать токсины,
ферменты и другие биологически активные
вещества.

В эпидемиологии стафилококковой инфекции
большое значение придается

Тема №2 «Пиодермии»

Стафилодермия



Тема №2 «Пиодермии»

Стафилодермия



Тема №2 «Пиодермии»

Стафилодермия



Тема №2 «Пиодермии»

Стафилодермия



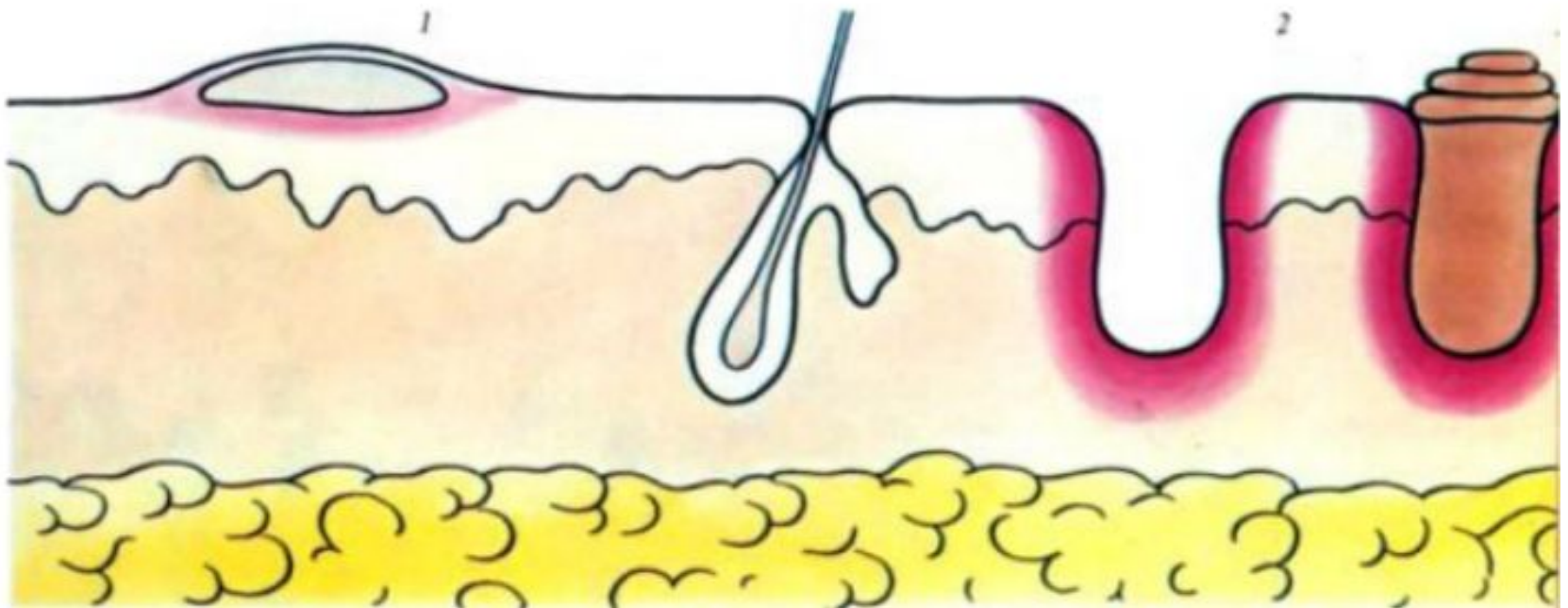
Тема №2 «Пиодермии» Стафилодермия



Тема №2 «Пиодермии»

Этиология Стрептококк

Стрептококки (сапрофитный и эпидермальный) присутствуют на поверхности гладкой кожи человека без связи с придатками кожи, чаще на спине и в области естественных складок.



Этиология Стрептококк

Стрептококки — грамположительные аэробные и факультативно-анаэробные бактерии.

Наиболее частым возбудителем пиодермии у человека является β -гемолитический стрептококк.

Тема №2 «Пиодермии»

Стрептодермия



Тема №2 «Пиодермии»

Стрептодермия



Тема №2 «Пиодермии»

Стрептодермия



Тема №2 «Пиодермии»

Стрептодермия



Тема №2 «Пиодермии»

Стрептодермия



Тема №2 «Пиодермии»

Стрептодермия



Тема №2 «Пиодермии»

Стрептодермия



Тема №2 «Пиодермии»

Стрептодермия



Тема №2 «Пиодермии»

Стрептодермия



Тема №2 «Пиодермии»

Патогенез

В возникновении той или иной формы пиодермии большую роль играют:

- Вид патогена
- Вирулентность
- Состояние макроорганизма
- Эндо- и экзогенные предрасполагающие факторы, снижающие барьерную и защитную функции кожи.

К экзогенным факторам относят:

- Микро- и макротравмы (расчесы, уколы, потертости, порезы, укусы насекомых и пр.).
- Мацерацию рогового слоя в результате повышенной потливости, воздействия влаги и пр.
- Загрязнение кожи – как бытовое (нарушение норм гигиены), так и профессиональное (смазочные масла, горючие жидкости, грубые пылевые частицы угля, цемента, земли, извести и пр.).
- Общее и местное переохлаждение и перегревание.

Все эти экзогенные факторы нарушают защитную барьерную функцию кожи и способствуют проникновению микрофлоры.

К эндогенным факторам относят:

Патогнез

- Наличие в организме очагов хронической инфекции (ЛОР-патология, одонтогенная, урогенитальная хроническая патология и пр.).
- Эндокринные заболевания (сахарный диабет, гиперкортицизм, гиперандрогения и пр.).
- Хронические интоксикации (алкоголизм, наркомания и др.).
- Нарушения питания (гиповитаминозы, недостаточность белка).
- Иммунодефицитные состояния (лечение глюкокортикоидными гормонами, иммунодепрессантами; ВИЧ-инфекция/СПИД; лучевая терапия и пр.).

Все вышеперечисленное приводит в конечном итоге к снижению гуморального и клеточного иммунитета, следствием чего является снижение защитной функции кожи. Это приводит к изменению количества и состава микробной флоры на поверхности кожи в сторону преобладания

Классификация гнойных заболеваний кожи

I. Заболевания собственно кожи

II. Заболевания придатков кожи

III. Заболевания подкожной клетчатки

**IV. Поверхностный некротизирующий
фасциит**

Классификация пиодермий

По этиологическому агенту:

- Стафилодермии
- Стрептодермии
- Стафилострептодермии

По течению:

- Острые
- Хронические

По глубине поражения:

- Поверхностные
- Глубокие

По распространенности:

- Ограниченные
- Диффузные
- Распространенные

По взаимосвязи:

- Приуроченные к фолликулярно-железистому аппарату
- Не относящиеся к фолликулярно-железистому аппарату

Классификация пиодермий

Стафилодермии

Стафилодермии:

1. Поверхностные

- 1.1. остиофолликулит
- 1.2. фолликулит
- 1.3. сикоз
- 1.4. везикулопустулез
- 1.5. эпидемическая пузырчатка новорожденных
- 1.6. дерматит эксфолиативный (болезнь Риттера)
- 1.7. синдром стафилококковой обожженной кожи (SSSS)
- 1.8. синдром стафилококкового токсического шока (TSS)

2. Глубокие

- 2.1. фурункул
- 2.2. фурункулез
- 2.3. карбункул
- 2.4. абсцесс
- 2.5. псевдофурункулез
- 2.6. гидраденит

Стафилодермии

Стафилококковые поражения кожи обычно связаны с сально-волосяными фолликулами и потовыми железами (апокриновыми и эккриновыми), а воспалительная реакция, которую они вызывают, имеет гнойный или гнойно-некротический характер.

Классификация пиодермий

Стрептодермии

Стрептодермии

1. Поверхностные

- 1.1. импетиго стрептококковое
- 1.2. щелевое импетиго
- 1.3. паронихия
- 1.4. папуло-эрозивная стрептодермия
- 1.5. интертригинозная стрептодермия
- 1.6. рожа
- 1.7. синдром стрептококкового токсического шока (STSS)
- 1.8. стрептодермия острая диффузная

2. Глубокие

- 2.1. целлюлит
- 2.2. эктима вульгарная

Стрептодермии

Стрептококковые поражения кожи не затрагивают сально-волосяной фолликул и потовые железы. Для них наиболее характерно поверхностное воспалительное поражение гладкой кожи с выделением серозного экссудата.

Основным первичным высыпным элементом при поверхностных стрептодермиях является поверхностный пузырь.

Тема №2 «Пиодермии»

Классификация пиодермий

Стрептостафилодермии

Стрептостафилодермии

1. Поверхностные

импетиго вульгарное.

2. Глубокие

2.1. хроническая глубокая язвенно-вегетирующая пиодермия.

2.2. гангренозная пиодермия.

2.3. пиодермия вегетирующая аллопо.

2.4. acne keloides (фолликулит склерозирующий затылка).

2.5. фолликулит рубцующийся.

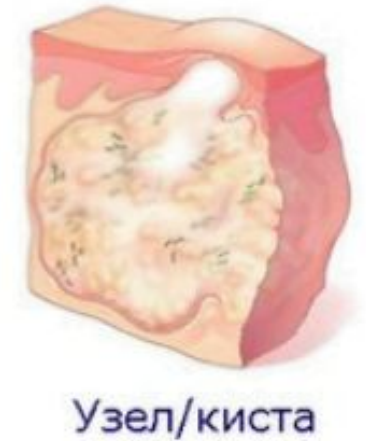
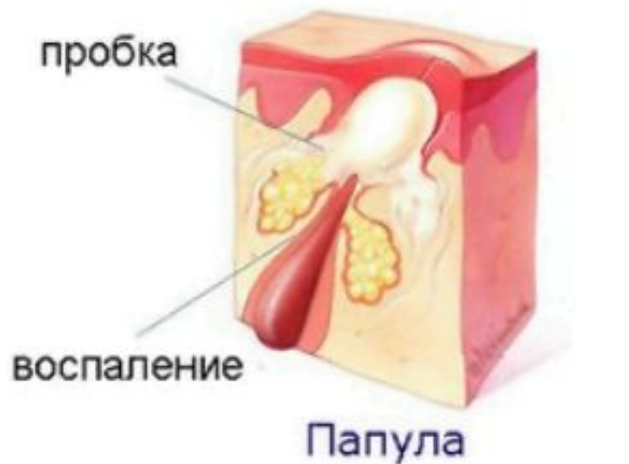
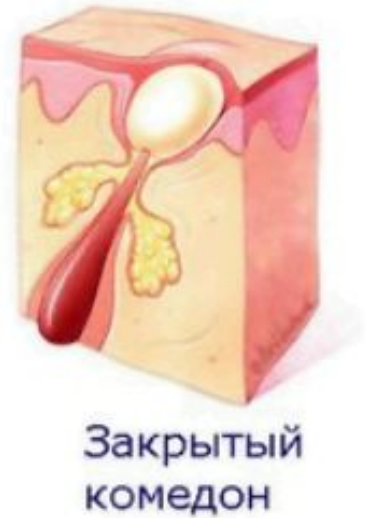
2.6. фолликулит и перифолликулит головы абсцедирующий подрывающий гоффманна.

2.7. шанкриформная пиодермия.

2.8. вегетирующий пиостоматит.

2.9. гангрена полового члена и мошонки.

Виды акне





Классификация пиодермий

Первичные - это инфекции нормальной кожи без предрасположенных заболеваний. Участвует только один возбудитель инфекции, вызывая типичную картину инфекции.

Вторичные – они обусловлены инфекциями предварительно поврежденной или больной кожи. Участвуют несколько возбудителей, и поэтому картина болезни является нетипичной.

Тема №2 «Пиодермии»

Клинические проявления

Клинические проявления гнойничковых болезней кожи разнообразны.

Наиболее распространенными являются:

Фолликулиты

Вульгарный сикоз

Фурункул

Карбункул

Гидраденит

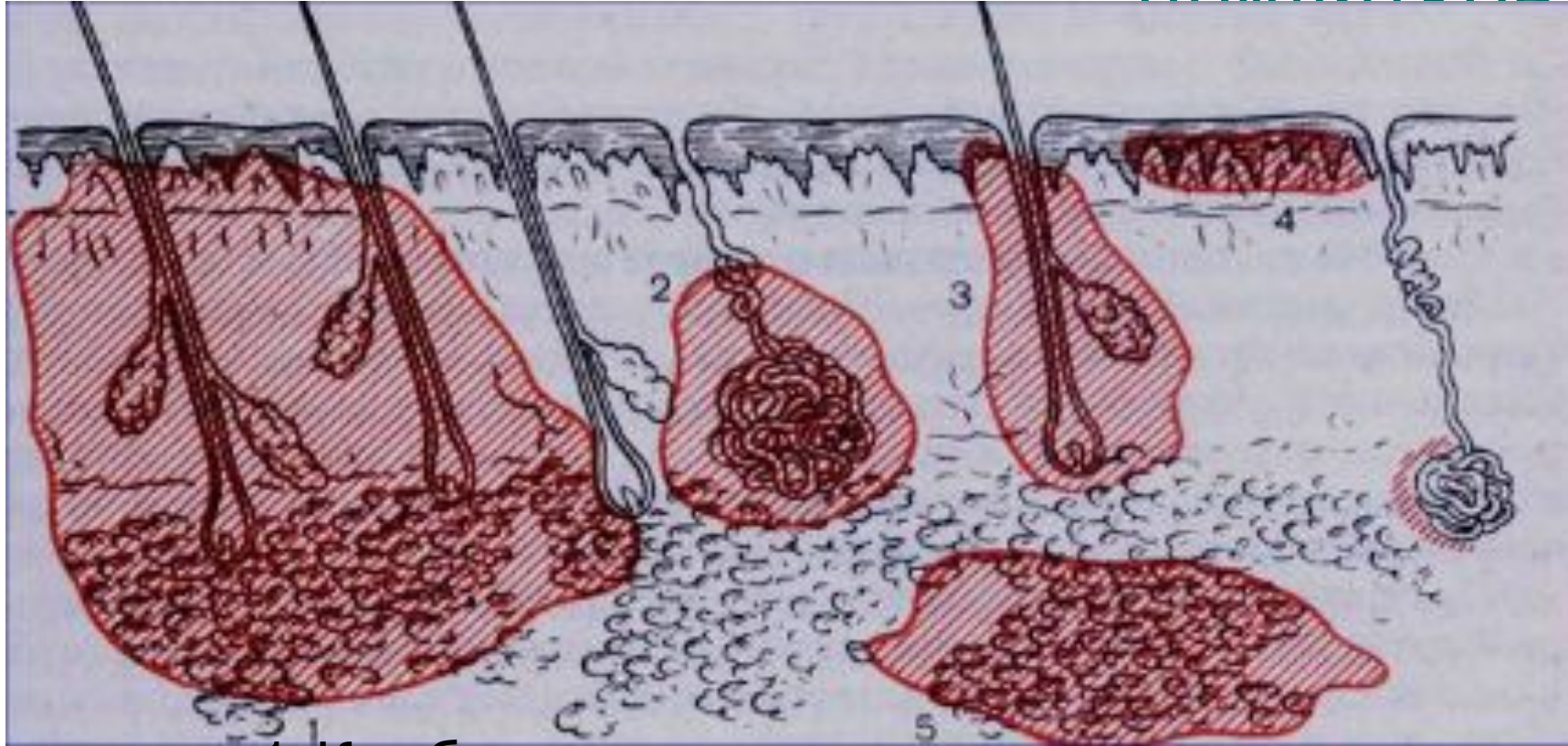
Вульгарные угри

Импетиго

Хроническая язвенная пиодермия.

Тема №2 «Пиодермии»

Гнойные заболевания кожи и ее придатков



- 1 Карбункул
- 2 Гидраденит
- 3 Фурункул
- 4 Рожистое воспаление
- 5 Флегмона подкожной клетчатки.

Тема №2 «Пиодермии»

Клиническая картина

Высыпания на коже при пиодермитах полиморфны. Вид первичных элементов сыпи зависит от рода возбудителя и глубины поражения кожи

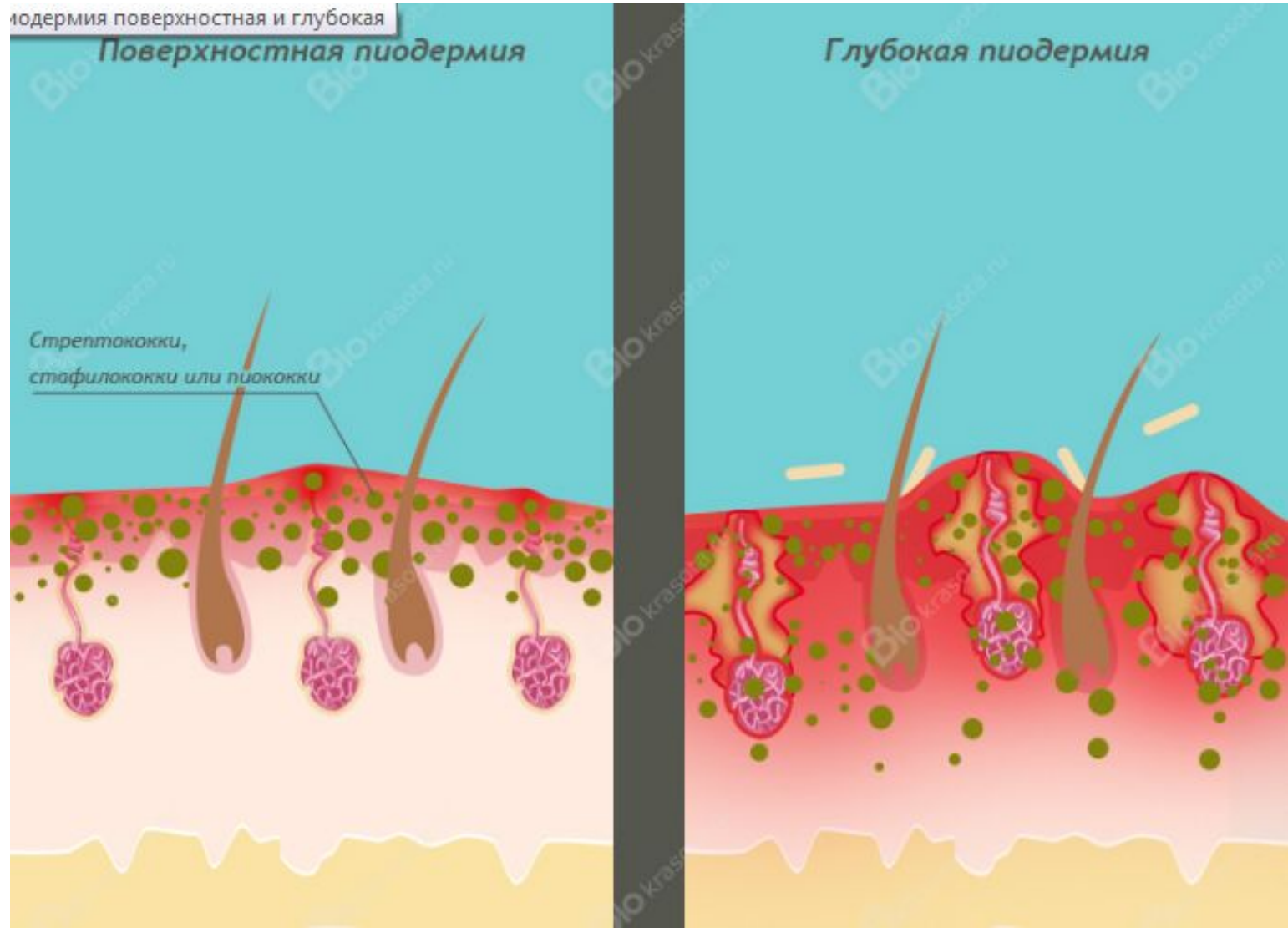


Сравнительная характеристика

Стафилококковая пустула	Стрептококковая фликтена
Анатомически связана с придатками кожи	Не связана с придатками кожи
Напряженная конусообразная или полушаровидная, пронизана волосом	Плоская, вялая, поверхностная
Экссудат гнойный желто-зеленого цвета	Экссудат серозный
Покрышка стойкая, напряженная, плотная	Покрышка дряблая, тонкая, нестойкая, быстро вскрывается с образованием эрозий и корок
Распространяется в глубь придатков кожи, не склонны к слиянию	Распространяется по поверхности кожи, быстро сливаются
Анатомически связана с придатками кожи	Не связана с придатками кожи

Тема №2 «Пиодермии»

Глубина поражения



Методы терапевтического воздействия

В лечении кожных болезней применяются практически все современные методы терапевтического воздействия, которые можно классифицировать следующим образом:

1. Режим
2. Диета
3. Медикаментозная терапия (общая и местная)
4. Физиотерапия
5. Психотерапия
6. Хирургическое лечение
7. Курортотерапия

Лечение дерматозов, как правило, носит комплексный характер, с включением в зависимости от особенностей заболевания соответствующего набора терапевтических

Тема №2 «Пиодермии»

Принципы терапии пиодермитов

Три главных принципа терапии:

1. Воздействовать на причину пиодермитов, т.е. проводить этиотропное (антимикробное) лечение.
2. Устранять предрасполагающие факторы (патогенетическая терапия – коррекция углеводного обмена, устранение витаминной недостаточности, санация очагов хронической инфекции, иммуно-стимулирующая терапия и пр.).
3. Предотвращать распространение инфекции на непораженные участки кожи (временное запрещение мытья и посещения бассейнов; обработка антисептиками непораженной кожи

В понятие лечебного и профилактического режима дерматологи вкладывают уход за больной кожей, защиту ее от повреждающего воздействия различных неблагоприятных факторов внешней среды.

По чисто гигиеническим соображениям в первую очередь надо решить вопрос о мытье кожного покрова.



Здесь необходимо учитывать характер заболевания и стадию кожного процесса.

При острых гнойных поражениях кожи (импетиго, фурункулы, гидрадениты), а также при наиболее контагиозных грибковых заболеваниях (микроспория) общее мытье (под душем, в ванне) запрещается во избежание диссеминации инфекции.

Оно заменяется спиртовыми обтираниями (70% этиловым, 1% салициловым или 3% борным спиртом), которые следует проводить не менее 2 раз в день, соблюдая правило «от периферии к центру».

Тема №2 «Пиодермии»

Диета

При длительно текущих процессах, а также при множественных высыпаниях определенное внимание должно быть уделено диете: питание должно быть полноценным, богатым витаминами, резко ограничивают количество соли и углеводов; полностью исключается алкоголь.



Тема №2 «Пиодермии»

Этиотропная терапия пиодермитов

Этиотропная терапия пиодермитов направлена на подавление жизнедеятельности пиококковой флоры, вызвавшей гнойное заболевание кожи человека.

Эта терапия может быть общей (системной) или нар



Общая медикаментозная терапия

В большинстве случаев кожному больному требуется общая (системная) медикаментозная терапия в соответствии с этиологическими, патогенетическими и симптоматическими аспектами болезни. Она должна быть строго индивидуальной и обоснованной.

Антибиотики – важная группа средств антимикробной этиологической терапии – применяются в первую очередь при гнойничковых заболеваниях кожи (пиодермитах), вызываемых стафилококками и стрептококками.

Общая медикаментозная терапия

Они назначаются при наличии общих явлений (повышение температуры тела, озноб, головная боль), диссеминации гнойничковой сыпи, появлении регионарного лимфаденита, а также при локализации глубоких пиодермии в области головы и шеи.

Могут использоваться **антибиотики всех групп** (пенициллины, тетрациклины, макролиды, цефалоспорины), но перед лечением следует установить чувствительность флоры к антибиотикам и пользоваться в первую очередь антибиотиком, к которому возбудители наиболее чувствительны.

При невозможности получить антибиотикограмму используют антибиотики широкого спектра или применяют параллельно два антибиотика.

Разовые, суточные и курсовые дозы антибиотиков зависят от тяжести состояния больного и обычно находятся в средних параметрах.

Общая медикаментозная терапия

Сульфаниламиды не утратили своего значения при инфекционно-воспалительных дерматозах особенно с пролонгированным эффектом (бисептол, бактрим, септрин).

Фторхинолоны (ципрофлоксацин, цифран, ципробай, таривид, максаквин и др.), обладающие широким спектром действия, среди новейших антимикробных препаратов представляют особую терапевтическую ценность.

При назначении всех антимикробных средств следует учитывать противопоказания к их применению, а также совместимость их с другими

Местная медикаментозная терапия

Нигде в клинической медицине так широко не применяется местная терапия, как в дерматологии. Она может быть (как и общая терапия) этиологической, патогенетической и симптоматической.

Подбор и проведение местной терапии требуют больших знаний и опыта. Вначале надо решить вопрос подбора местной лекарственной формы , а затем вопрос включения в нее специфического действующего вещества .

Дерматологические местные лекарственные формы весьма разнообразны и сами по себе также оказывают терапевтическое воздействие

Особенности наружной терапии у детей

Детская кожа отличается от взрослой по своему строению и функционированию. Она чрезвычайно нежна и чувствительна, поэтому необходимо соблюдать осторожность при применении наружных лекарственных форм в педиатрической практике.

Необходимо использовать меньшие концентрации наружных лекарственных средств, чем у взрослых.

Назначать менее раздражающие и действующие более поверхностно лекарственные формы (например, эмульсии вместо мазей).

Исключить или ограничить использование некоторых лекарственных веществ для того, чтобы предотвратить развитие токсического общерезорбтивного действия.

При поражениях полости рта у маленьких детей следует заменить полоскания на смазывания или протирания тампоном,

Особенности наружной терапии у детей

Ограничить использование примочек и согревающих компрессов у грудных детей ввиду несовершенства их системы терморегуляции (возможно переохлаждение). Кроме того, примочки нежелательно применять у грудных детей из-за повышенной физической активности. При показаниях примочки можно заменить дерматологическими компрессами.

Согревающие компрессы могут приводить к быстрой мацерации и вторичным пиодермиям.

У детей грудного возраста предпочтение следует отдавать присыпкам при опрелостях, а также для защиты контактных поверхностей кожи в естественных складках от трения, мацерации, воздействия пота и мочи.

Выбор лекарственных средств и их концентрации зависит от выраженности воспалительного процесса: чем острее воспалительная реакция, тем нежнее и осторожнее должно быть воздействие на него и слабее концентрация активных лекарственных веществ (по принципу «раздраженного не

Этиотропная терапия пиодермитов

Показания для общей антибактериальной терапии

- Множественные пиодермиты, их быстрое распространение по кожному покрову, отсутствие эффекта наружной терапии.
- Появление увеличенных и болезненных регионарных лимфатических узлов.
- Наличие общей реакции организма на гнойное воспаление: повышение температуры тела, озноб, недомогание, слабость и пр.
- Глубокие неосложненные и осложненные пиодермиты лица (угроза лимфо- и гематогенной диссеминации инфекции вплоть до тромбоза венозных синусов мозга и развития гнойного менингита)

Тема №2 «Пиодермии» Хирургическое лечение пиодермитов



Хирургическое лечение пиодермитов

Хирургические методы, связанные с полным иссечением пораженных участков кожи (эксцизия), не утратили своего значения и в настоящее время. Их используют в случаях отсутствия эффекта от консервативных методов лечения хронической пиодермии. Нередко приходится прибегать к хирургическому вскрытию (инцизии) очагов глубокой пиодермии (гидраденитов, абсцедирующих фурункулов, конглобатных угрей). При долго незаживающих язвенных поражениях кожи единственным эффективным средством может стать пластика (аутопластика) дефектов.

Физиотерапевтические методы лечения

В дерматологии используются все классические и современные методы физиотерапевтического воздействия на пораженную кожу и организм в целом. Физиотерапия является в большинстве случаев необходимым компонентом в лечении кожного больного.

Физиотерапевтические методы включают лечение теплом, холодом, электрическим током, лучами, магнитом, кислородом, озоном, сочетанием физических и химических воздействий (фотохимиотерапия).

При проведении лечения, естественно, следует учитывать имеющиеся противопоказания к той или иной физиотерапевтической процедуре.

Тема №2 «Пиодермии»

Лечение пиодермий

Показания для госпитализации

Заболевания, связанные с действием токсинпродуцируемых штаммов стафилококка и стрептококка. Распространенные высыпания, сопровождающиеся нарушением общего состояния.

Наиболее частые ошибки в лечении

Назначение топических глюкокортикостероидов при поверхностных или глубоких формах пиодермии, применение антибактериальных препаратов системного действия без проведения микробиологического посева содержимого пиодермических элементов с определением чувствительности к антибактериальным

Тема №2 «Пиодермии»

Лечение пиодермий

Критерии эффективности лечения

Разрешение гнойничковых элементов, эпителизация, рубцевание язв. Уменьшение частоты рецидивов заболевания при хронических формах пиодермий.

Тема №2 «Пиодермии»

Профилактика пиодермий

Первичная профилактика

пиодермий состоит в своевременной антисептической обработке микротравм, трещин, раневых поверхностей. Следует проводить лечение выявленных общих заболеваний, на фоне которых могут развиваться гнойничковые поражения кожи (сахарный диабет, болезни пищеварительного тракта, ЛОР-органов и др.).

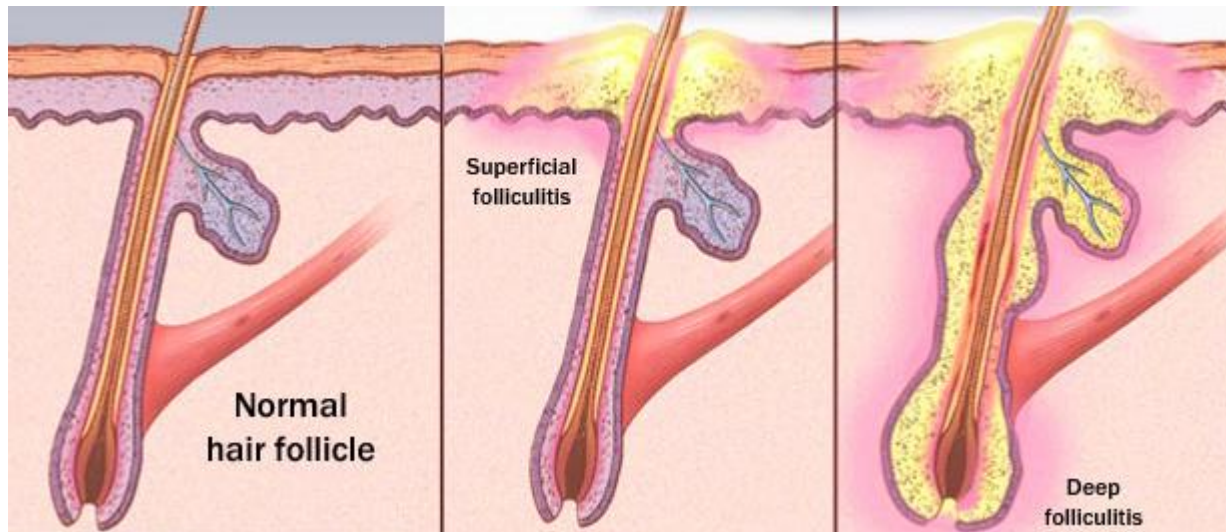
Вторичная профилактика

пиодермий включает периодические медицинские осмотры, при необходимости проведение противорецидивной терапии (общие УФ-облучения, уход за кожей, санация фокальной инфекции).

Гнойное воспаление волосяного фолликула

Фолликулит – гнойное воспаление волосяного фолликула.

Различают остиофолликулит, фолликулит поверхностный и глубокий .



Тема №2 «Пиодермии»

Остиофолликулит

Остиофолликулит характеризуется мелкой фолликулярной поверхностной конусовидной пустулой диаметром 1–2 мм с гнойной головкой, расположенной в устье волосяного фолликула. Центр ее пронизан волоском (который не всегда различим), по периферии виден розовый ободок шириной 1 мм.

Как правило, остиофолликулиты носят множественный характер, локализуются на лице, туловище, конечностях. Через 3–5 дней содержимое пустул ссыхается в корочки, которые отпадают, не оставляя следа.

Фолликулит поверхностный

Фолликулит поверхностный отмечается лишь несколько большими размерами (0,5–0,7 мм в диаметре) и глубиной поражения (захватывает до 2/3; волосяного фолликула). Образующаяся пустула также имеет конусовидную форму, пронизана волосом, эритематозная зона вокруг нее составляет 2–3 мм, крышка пустулы плотная, возможна слабая болезненность, после вскрытия пустул и отделения гноя субъективные ощущения исчезают. Общее состояние обычно не страдает.

Тема №2 «Пиодермии»

Лечение фолликулита

Лечение поверхностных фолликулитов заключается в применении 2% спиртовых растворов анилиновых красителей (бриллиантового зеленого, метиленового синего, генцианвиолета), сангвиритрина, бактробана, 2–5% левомецетинового спирта.

Кожу вокруг высыпаний протирают 2% салициловым спиртом.

При распространенных формах показаны УФО, поляризованный свет.

Тема №2 «Пиодермии»

Фолликулит глубокий

Фолликулит глубокий характеризуется большими размерами пустул (1–1,5 см в диаметре), захватывающих полностью волосяной фолликул, выраженной болезненностью, однако от фурункула их отличает отсутствие некротического стержня. При большом количестве высыпаний могут возникать субфебрильная и фебрильная лихорадка, изменения крови (лейкоцитоз, ускоренная СОЭ). Глубокие фолликулиты могут явиться признаками сахарного диабета, иммунодефицитного состояния, анемии.

Тема №2 «Пиодермии»

Лечение фолликулита

Лечение глубоких фолликулитов обычно включает **антибиотикотерапию** (эритромицин, диклоксациллин, цефалексин и др.).

Специфическую (стафилококковые антифагин, гамма-глобулин) и неспецифическую (тактивин и др.) **иммунотерапию** (при хроническом течении процесса), витамины А, С, группы В, УВЧ, УФО, поляризованный свет.

Местно назначают 20% ихтиоловую мазь (или чистый ихтиол), при вскрытии пустул – дезинфицирующие и эпителизирующие средства (хлорофиллипт, сангвиритрин, бактробан и др.). Необходимы соблюдение диеты (с ограничением углеводов и жиров), обработка окружающей здоровой кожи 2% салициловым спиртом, настойкой календулы и др.

Сикоз вульгарный – хронический гнойничковый процесс, характеризующийся воспалением волосяных фолликулов области бороды и усов, реже других зон (область лобка и др.).



Болеют мужчины – при несоблюдении гигиенических правил при бритье. Имеют также значение эндокринные нарушения, иммунодефицит, авитаминоз и очаги хронической инфекции (ринит, синусит, гайморит).

Процесс начинается с появления маленьких вначале рассеянных фолликулярных узелков и пустул, которые постепенно формируют за счет перифолликулярного воспаления сливные очаги, покрывающиеся гнойными корками.

Процесс принимает хроническое вялое течение. Общее состояние больного не страдает, но пораженная кожа придает ему неопрятный неухоженный вид. Рубцовых изменений не

Тема №2 «Пиодермии»

Лечение сикоза

Местно используют 2% спиртовые растворы анилиновых красителей, 5% левомецетиновый спирт, молоко Видаля, бактробан, мази с антибиотиками (гентамициновая, линкомициновая и др.), 2% борно-дегтярная и др.; УФО.

При выраженном и распространенном нагноительном процессе – антибиотики внутрь (эритромицин, диклоксациллин, цефалексин) в течение 3 нед и более.

Запрещается бритье в зонах пораженных участков кожи.

Фурункул – глубокая стафилодермия, характеризующаяся гнойно-некротическим воспалением волосяного фолликула и окружающей ткани с самоограничивающим характером процесса за счет грануляционной ткани



Тема №2 «Пиодермии»

Фурункул

Локализуется чаще на местах минимальной травмы в виде одиночного (реже нескольких) очага. Чаще локализуется на лице (носощечная зона), шее, плечах, бедрах или ягодицах. Возможно хроническое рецидивирующее течение процесса на протяжении нескольких месяцев или лет.

Нередко фурункулез осложняет различные кожные заболевания (экзема, чесотка и др.).

Клиническая картина характеризуется глубокой пустулой в виде болезненного узловатого инфильтрата диаметром 3–5 см и более ярко-красного цвета, который через несколько дней начинает флюктуировать в центральной части и конусовидно выпячиваться, формируя некротический стержень. Затем фурункул вскрывается с отделением большого количества гнойно-некротических масс, процесс заканчивается рубцеванием. Эволюция фурункула в среднем занимает 2 нед.

Общее состояние обычно не страдает при одиночных фурункулах; при множественных фурункулах и фурункулезе могут быть лихорадка, недомогание, головные боли, в крови –

Тема №2 «Пиодермии»

Лечение фурункула

При одиночном фурункуле возможна лишь местная терапия – чистый ихтиол, сухое тепло, УВЧ, на вскрывшийся фурункул – левомиколь, левосин, бактробан, томицид.

При локализации фурункула в опасной зоне (область носогубного треугольника, носа, губ), когда он может осложниться менингитом, сепсисом в связи с обильной васкуляризацией этих участков, и в этом случае обязательно назначаются антибиотики, как это делается при множественных фурункулах и фурункулезе (кломасциллин по 500 мг 4 раза в сутки, рифампин 600 мг/сут один раз в течение 7–10 дней, клиндамицин 150 мг/сут и др.).

Тема №2 «Пиодермии»

Карбункул

Карбункул – гнойно-некротическое воспаление нескольких волосяных фолликулов с образованием сливного воспалительного инфильтрата, локализованного в дерме и подкожной клетчатке и нескольких гнойно-некротических стержней.



Тема №2 «Пиодермии»

Карбункул

Пораженная кожа багрово-красного цвета, горячая на ощупь, отечно-инфильтрированная на обширном участке (например, задняя поверхность шеи). Общее состояние больного нарушено: лихорадка, недомогание, резкая боль в очаге поражения, головные боли. В крови отмечается лейкоцитоз, ускоренная СОЭ. Через несколько дней в очаге поражения появляются зоны флюктуации и карбункул вскрывается с образованием нескольких (в отличие от фурункула) гнойно-некротических стержней, в зоне которых после отделения гноя и некротических масс обнажается язвенная гнойная медленно заживающая (2–4 нед и более) поверхность. На месте карбункула остается грубый

Тема №2 «Пиодермии»

Лечение карбункула

Лечение обычно осуществляется в отделении гнойной хирургии, где используют антибиотики, детоксицирующие средства, хирургическое вскрытие зон флюктуации карбункула, УВЧ, на язвы назначают протеолитические ферменты, дезинфицирующие и эпителизирующие мази.

Тема №2 «Пиодермии»

Гидраденит



Гидраденит – гнойное воспаление апокриновых потовых желез, вызываемое стафилококками, проникающими в железы через их протоки, небольшие травмы кожи, возникающие нередко при бритье подмышечных впадин.

Гидраденит преимущественно наблюдается в молодом возрасте, когда апокриновые железы функционируют особенно активно. Поражение локализуется чаще в подмышечных впадинах, что связано с основной локализацией апокриновых потовых

Процесс начинается с одного или нескольких болезненных плотных узелковых инфильтратов в толще кожи и подкожной клетчатки, постепенно увеличивающихся до 1–2 см в диаметре, спаивающихся с кожей, которая приобретает красный, а затем багрово-синюшный цвет. Постепенно инфильтрат приобретает коническую форму («сучье вымя»), в центре его появляется флюктуация (за счет формирования абсцесса), и через образовавшееся свищевое отверстие выделяется сливкообразный гной. Процесс длится в среднем 2 недели заканчиваясь рубцеванием. Часто возникают рецидивы. Общее состояние больного изменяется мало, возможно повышение температуры тела, слабость, в анализах крови – лейкоцитоз, ускоренная СОЭ. При сниженном иммунитете,

Тема №2 «Пиодермии»

Лечение гидраденита

При множественных и крупных инфильтратах, затрудняющих движения, назначают антибиотики (линкомицин 250 000 3 раза в день, пенициллин 250 000 4 раза в день, эритромицин 250 000 4 раза в день), витамины группы В, С, А.

Наружно – чистый ихтиол, кожу вокруг очага поражения протирают 2% салициловым спиртом, спиртовой настойкой календулы.

Показаны сухое тепло, УВЧ, УФО, УЗ.

Тема №2 «Пиодермии»

Лечение гидраденита

При признаках расплавления инфильтрата возможно хирургическое лечение – вскрытие абсцесса, повязки с протеолитическими ферментами (трипсин, химопсин).

При рецидивирующем течении показаны специфическая иммунотерапия (стафилококковые иммуноглобулин, анатоксин, антифагин, антистафилококковая гипериммунная плазма), иммунокорректоры (тактивин и др.), иногда с хирургическим иссечением пораженной ткани.

Профилактика заключается в соблюдении правил личной гигиены, особенно при бритье подмышечных впадин

Тема №2 «Пиодермии»

Пузырчатка

Пузырчатка эпидемическая новорожденных (син. пемфигоид пиококковый) – контагиозная поверхностная стафилодермия, развивающаяся обычно на 3–5-й день жизни новорожденного.



Тема №2 «Пиодермии»

Пузырчатка

Стафилококковая инфекция проникает чаще через пупочную ранку, развивается омфалит и в дальнейшем наступает генерализация инфекции.

Заболевание характеризуется появлением на коже пузырей различных размеров (от 0,5 до 1,5 см) с вялой тонкой крышкой и воспалительным венчиком по периферии, сопровождающихся повышением температуры тела до 38°C, нарушением общего состояния ребенка (плаксивость, отказ от пищи, рвота, диспепсические явления), изменениями крови (лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, увеличение СОЭ).

Тема №2 «Пиодермии»

Пузырчатка

Высыпания локализуются в основном на коже туловища (больше на спине), волосистой части головы, в кожных складках (ладони и подошвы не поражаются); вскрываясь, пузыри обнажают эрозивные поверхности, окруженные остатками их крышек.

Нередко развиваются осложнения в виде отита, пневмонии, возможен сепсис.

При благоприятном течении длительность заболевания составляет 2–4 недели.

Источником заражения могут быть медперсонал, роженицы.

Лечение пузырчатки новорожденных

Изоляция больных.

Антибиотикотерапия: пеницилиназорезистентные пенициллины (так как токсикопродуцирующие стафилококки обычно продуцируют пенициллиназу и не чувствительны к обычному пенициллину), кефзол, цепорин.

Показаны также антистафилококковый гамма-глобулин, альбумины, гемодез, полиглюкин.

Внутрь назначают лактобактерин, бифидумбактерин, витамины А, С, группы В.

Местно: анилиновые красители (водные растворы), присыпки ксероформом.

Импетиго – контагиозное заболевание кожи, вызываемое стрептококками и стафилококками, характеризующееся образованием фликтен-нефолликулярных пустул типа плоских пузырей с дряблой крышкой и воспалительным венчиком.



Тема №2 «Пиодермии»

Импетиго

Развитию импетиго способствуют микротравмы, несоблюдение гигиены кожи, ослабление иммунитета; импетиго может осложнить различные дерматозы (экзема, дерматит, чесотка), сопровождающиеся зудом, особенно у детей.

Различают:

стрептококковое (вульгарное) импетиго
стрепто-стафилококковое импетиго.

Стрептококковое импетиго чаще встречается у детей и молодых женщин, характеризуется появлением дряблых, легко вскрывающихся фликтен с тонкой покрывкой и мутноватым содержимым, диаметром от 2 до 10 мм. На месте вскрывшихся фликтен видны сочные ярко-розовые эрозии, отделяемое фликтен может ссыхаться в светло-желтые тонкие корочки, отпадающие через 3–7 дней, после чего остается свежий заэпителизированный розовый участок кожи или очаг временной депигментации.

Тема №2 «Пиодермии»

Импетиго

Стрептококковое импетиго чаще встречается у детей и молодых женщин, характеризуется появлением дряблых, легко вскрывающихся фликтен с тонкой покрывкой и мутноватым содержимым, диаметром от 2 до 10 мм. На месте вскрывшихся фликтен видны сочные ярко-розовые эрозии, отделяемое фликтен может ссыхаться в светло-желтые тонкие корочки, отпадающие через 3–7 дней, после чего остается свежий заэпителизированный розовый участок кожи или очаг временной депигментации.

Тема №2 «Пиодермии»

Импетиго

К разновидностям стрептококкового импетиго относят щелевидное импетиго, локализующееся в кожных складках: за ушными раковинами, вокруг носа, в углах рта – стрептококковая заеда; буллезное импетиго, отличающееся большими размерами пузыря, кольцевидное импетиго – образующееся при выраженном центробежном росте очага, когда в центре кожа уже эпителизируется, а вокруг сохраняются фликтены; сифилоподобное импетиго, локализующееся в области гениталий, ягодиц и напоминающее сифилитические папулы, а также поверхностный панариций – импетиго задних валиков ногтей.

Стрепто-стафилококковое импетиго

отличается гнойным желтоватым густым содержимым фликтен, склонным ссыхаться в толстые желтовато-зеленые корки, под которыми выявляется влажная эрозивная поверхность. Вульгарное импетиго отличается особой контагиозностью и склонностью к быстрому распространению. Основная локализация импетиго – кожа лица, открытые участки конечностей. В тяжелых случаях у детей возможно осложнение в виде острого нефрита.

Тема №2 «Пиодермии»

Лечение импетиго

Необходимо исключить мытье пораженной кожи, кожу других участков можно мыть с антимикробными мылами «Сэйфгард», «Бетадин» и др.

Кожу вокруг очагов протирают 2% салициловым спиртом, настойкой календулы (1 столовая ложка на 1 стакан кипяченной воды), фликтены, корки пропитывают 2% спиртовым, а эрозии – водным раствором анилиновых красителей (бриллиантового зеленого, генцианвиолета, фуксина), крепким раствором перманганата калия, используют также линкомициновую, неомициновую, гелиомициновую мази и пасты или

Тема №2 «Пиодермии»

Лечение импетиго

В случае упорного течения и значительного распространения назначают антибиотики внутрь (линкомицин, цефалексин, азитромицин). Назначение пенициллина не оправдано при наличии микстинфекции (стрептококки и стафилококки), эритромицин также не всегда гарантирует успех в таких случаях. Показано УФ-облучение. Необходимо исключить контакт заболевших детей со здоровыми.

В целях профилактики импетиго порезы, ссадины целесообразно обрабатывать дезинфицирующими средствами: анилиновыми красителями, бактробаном.

Эктима – глубокое стрептококковое поражение кожи, которое в развитом виде представляет собой язвенный дефект с крутовозвышающимися краями, гнойным мягким дном и валом воспалительного болезненного инфильтрата.



Кожа над очагом ярко гиперемирована, величина его достигает нескольких сантиметров, границы нечеткие (вульгарная эктима). Язва нередко покрыта плотной гнойной коркой из сохшегося гнойного экссудата. Иногда эта корка особенно сильно выражена (устрицеобразная), резко приподнимается над окружающей кожей (рупия). Глубина эктимы может быть различной; известны случаи проникающих эктим, разрушающих мягкие ткани до костей (прободающая эктима).

Наиболее частая локализация эктим – кожа голеней, обычно элементы эктимы единичны (описано не более 10 элементов). Реже эктимы локализуются на ягодицах, бедрах, туловище. В развитии некротической (гангренозной) эктимы участвуют иммунокомплексные реакции, развивающиеся на инфекционные антигены и поражающие сосуды дермы, что становится одним из ведущих компонентов патогенеза, в связи с чем некоторые ее относят к ангиитам кожи. Вульгарная эктима в течение 2–4 недель подвергается рубцеванию. Течение гангренозной эктимы более длительное.

Тема №2 «Пиодермии»

Лечение эктимы

Антибиотики (линкомиин, диклоксациллин, цефалексин и др.), при гангренозной форме присоединяют кортикостероиды 30–50 мг/сут, ангиопротекторы.

Наружно: на язву трипсин, химопсин (для очищения от гноя), затем солкосерил в смеси с антибиотиками, на окружающий инфильтрат 20% ихтиоловая мазь, ихтиоло-камфорная мазь, винилин и др.

Показана физиотерапия: УВЧ, УФО, лазеротерапия.

Целлюлит – глубокое воспалительное поражение кожи и подкожной клетчатки, характеризующееся эритемой, отеком тканей и болью. Целлюлит обычно вызывается стрептококками группы А и присоединившимся золотистым стафилококком.

Целлюлит развивается вокруг раневых поверхностей, язв или на непораженной коже (**рожа**). Рецидивирующее течение целлюлита нередко обусловлено нарушениями венозной и лимфатической системы. Нередко травматические или хирургические вмешательства в лимфатическую систему обуславливают первые проявления целлюлита.

Рожа – острая воспалительная форма целлюлита, отличающаяся от других форм целлюлита вовлечением лимфатической ткани, в которой размножается возбудитель, а также более поверхностным характером процесса и более ясной демаркацией краевой зоны от непораж



Наиболее часто она поражает нижние конечности, лицо и ушные раковины.

Ряд заболеваний у взрослых могут способствовать развитию целлюлита (сахарный диабет, злокачественные болезни крови, иммунодефицитные состояния и др.).

Целлюлиту нижних конечностей способствуют гипостатические процессы, а также микозы стоп, так как нарушается барьерная функция кожи и через поврежденную микозом кожу легче проникает пиококковая флора. Нередки случаи развития целлюлита после венэктомии. Целлюлит конечностей чаще вызывается бета-гемолитическим стрептококком

Клиническая картина характеризуется разлитой островоспалительной эритемой, плотной, горячей и болезненной при пальпации, края которой размыты, размеры ее могут быть разными: малыми (локализованными) – целлюлит пальца и обширными, захватывающими все плечо или ягодицу – целлюлит послеинъекционный. Участки поражения растут быстро, становясь бляшкоподобными, отечными, сопровождаясь лихорадкой. На их поверхности могут образоваться пузыри или фликтены. Менее остро и более медленно развивается целлюлит вокруг язв, обычно без лихорадочного компонента.

Тема №2 «Пиодермии»

Лечение рожи

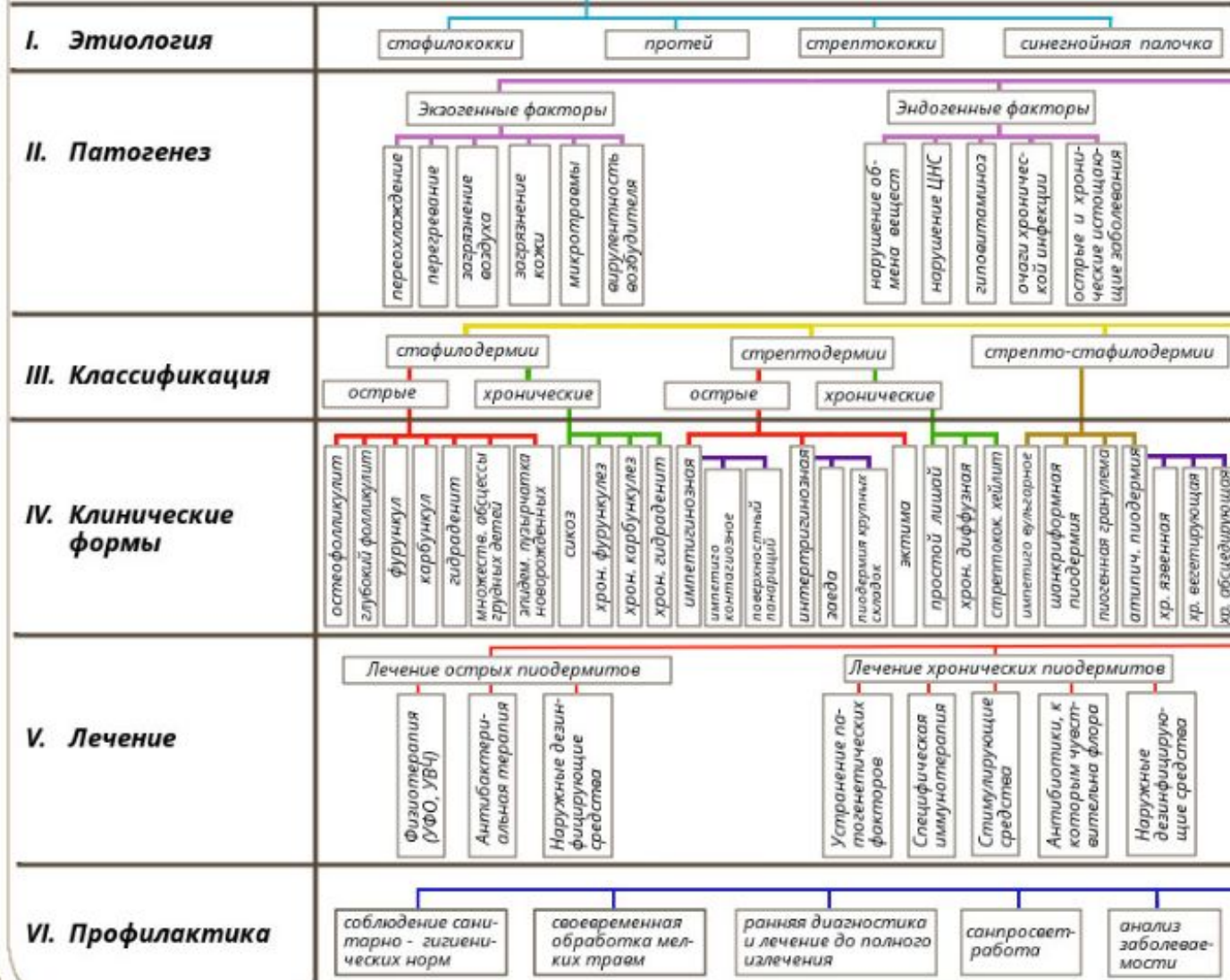
При роже больных госпитализируют, изолируют и назначают антибиотикотерапию. **Антибиотики:** (диклоксациллин 500–1000 мг внутрь каждые 6 ч, цефалоспорины или эритромицин 250–500 мг внутрь каждые 6 ч). При комбинации с грамотрицательной инфекцией используют аминогликозиды (гентамицин и др.). У детей при часто выявляемой *H. influenzae*, используют ампициллин и хлорамфеникол в/в, а также цефалоспорины 2-й и 3-й генераций (цефуроксим, цефтриаксон и др.).

При отсутствии перечисленных антибиотиков назначают пенициллин 3 000 000 ЕД/сут в течение 7–10 дней. ампициллин 2–3 г/сут (при рецидивирующей роже – эритромицин, линкомицин и др.), **дезинтоксицирующие** средства (трисоль, гемодез, реополиглюкин и др.), аскорутин, препараты кальция (при отсутствии склонности к тромбозам), витамины А, группы В, никотиновую кислоту, поливитамины, иммуномодуляторы (при рецидивирующей форме); **наружно:** сухое тепло, УФО, УВЧ, при буллезной форме – на эрозии полимиксиновую, тетрациклиновую, метилурациловую мази и др.

Профилактика целлюлита заключается в соблюдении личной

Тема №2 «Пиодермии»

Граф логической структуры



ФАКТОРЫ РИСКА

- Экзогенные**
 - Микротравмы
 - Мацерация эпидермиса
 - Загрязнение кожи
 - Повышенное потоотделение
 - Смещение pH в щелочную сторону
 - Переохлаждение, перегревание
- Эндогенные**
 - Эндокринопатии (сахарный диабет)
- Нарушение иммунитета
- Гипогаммаглобулинемия
- Недостаточное поступление белков
- Тяжелые соматические заболевания
- Переутомление
- Гиповитаминоз
- Хронические интоксикации
- Персистирующие очаги стафилококковой инфекции

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ И СИМПТОМЫ

- Стафилодермии**
 - **Остиофолликулит** (импетиго Бокхарта): пустула, пронизанная волосом, в области бороды и усов, на лице, груди, конечностях
 - **Фолликулит**: пустулы на тыле кистей и предплечий, бедрах
 - **Сикоз вульгарный**: рецидивирующий фолликулит в области бороды и усов
 - **Эпидемическая пузырчатка новорожденных**:
 - диссеминированные пузырьные высыпания
 - повышение температуры
 - ладони и подошвы интактны
 - **Фурункул**:
 - гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула
 - «некротический стержень»
 - при слиянии образуется карбункул
 - после вскрытия — язва
 - **Гидраденит**: гнойное воспаление апокриновых желез
- Стрептодермии**
 - **Импетиго стрептококковое (фликтена)**: поверхностные плоские пустулы
 - **Буллезное импетиго**: пузырьные высыпания с гнойным содержимым на эритематозном фоне
 - **Околоногтевой панариций**: фликтена вокруг ногтевой пластинки
 - **Заеда**: фликтены в углах рта
 - **Простой лишай**: белесовато-эритематозные пятна с чешуйками
- **Экзима вульгарная**:
 - образование глубокой язвы
 - фактор риска — иммунодефицит
- Стрептостафилодермии**
 - **Стрептостафилококковое импетиго (стрептодермия язвенная)**:
 - диссеминированные фликтены на эритематозном фоне
 - осложняет зудящие кожные заболевания
 - **Хроническая язвенная вегетирующая пиодермия**:
 - язвенные образования неправильной формы
 - тяжелый вариант — гангренозная пиодермия
 - **Гангрена полового члена и мошонки (молниеносная гангрена Фурнье)**:
 - отек полового члена и мошонки
 - затем очаги поверхностного некроза
 - повышение температуры тела
 - высокая смертность
 - **Угри молниеносные**:
 - диссеминированные пустулезные высыпания
 - отсутствуют комедоны и высыпания в области лица
 - **Шанкриформная пиодермия**: язва, напоминающая твердый шанкр
 - **Вегетирующий пиостоматит**:
 - вегетации
 - везикулы
 - пустулы на воспаленной слизистой оболочке полости рта

Окончание схемы поэтапного ведения пациентов



Тема №2 «Пиодермии»

Домашнее задание

- 1 Учебник Б.И. Зудина, стр. 7-29
- 2 Внеаудиторная работа – составление памятки для пациентов с пиодермиями (список).
- 3 Внеаудиторная работа – составление таблицы «Пиодермии» (список).

Сестринский уход в кожных и венерических болезнях

Задание для внеаудиторной работы

«Стафило- и стрептодермии»

Глубина поражения	Поверхностные	Глубокие
Клинические формы	Остиофолликулит	
Излюбленная локализация	Лицо, конечности, шея, волосистая часть головы	
Клинические симптомы	Пустула, пронизанная волосом	
Течение процесса	Острое	
Субъективные ощущения	Небольшая болезненность	
Дифференциальный диагноз	Везикуллопустулез	
Общая терапия	Не требуется	
Наружное лечение	Вскрытие пустул, обработка спиртовыми анилиновыми красителями	
Особенности ухода, режима, питания	Не мыть кожу	

Спасибо за
внимание!