

# ПИОДЕРМИИ

---

- 
- Пиодермии объединяют в себе гнойно-воспалительные кожные болезни, причиной которых является гноеродная микрофлора – пиококки, стафилококки и стрептококки. Примерно треть всех кожных заболеваний составляют различные пиодермии; первичные пиодермии возникают при поражении здоровой кожи, а вторичные являются осложнением заболеваний, при которых возможны повреждения кожи из-за зуда. Пиодермиями осложняется чесотка, экзема, а так же сахарный диабет и хроническая почечная недостаточность.

- 
- При неосложненных пиодермиях поражения кожи неглубокие и после выздоровления кожный покров полностью восстанавливается; если пиодермии принимают хроническое или затяжное течение, в процесс вовлекаются глубокие слои кожи, то остаются рубцы и пигментные пятна.

# КЛАССИФИКАЦИЯ:

---

□ ПО ЭТИОЛОГИИ:

- стафилококковые;
- стрептококковые;
- смешанные.

---

□ по распространенности:

□ локализованные;

□ распространенные.

□ по течению:

□ острые (до 2 месяцев);

□ хронические.

- 
- по глубине поражения:
  - поверхностные - эпидермис и верхние слои дермы;
  - глубокие - все слои.

# ПРИЧИНЫ ПИОДЕРМИЙ

---

- На коже человека постоянно присутствует большое количество микроорганизмов, какие-то из них являются нормальной микрофлорой кожи, какие-то сапрофитной и транзиторной микрофлорой, которая при снижении защитных функций кожи способна вызывать пиодермии. В результате жизнедеятельности микроорганизмы выделяют ферменты, эндо- и экзотоксины, что и вызывает местную реакцию в виде пиодермий.

- 
- В патогенезе пиодермий важное место занимают условия труда и особенности кожи человека, возраст и состояние иммунной системы; снижение иммунологической реактивности человека и несоблюдение личной гигиены увеличивает вероятность возникновения пиодермий.

- 
- Микротравмы, стрессовые ситуации, перегревание или переохлаждения являются факторами, которые снижают защитные функции кожи и повышают вероятность пиодермий; в группу риска попадают люди, страдающие сахарным диабетом, патологиями пищеварительной системы, нарушениями функции кроветворения и витаминного баланса, ожирение и истощение также угнетают местный иммунитет.

# СИМПТОМЫ СТРЕПТОДЕРМИИ

---

- Самым распространенным проявлением стрептодермии является **импетиго**. При этом чаще всего поражается тонкая и нежная кожа лица. При этом чаще всего поражается тонкая и нежная кожа лица (около носа и рта ) или кожа других открытых участков тела (КИСТИ, стопы, голени) у детей и женщин. Импетиго характеризуется внезапным началом.

- 
- На покрасневшем фоне кожи появляется пузырь, размером с горошину, заполненный мутным желтоватым содержимым. Этот пузырь очень быстро увеличивается в размерах, до 1-2 см, затем вскрывается, обнажая эрозивную поверхность с обрывками эпидермиса по периферии. Практически моментально происходит подсыхание этого элемента с образованием медово-желтых корок.

- 
- Метаморфоза этих элементов сопровождается нестерпимым зудом. Расчёсы способствуют быстрому инфицированию здоровых участков кожи и распространению процесса по периферии, где образуются подобные новые элементы сыпи. Таким образом образуются обширные очаги поражения.

# ЛЕЧЕНИЕ СТРЕПТОДЕРМИИ

---

- местное (антисептики, антибиотики, противовоспалительные препараты). Однако при хронической форме необходимо проводить комплексное лечение стрептодермии, включающее иммунотерапию, повышение неспецифической резистентности (витамины, физиотерапия, аутогемотерапия, фотомодификация крови и т.д.) и лечение сопутствующих заболеваний.





# СТАФИЛОДЕРМИИ

---

- Существует несколько разновидностей стафилодермий: остиофолликулит, сикоз, глубокий фолликулит, фурункул, карбункул, гидраденит.

- Патогенные стафилококки при всех этих видах располагаются в устье волосяных фолликулов, потовых и сальных желез. У детей стафилококковые пиодермиты имеют некоторые особенности, в частности у новорожденных детей и у детей грудного возраста. Это объясняется морфологической структурой кожи, которая имеет слабую базальную мембрану и сглаженность сосочков, а из-за этого связь эпидермиса с дермой непрочная, поэтому при внедрении патогенных стафилококков образуются нефолликулярные элементы типа пузырей. Кроме того, кожа детей имеет способность реагировать резкими воспалительными реакциями, которые могут приводить к генерализации высыпаний, т. е. стафилококковые пиодермиты у детей имеют тяжелое течение, особенно у новорожденных.

- 
- Такие особенности позволяют выделять отдельную группу стафилококковых пиодермитов новорожденных. К этой группе относятся: везикулопустулез, множественные абсцессы кожи или ложный фурункулез, эпидемическая пузырьчатка новорожденных и эксфолиативный дерматит Риттера.

# ОСТИОФОЛЛИКУЛИТ, ИЛИ СТАФИЛОКОККОВОЕ ИМПЕТИГО

- Элементом этой формы является фолликулярная пустула (гнойный пузырек) величиной с просяное зерно (может быть крупнее). Она расположена в центре волосяного фолликула и окружена узким красным островоспалительным венчиком. Расположение остиофолликулитов может быть и ограниченным, и рассеянным. Остиофолликулит имеет и другое название – стафилококковое импетиго, означающее в переводе с латинского «внезапно возникающий». Заболевание начинается с появления покраснения и небольшой болезненности вокруг устья фолликула или сальной железы. Вскоре образуется полушаровидное или конусообразное припухание с гнойничком в центре с крышкой желтоватого цвета, под которой имеется скопление гноя. Пустула через несколько дней подсыхает с образованием корочки, воспаление завершается, не оставляя никаких следов

- 
- Остиофолликулиты чаще всего располагаются на коже лица, шеи, предплечий, голеней, бедер. Их развитию способствуют следующие факторы: механическое раздражение, постоянный контакт кожи с раздражающими химическими веществами. Этот фактор обычно имеет профессиональный характер. Остиофолликулиты у детей наблюдаются обычно в старшем возрасте, возникают вследствие повышенной потливости, охлаждения или перегревания, плохого ухода за кожей.

# ГЛУБОКИЙ ФОЛЛИКУЛИТ

- При этой форме стафилодермии воспаляется большая часть или даже весь фолликул (волосяная луковица), так как стафилококки проникают в фолликул глубже, чем при остиофолликулите. Заболевание начинается с появления на коже узелков красного цвета, болезненных при дотрагивании, из которых позднее формируются пустулы, пронизанные волосом. В течение нескольких дней происходит или дальнейшее нагноение, вплоть до некроза соединительной ткани, или угасание воспалительного процесса с образованием корочки. На месте глубокого фолликулита при неосложненном течении через несколько дней остаются точечные рубчики. Расположение глубоких фолликулитов возможно в любом месте, но все же чаще всего они встречаются на волосистой части головы и задней поверхности шеи.

# СИКОЗ

---

- Стафилококковый, или вульгарный, сикоз является хроническим рецидивирующим пиодермитом, который возникает в основном у мужчин. При этом заболевании обычно остиофолликулиты и фолликулиты располагаются на крыльях носа, в области бровей, подмышечных впадин, по краю век, на лобке. Единичные остиофолликулиты сначала появляются на небольших участках кожи, но со временем они распространяются дальше. Вокруг них появляется воспалительный инфильтрат, из-за чего происходит уплотнение патологического участка, он становится болезненным, синюшно-красного цвета. При расширении очага поражения в нем находится большое количество остиофолликулитов, поэтому образуется целый конгломерат пустул.

- 
- Когда пустулы вскрываются, гной ссыхается и образуются грязно-желтые корочки, которые склеиваются с волосами. Удаленный из очага поражения волос в своей корневой части имеет желатиноподобную муфту, которая представляет собой эпителиальное влагалище волоса, пропитанное гноем. Существование вульгарного сикоза длительное, в течение нескольких лет, с периодическими обострениями. Нередко в области сикоза отмечается покалывание, легкий зуд или жжение.

# ФУРУНКУЛ, ИЛИ ЧИРЕЙ. ФУРУНКУЛЕЗ

- Фурункулом называется острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула и окружающей его соединительной ткани, вызванное патогенными стафилококками. Это одно из наиболее часто встречающихся гнойничковых заболеваний кожи.

- 
- На возникновение фурункула и фурункулеза оказывают влияние разные факторы. Это и патогенность, и вирулентность (вредоносные свойства) возбудителя, и предрасполагающие факторы экзогенного (внешнего) и эндогенного (внутреннего) характера. Экзогенными факторами являются небольшие травматические повреждения кожи, которые создают входные ворота для инфекции, расчесы ногтями, трение неудобной одежды.

- Из эндогенных факторов большое значение имеют: болезни обмена веществ и эндокринные патологии (сахарный диабет, ожирение), анемии, заболевания желудочно-кишечного тракта, гиповитаминозы, болезни нервной и эндокринной систем, постоянное переохлаждение или перегревание, которые приводят к снижению иммунологической реактивности организма, алкоголизм. Чаще фурункулы наблюдаются весной и осенью. Мужчины болеют чаще, чем женщины. У детей заболевание бывает редко. Различают одиночный фурункул, повторно возникающие одиночные фурункулы, причем имеют место рецидивы через короткие промежутки времени (через несколько дней или недель) и фурункулез, когда фурункулы возникают друг за другом без промежутков времени.

# КЛИНИКА И ТЕЧЕНИЕ.

---

- I – стадия развития инфильтрата (уплотнения).
- II – стадия нагноения и некроза.
- III – стадия заживления.

- 
- Начинается заболевание с появления волосяного фолликула твердого инфильтрата ярко-красного цвета, границы его нечеткие. Отмечается покалывание или болезненность. Со временем инфильтрат расширяется и становится похожим на плотную опухоль, отмечается нарастание и отекание окружающих тканей.

- II стадия наступает через 3–4 дня. В эту стадию фурункул увеличивается в диаметре до 3 см, и в его центре формируется гнойно-некротический стержень, на поверхности которого имеется пустула. Форма фурункула становится конусообразной, опухоль покрыта лоснящейся, гладкой кожей синего цвета. Боли становятся резкими, может повыситься температура до 38 °С, появляются головные боли, недомогание, слабость, т. е. симптомы интоксикации. Пустула в дальнейшем вскрывается самопроизвольно или искусственно, содержимое фурункула выделяется наружу. Сначала выделяется гной, иногда с примесью крови, а затем желто-зеленый некротический стержень. С момента извлечения стержня все симптомы исчезают, а оставшийся после отторжения стержня кратер заполняется грануляциями, и в течение 2–3 дней происходит рубцевание. Сначала рубец имеет сине-красный цвет, но со временем белеет и становится малозаметным.

- 
- Весь цикл развития фурункула занимает 8–10 дней при неосложненном течении. Процесс может носить стертый характер. В этом случае образуется только болезненный инфильтрат без нагноения и некроза. У некоторых больных фурункул может абсцедироваться, т. е. обычный фурункул становится абсцедирующим или флегмонозным. Обычно он встречается у ослабленных больных, имеющих какие-то истощающие заболевания.

- Локализация фурункула может быть различной. Не бывает их только на ладонях и подошвах, т. е. там, где нет волосяных фолликулов. Наиболее частое расположение одиночных фолликулов отмечается на затылке, животе, ягодицах, предплечьях, пояснице, нижних конечностях. Особая болезненность наблюдается при фурункуле наружного слухового прохода, а фурункул в области верхней губы отличается опасностью в плане возможности возникновения тромбоза лимфатических и венозных сосудов мозговых оболочек и общего сепсиса. Может быть острым стволовой лимфангит и лимфаденит в случаях локализации фурункула на шее, груди, бедре, а также вблизи лимфатических узлов.

- 
- Таким образом, это заболевание считается достаточно серьезным. Течение фурункула может осложняться в случаях расположения его на коже лица, особенно в области носогубного треугольника, на коже и слизистой оболочке носа, при попытках выдавливания, при травмировании (при бритье) и неправильном лечении.

# КАРБУНКУЛ

---

- Карбункул – это распространенное гнойно-некротическое воспаление глубоких слоев кожи и подкожного слоя с одновременным поражением сразу нескольких волосяных фолликулов, расположенных рядом друг с другом. По сравнению с фурункулом, гнойно-некротический инфильтрат при карбункуле располагается на более обширной территории кожи и захватывает глубокие ее слои

- 
- ▣ *Механизм развития.* Как правило, к заболеванию карбункулом предрасполагают общие тяжелые состояния организма, гипотрофия, вызванная хроническим недоеданием, сахарный диабет.

□ *Клиника и течение.* Начинает развиваться карбункул с появления нескольких узелков плотной консистенции, расположенных отдельно друг от друга. Далее эти узелки образуют один обширный инфильтрат, который склонен к увеличению. Он приобретает полушаровидную форму, нарастает напряжение кожи, цвет ее становится синюшным, отмечается выраженная болезненность. Все эти симптомы составляют первую стадию развития инфильтрата, которая длится 8–12 дней.

- В конце этой стадии в инфильтрате образуются несколько пустул, которые вскрываются с образованием сразу нескольких отверстий, из которых выделяется гной с некротическими массами зеленого цвета и примесью крови. В результате отторжения большого количества расплавленных тканей образуется глубокая язва, которая иногда достигает мышцы. Это вторая стадия, которая называется стадией нагноения и некроза. Ее длительность составляет 14–20 дней. В последующем язва заполняется грануляциями с образованием глубокого грубого рубца, который спаян с нижними тканями.

- Такие же большие рубцы формируются и после хирургических операций, проведенных по поводу карбункула. Карбункулы чаще одиночны. Характерны общие симптомы, которые сопровождают карбункул. Это высокая температура, озноб, недомогание. В области патологического очага больные ощущают рвущие и дергающие мучительные боли. Особенно опасными карбункулы являются в пожилом возрасте, у больных, страдающих сахарным диабетом, при истощении. В этих случаях течение заболевания приобретает злокачественный характер

- 
- При расплавлении крупного сосуда открывается профузное кровотечение, которое приводит к летальному исходу. Тот же исход может быть при развитии сепсиса и тяжелых менингеальных осложнений (в случаях расположения карбункула в области носа и носогубного треугольника).

# ГИДРАДЕНИТ

---

- Гидраденитом называется гнойное воспаление потовых желез. Обычно гидраденит возникает в подмышечных впадинах, чаще с одной стороны. Также типичной для этого заболевания локализацией являются паховые складки, реже – околосососковая область, около мошонки, ануса (заднего прохода), больших половых губ.

- *Причина заболевания.* Заболевание вызывается в основном золотистым стафилококком, который проникает в выводной проток потовых желез через устье волосяного фолликула.
- *Механизм развития.* На развитие заболевания оказывают влияние достаточно много факторов, главным из которых является снижение сопротивляемости организма, повышенное потоотделение, щелочная реакция пота, травмирование при бритье, расчески, несоблюдение гигиены, эндокринные заболевания, такие как: сахарный диабет, нарушение функций половых желез. Женщины болеют чаще. У пожилых людей заболевание практически не встречается, так как с возрастом происходит угасание функции потовых желез.

## КЛИНИКА И ТЕЧЕНИЕ.

- Начинается заболевание с возникновения в толще кожи плотных узлов небольшого размера, слегка болезненных при ощупывании. Далее происходит быстрое увеличение узлов в размерах, спаивание их с кожей, выбухание в виде сосков, в результате чего они приобретают вид «сучьего вымени». При этом усиливается болезненность, кожа над узлами приобретает синюшный цвет, появляется отечность близлежащих тканей. Часто происходит слияние одиночных узлов, их размягчение вследствие образования в них гноя, который выделяется при самопроизвольном вскрытии очага.

- При гидрадените некротический стержень не образуется. В более сложных случаях может образоваться очень плотный инфильтрат по типу флегмоны. Гидраденит обычно сопровождается общими симптомами в виде недомогания, температурной реакции, резких болей в области поражения. Улучшение общего состояния и местных явлений происходит после вскрытия очага с истечением гноя. На месте гидраденита через несколько дней образуется язва с последующим ее рубцеванием. Инфильтрат рассасывается более длительно.

- 
- Нередко процесс протекает достаточно длительно из-за рецидивов болезни. Это чаще всего бывает у больных с избыточным весом, страдающих сахарным диабетом, повышенной потливостью, у неопрятных людей.











# ОБСЛЕДОВАНИЕ

---

- Общий анализ крови
- Общий анализ мочи
- Бихим. Анализ крови
- Иммунный статус - по необходимости
- Микробиолог. Выделение и идентификация микробной флоры с определением чувствительности к а-б.

- 
- При поверхностных формах пиодермий назначают анилиновые красители, топические антисептики и антимикробные препараты
  - Антибактериальные средства системного действия назначают внутрь при распространенных, глубоких, хронических, рецидивирующих пиодермиях, нарушениях общего состояния, наличие лимфангита, лимфаденита, локализации глубоких пиодермий на лице.

- 
- Амоксициллина тригидрат 250 мг; 500мг-детям до 2-х лет – по 20 мг-кг массы тела в сутки, от 2- 5 лет- по 125 мг 3 раза в сут. От 5-10 лет по 250 мг 3 раза в сут. Старше 10 лет и больше по 500мг 3 раза в сут. Курс 7-10 дней.
  - Цефалексин 250мг; 500мг, детям весом менее 40 кг по 25-50 мг-кг-сут. Взрослым по 250-500мг 4 раза в сутки. Курс 7-14 дней.
  - Цефазолин 500мг; 1г. Детям по 20-40мг-кг-сут. Взрослым 1 г. 2-4 раза в сут. Курс 7-10 дней.

- 
- Азитромицин 125мг ( 5мл); 250мг; 500мг. Детям 10мг-кг массы тела-1 раз в сутки-3 дня. Взрослым -1г. 1-й день, со 2-го дня по 5-й день по 500мг в сутки.
  - Так же можно использовать ципрофлоксацин, офлоксацин, доксциклин, цефтриаксон.

# ПРОФИЛАКТИКА

---

- Соблюдение правил личной гигиены Соблюдение правил личной гигиены, витаминопрофилактики, режима, принятие солнечных ванн.