

Пиодермии

Пиодермии составляют 30-40% от всех кожных болезней. Клинически характеризуются нагноением кожи, обычно протекают остро, реже имеют хроническое течение и в зависимости от глубины поражения могут заканчиваться полным восстановлением кожного покрова или оставлять после себя рубцы.

Различают *пиодермии первичные*, возникающие на неизменённой коже, и *вторичные*, развивающиеся на фоне какого-либо заболевания кожи, чаще сопровождающегося зудом (чесотка, экзема,

**Стафилодермии,
в основном, вызываются
грамположительным золотистым
стафилококком (*Staphylococcus aureus*).**

**Обитая
преимущественно в устьях волосяных
фолликулов, стафилококки обуславливают
формирование фолликулярных пустул,
которые, как правило, имеют коническую
форму.**

Стрептодермии,
в основном, вызываются
гемолитическим стрептококком и
характеризуются нефолликулярной
пустулой — фликтеной,
представляющей
собой плоский пузырь диаметром
0,5-0,8мм
с вялой крышкой, гнойным
содержимым
и воспалительным венчиком по
периферии.
При глубоких поражениях

**Во многих случаях наблюдается
совместное действие этих двух
возбудителей с формированием
смешанных
поражений (Стрептостафилодермии)**

Классификация наиболее часто встречающихся форм пиодермии.

Группы пиодермий	Формы пиодермии	
	Поверхностные	Глубокие
Стафилодермии	Остиофолликулит, <u>фолликулит</u> , <u>сикоз</u> стафилококковый (вульгарный)	<u>Глубокий фолликулит</u> , <u>фурункул</u> , <u>карбункул</u> , <u>гидраденит</u>
Стрептодермии	<u>Импетиго стрептококковое</u>	<u>Эктима вульгарная</u>
Смешанные (стрептостафилодермии)	<u>Импетиго вульгарное</u>	<u>Пиодермия язвенно-вегетирующая хроническая</u> . Шанкриформная пиодермия

Предрасполагающие факторы

**нарушение целостности эпителия (раны, царапины, микротравмы);
длительный прием или использование кортикостероидных
препаратов, цитостатиков;
вирулентность самих микроорганизмов;
повышение pH кожи;
гиповитаминоз;
сопутствующие болезни;
функциональные нарушения ЦНС;
сахарный диабет;
истощение;
иммунодефицит;
несоблюдение личной гигиены;
ожирение;
гормональный дисбаланс;
неблагоприятные условия труда;**

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 высыхает в корочки, которые отпадают, не оставляя следа.

Лечение остеофолликулитов
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.









Фолликулит поверхностный
отмечается лишь несколькими 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

Фолликулиты











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 лихорадка, изменения
крови
(лейкоцитоз, ускоренная СОЭ). Глубокие
фолликулиты могут явиться признаками
сахарного
диабета, иммунодефицитного состояния,
онемии

**Лечение глубоких фолликулитов
обычно**

**включает антибиотикотерапию (эритромицин,
диклоксациллин, цефалексин и др.),**

специфическую

(стафилококковые антифагин,

у-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.).**

Лечение:

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

При выраженном распространенном нагноительном процессе — антибиотики внутрь

(эритромицин, диклоксациллин, цефалексин)

в

течение 3 нед и более.

Запрещается бритье в зонах пораженных участков кожи

Вульгарный сикоз











Фурункул

—

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

Локализуется чаще на местах минимальной травмы в виде одиночного очага (реже нескольких).

Чаще локализуется на лице (носощечная зона), шее, плечах, бедрах или ягодицах.

Возможно хроническое рецидивирующее течение

процесса на протяжении нескольких месяцев или

лет, когда различные фурункулы находятся в разных стадиях развития и периодически появляются все новые элементы (фурункулез),

что во многом определяется ослаблением

иммунного . Нередко фурункулез осложняет различные

кожные заболевания (экзема, чесотка и др.).

Клиническая картина фурункула 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 недели. Общее состояние обычно не страдает при одиночных фурункулах; при множественных фурункулах и фурункулезе могут быть лихорадка, недомогание, головные боли, в крови — лейкоцитоз, ускоренная СОЭ. При локализации фурункулов на голове (особенно в зоне носа, щек) и шее возможно осложнение в виде менингита, тромбофлебита мозговых синусов, сепсиса.

При одиночном фурункуле возможна лишь местная терапия — чистый ихтиол, сухое тепло, УВЧ, на вскрывшийся фурункул — левомиколь, левосин, бактробан, томицид. Исключение представляет лишь зона опасной локализации фурункула (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 (клоксациллин по 500 мг 4 раза в сутки, рифампин 600 мг/сут один раз в течение 7—10 дней, клинамицин 150 мг/сут и др.).

При рецидивирующем хроническом течении процесса используют также специфическую (стафилококковые анатоксин, антифагин, вакцину) и неспецифическую иммунотерапию, витамины (А, С, группа В). Необходима санация очагов хронической инфекции, диета с ограничением углеводов. При плохом отторжении некротического стержня используют протеолитические ферменты (1% трипсин, химопсин и др.).

Фурункул









Карбункул

—

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

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 звездчатый рубец. Возможны осложнения: лимфангит, лимфаденит, менингит, сепсис.

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

Карбункул







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, то связано с основной локализацией апокриновых потовых желез, реже в области половых органов и заднего прохода

Клиническая картина.

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 нед, заканчиваясь рубцеванием. Часто возникают рецидивы. Общее состояние больного изменяется мало, возможно повышение температуры тела, слабость, в анализах крови — лейкоцитоз, ускоренная СОЭ. При сниженном иммунитете, гиповитаминозе процесс может принять хроническое рецидивирующее течение, образуя целые конгломераты воспалительных узлов в разных стадиях развития.

1. 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.

**2. При признаках расплавления
инфильтрата возможно
хирургическое
лечение — вскрытие абсцесса,
повязки с
протеолитическими
ферментами
(трипсин, химотрипсин).**

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

Гидраденит











Импетиго —

контагиозное заболевание кожи, вызываемое стрептококками и стафилококками, характеризующееся образованием фликтеннефолликулярных пустул типа плоских пузырей с дряблой крышкой и воспалительным венчиком.

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

Различают:

Стрептококковое импетиго.

**Стрепто-стафилококковое
(вульгарное)
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 эпителизированный розовый участок кожи или очаг временной депигментации .

Разновидности стрептококкового импетиго:

- щелевидное импетиго;
- стрептококковая заеда;
- буллезное импетиго ;
- сифилоподобное импетиго;
- импетиго валиков ногтей.

щелевидное импетиго

локализуется в

кожных складках, за ушными раковинами, вокруг носа;

стрептококковая заеда - в углах рта ;

буллезное импетиго отличается большими размерами пузыря ;

кольцевидное импетиго характеризуется периферическим ростом с формированием очага с разрешившимся центром и фликтенами по периферии;

сифилоподобное импетиго – локализуется в области ягодиц, гениталий и напоминает сифилитические папулы;

Поверхностный панариций или турниоль – поражение

Лечение:

1.

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, линкомициновую, неомициновую, гелиомициновую мази и пасты или смесь пасты с анилиновым красителем.

В случае упорного течения и значительного распространения назначают антибиотики внутрь (линкомицин, цефалексин, азитромицин).

2.

Показано УФ-облучение.

**Необходимо исключить контакт
заболевших детей со здоровыми.**

В целях

профилактики

импетиго порезы,

ссадины целесообразно обрабатывать

дезинфицирующими средствами:

анилиновыми красителями,

бактробаном.

Стрептококковое импетиго









Народная
Медицина
NarHealth.ru



Народная
Медицина
NarHealth.ru





Буллезное импетиго







Буллезное импетиго у детей



Щелевидное импетиго







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.

Эктима —

глубокое стрептококковое поражение
кожи, которое в развитом виде
представляет собой язвенный
дефект с
круто возвышающимися 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 гнояного 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). В этих случаях, как правило, выявляется микстинфекция, в которой, помимо стрептококков, участвуют (позднее присоединяющиеся) стафилококки

Локализация эктим:

кожа голеней,

ягодицы

бедрра

туловище.

Лечение:

антибиотики (линкомицин, 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.

Показаны УВЧ, УФО, лазеротерапия.

Экзема вульгарная









**Хроническая язвенно-
вегетирующая
пиодермия —
(смешанная стрепто-
стафилококковая
хроническая форма
глубокой пиодермии).**

Развитию заболевания способствуют тяжелые иммунодефицитные состояния, связанные с сопутствующими заболеваниями, интоксикации (язвенный колит, злокачественные опухоли внутренних органов, лимфомы, алкоголизм, наркомания), приводящие к дефициту Т- и В-клеточной системы иммунитета.

Поражения кожи носят упорный язвенный характер (чаще на нижних конечностях). Язвы имеют подрывтые неровные края , вяло гранулирующее, покрытое серозно-гнойным плотным налетом (язвенная форма) или обильными чрезмерно выступающими вегетациями (язвенно-вегетирующая форма) дно с неприятно пахнущим серозно-гнойным отделяемым. Кожа вокруг язвенных поверхностей воспалена, на ней можно видеть фолликулярные и нефолликулярные поверхностные пустулы, местами сливающиеся в сплошные поля поражения, покрывающиеся гнойными корками, из-под которых отделяется серозно-гнойный экссудат. Процесс расползается, захватывая все новые участки кожного покрова, сопровождаясь болезненностью, ограничениями движений в конечности. Такой процесс расценивается как ангиит кожи.

Лечение

проводят по принципам ангиита, назначая, помимо антибиотикотерапии кортикостероидные препараты, иммуномодуляторы, гипербарическую оксигенацию, на язвы — протеолитические ферменты, аргосульфан, ируксол, левомиколь, 5% дерматологовую мазь, гелий-неоновый лазер.

Глубокая язвенная хроническая пиодермия







Шанкриформная пиодермия —
форма хронической смешанной
язвенной
пиодермии, напоминающая
твердый
шанкр при сифилисе.

**Локализуется в области половых органов,
язвенный дефект при этом имеет округлую форму и уплотнение в основании. Однако в отличие от твердого шанкра плотный инфильтрат, лежащий в основании язвы, выходит за пределы язвенного дефекта. Отличить шанкриформную пиодермию от твердого шанкра помогают также**

Лечение
проводят (после исключения
сифилиса) местными средствами
— мази с
антибиотиками, анилиновые
красители,
при необходимости назначают
антибиотики внутрь.

Шанкриформная пиодермия

