Пиодермии

Пиодермии (pyon – гной + derma – кожа) – гнойничковые болезни кожи – группа острых и хронических, поверхностных и глубоких воспалительных процессов кожи, вызываемых гноеродными кокками (стрепто-, стафилококками)

Частота встречаемости пиодермий

- 30-40% всей кожной патологии у лиц трудоспособного возраста.
- У военнослужащих этот показатель достигает 60%.
- Частота пиодермий среди всей дерматологической патологии в детском возрасте составляет от 25% до 60%.

НОРМАЛЬНАЯ МИКРОФЛОРА КОЖИ

- Основным источником инфекций кожи и мягких тканей являются микроорганизмы, контаминирующие и колонизирующие ее поверхность.
- Микробиоценоз нормальной кожи представлен ***резидентной и транзиторной микрофлорой.***
- ***Резидентная микрофлора*** кожи является стабильной и препятствует размножению посторонних патогенных микроорганизмов и грибков.

- ***Транзиторная микрофлора*** присутствует на коже не постоянно и не образует колоний.
- Микроорганизмы, представляющие ***транзиторную микрофлору кожи***, могут стать причиной развития инфекционного процесса, наряду с патогенными микроорганизмами, а часто в ассоциации с ними.

Патогенез

Пиодермии могут возникать первично и вторично (как осложнение других заболеваний).

К развитию пиодермий предрасполагают следующие факторы:

- пониженное питание,
- гипо-, авитаминозы, диспротеинемии,
- нарушения обмена веществ,
- острые и хронические заболевания,
- физическое переутомление,
- нервно-психическое переутомление, вегетоневрозы,
- изменения реактивности организма,

- переохлаждения и перегревания организма,
- местные нарушения кровоснабжения и иннервации кожи,
- изменения pH кожи,
- микротравмы,
- чрезмерное загрязнение кожи,
- наличие заболеваний кожи,
- контакты с больными пиодермией (особенно важно в детском возрасте).

Источники инфекции:

- больные пиодермией,
- собственная микрофлора кожи,
- очаги хронической инфекции в организме.

Заражение может происходить 2-мя путями:
<u>экзогенный и эндогенный.</u>

* При **<u>экзогенном</u>** пути инфекционный агент попадает на кожу из окружающей среды.
* Входными воротами служат сально-волосяные фолликулы, протоки потовых желез, микротравмы эпидермиса.
* **<u>Эндогенно</u>**: гематогенное, лимфогенное распространение инфекции, аутоинокуляция.

Классификация

I. СТАФИЛОДЕРМИИ

Связанные с сально-волосяными фолликулами

1. **Остиофолликулит**: одиночный, множественный (стафилококковое импетиго)
2. **Вульгарный сикоз**
3. **Фолликулит:**
   - поверхностный
   - глубокий
4. **Фурункул**: одиночный, рецидивирующий, фурункулез
5. **Карбункул**

Связанные с потовыми железами

1. **Везикулопустулез** (стафилококковый перипорит)
2. **Псевдофурункулез Фингера** (множественные абсцессы грудных детей)
3. **Гидраденит**

Не связанные с придатками кожи

1. Буллезное импетиго новорожденных
2. Эпидемическая пузырчатка новорожденных
3. Эксфолиативный дерматит Риттера

II. СТРЕПТОДЕРМИИ

Поверхностные

1. Стрептококковое импетиго:
   - кольцевидное
   - буллезное
   - щелевидное
2. Белый лишай (простой лишай)
3. Поверхностный панариций (турниоль)
4. Стрептококковая опрелость
5. Сифилоподобное папулезное импетиго детей
6. Острая и хроническая диффузная поверхностная стрептодермия

Глубокие стрептодермии

1. Эктима:
   вульгарная
   проникающая
2. Рупия

III. СМЕШАННЫЕ СТРЕПТО-СТАФИЛОКОККОВЫЕ ПИОДЕРМИИ

1. Вульгарное импетиго (стрепто-стафилококковое импетиго)
2. Хроническая вегетирующая (язвенно-вегетирующая) пиодермия
3. Шанкриформная пиодермия
4. Пиогенная гранулема (ботриомикома)
5. Рожистое воспаление

Остиофолликулит

Остиофолликулит возникает под влиянием механических и химических раздражений.

В устье волосяного фолликула формируются пустулы, величиной от булавочной головки до просяного зерна, в центре пронизанной волосом и окаймленной венчиком гиперемии

Иногда пустула увеличивается до размеров крупной горошины (импетиго Бокхарта).

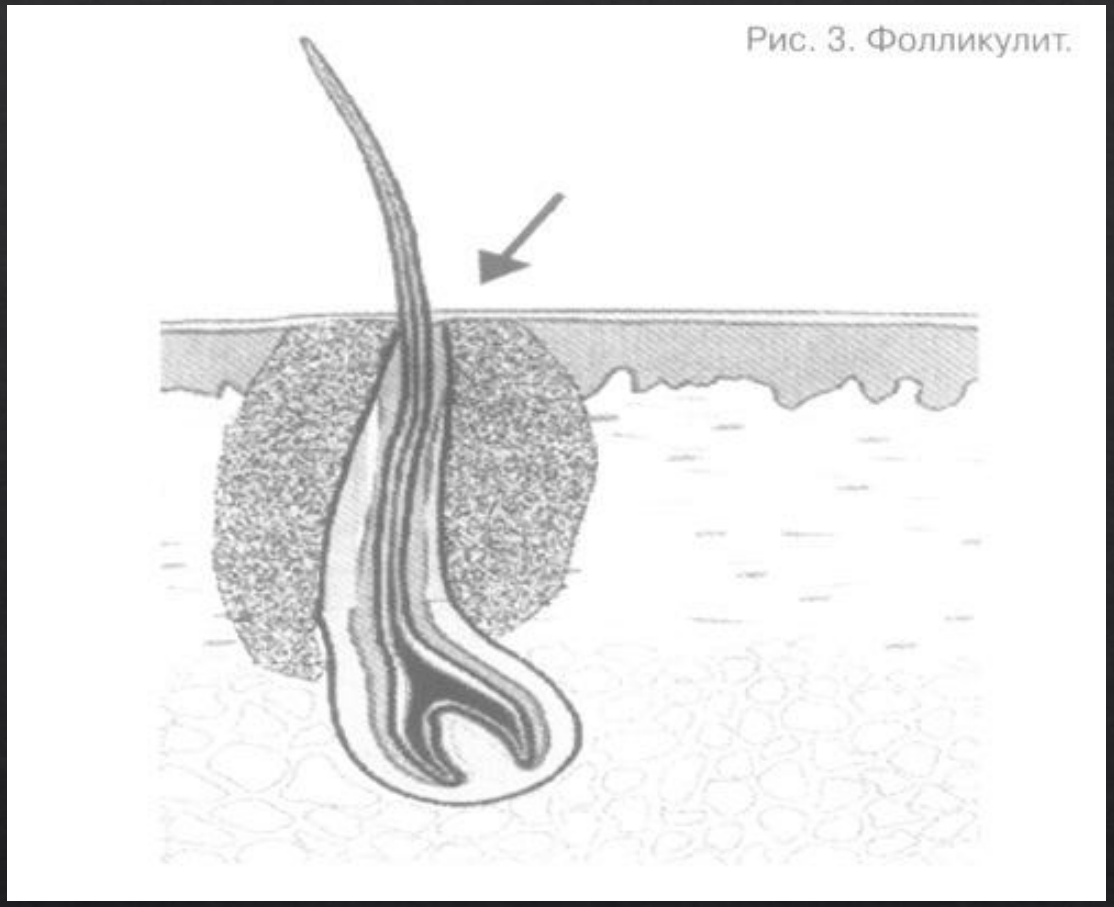


Рис. 3. Фолликулит.

Фолликулит отличается более глубоким расположением воспалительного процесса в волосяном фолликуле. Характеризуется высыпанием болезненных узелков розово-красного цвета величиной от горошины до лесного ореха. В центре узелка может наблюдаться пустула, пронизанная волосом.

Локализация разнообразная, но чаще всего наблюдается на коже задней поверхности шеи, предплечий, бедер и голеней.

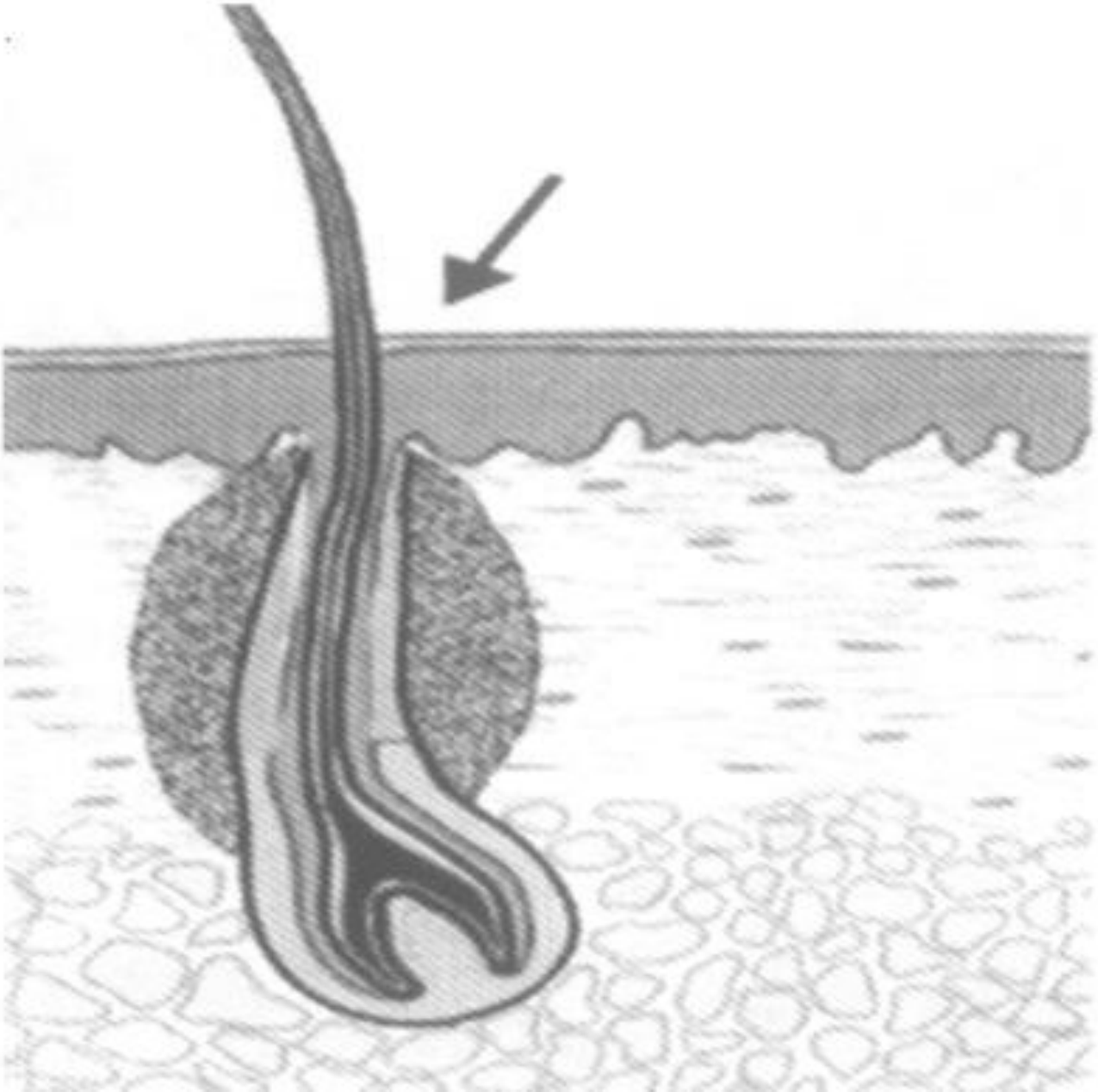
Угревая болезнь

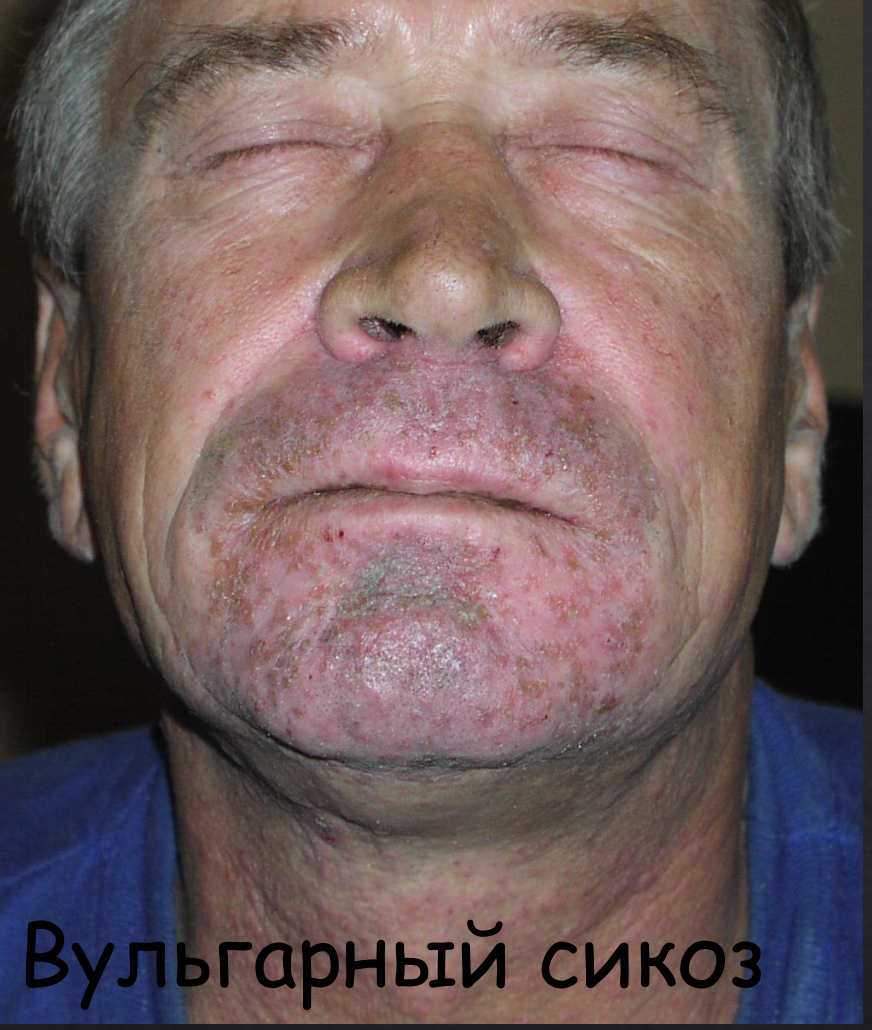
Фолликулиты (поверхностные и глубокие)

Сикоз –

хроническая беспрерывно рецидивирующая стафилодермия с характерной локализацией в области бороды и усов (реже бровей, лобка и волосистой части головы), сопровождающаяся постепенно нарастающей инфильтрацией и уплотнением кожи пораженных участков.

Рис. 4. Сикоз.





Вульгарный сикоз

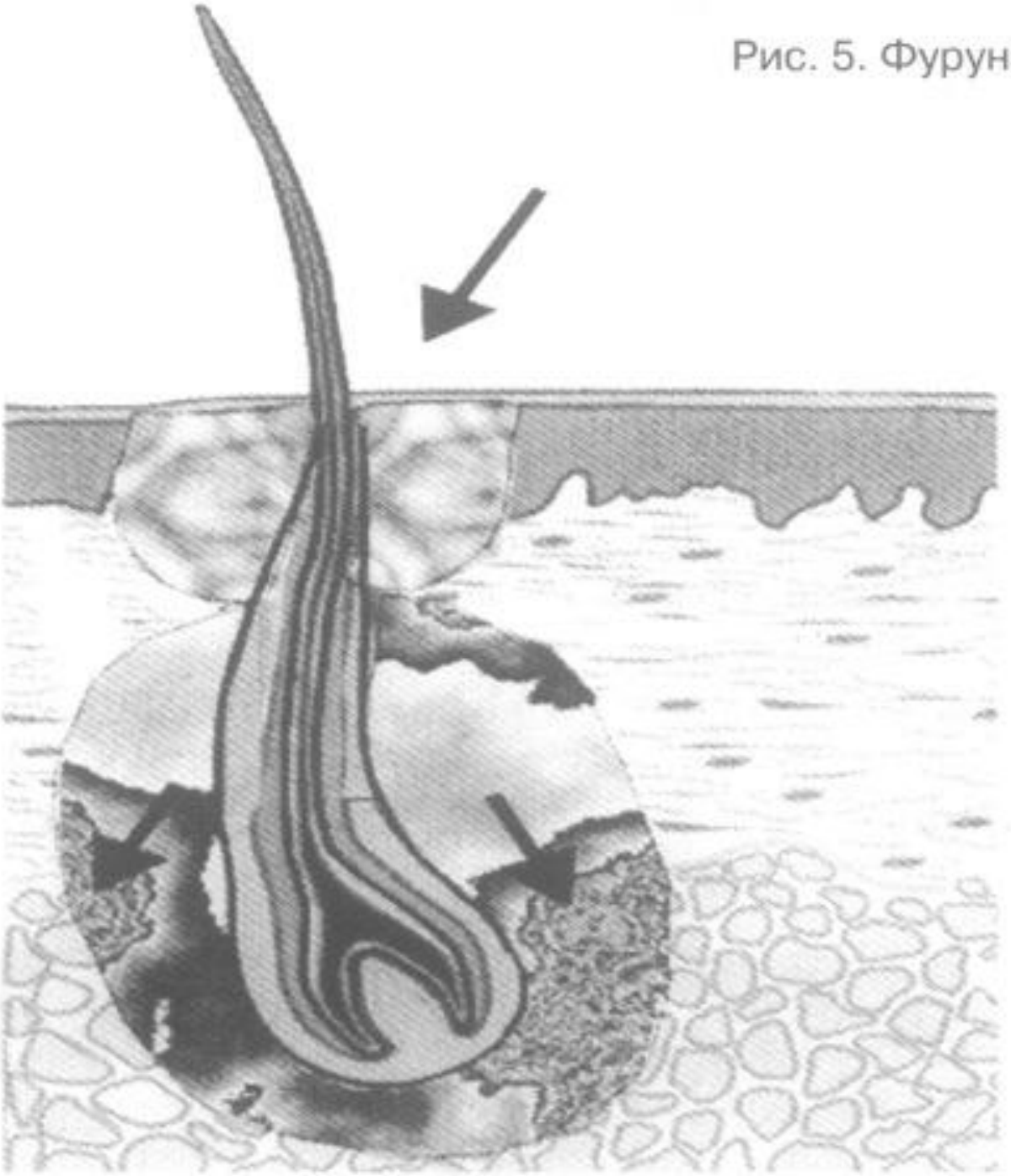
Сикоз наблюдается почти исключительно у мужчин. Начинается заболевание с появления фолликулярных пустул, подобных остиофолликулитам. Постепенно вокруг пораженных фолликулов развивается реактивное воспаление с образованием разлитого дермального инфильтрата

На поверхности очага формируются гнойные корки. Эпилированные из пораженных фолликулов волосы окружены в корневой части толстой стекловидной муфтой.

В результате высыпания новых пустул вокруг очага поражения последний медленно разрастается по периферии.

- ***Фурункул*** - результат острого гнойно-некротического воспаления волосяного фолликула и окружающих тканей.
- Началом фурункула служит или остиофолликулит, или небольшой воспалительный узелок, пронизанный волосом.
- Через 1–2 дня формируется воспалительный узел, быстро увеличивающийся в размерах, конусообразной формы, возвышающийся над уровнем кожи, резко болезненный при пальпации, с пустулой в центре.

Рис. 5. Фурункул.



- Обычно весь цикл развития фурункула занимает 8–10 дней и редко затягивается на более длительный срок.
- Фурункулы могут возникать одиночно.
- При неблагоприятных условиях или ослаблении защитных сил организма они возникают множественно, иногда в очень большом количестве – **фурункулез**.

Фурункулез

(c) University Erlangen,
Department of Dermatology
Phone: (+49) 9131 - 85 - 2727

Развитие карбункула связано, с одной стороны, с высокими вирулентными и патогенными свойствами стафилококков, с другой – с выраженным влиянием эндогенных предрасполагающих причин.

Карбункулы, как правило, бывают одиночными и чаще всего локализуются на коже затылка, спины, поясницы.

Почти всегда отмечаются изменения общего состоянии организма, которые проявляются ознобом, повышением температуры тела, головной болью.

Карбункул

У истощенных и ослабленных больных возможно развитие сепсиса.

Течение карбункула может усугубляется теми же осложнениями, которые развиваются при злокачественном фурункуле.

Карбункул

(c) University Erlangen,
Department of Dermatology
Phone: (+49) 9131- 85 - 2727

Гидраденит – острое гнойное воспаление апокриновых потовых желез, расположенных в области подмышечных впадин, лобка, грудных сосков, вокруг анального отверстия, а также в паховой области и на мошонке.

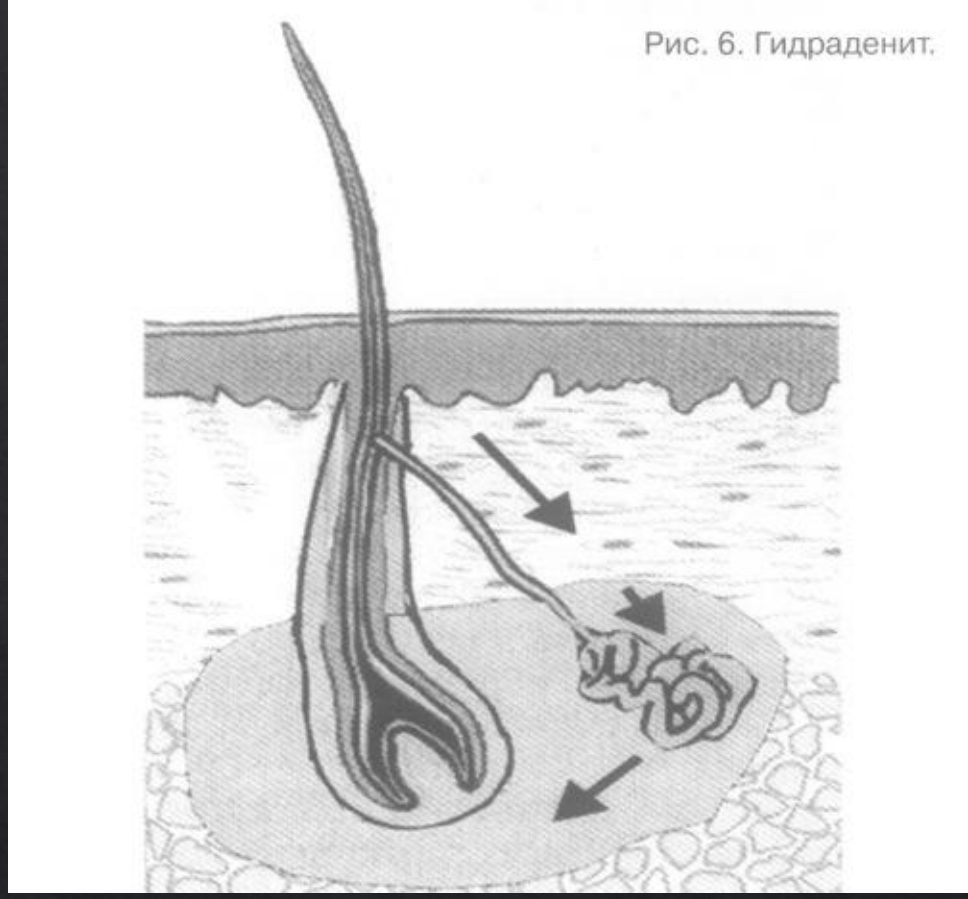


Рис. 6. Гидраденит.

Заболевание наблюдается исключительно после возраста полового созревания.

- В начальной стадии развития патологического процесса возникает узел, нередко достигающий размеров куриного яйца, кожа над которым окрашена в багрово-красный цвет.
- Узел быстро размягчается, вскрывается, и из него выделяется большое количество гноя.
- Заболевание сопровождается резкими болями.
- Иногда повышается температура тела.

Гидраденит

В отличие от фурункула гнойно-некротический стержень не образуется. Постепенно язва очищается от гнойного содержимого, а после ее заживления остается небольшой втянутый рубец.

Гидраденит

В ряде случаев гидраденит разрешается без вскрытия, однако после заживления образуется плотный, спаянный с тканями рубец.

Гидраденит

Более часто и тяжело протекает гидраденит в области подмышечных впадин, где особенно легко наступает обсеменение стафилококками окружающей кожи и появляются свежие очаги поражения.

Стафилодермии у детей

1. Буллезное импетиго новорожденных - доброкачественная форма стафилодермии.
2. Эпидемическая пузырчатка
3. Эксфолиативный дерматит Риттера
4. Перипорит (Везикулопустулез)
5. Множественные абсцессы грудных детей

Эпидемическая пузырчатка новорожденных.

- Заболевание возникает в течение 3–10 дней от момента рождения.
- Заболевание очень контагиозно, развивается остро.
- Заражение может происходить от медицинского персонала, от матери, от других новорожденных, при инфекции пуповины.
- Для заболевания характерно тяжелое состояние (повышение температуры тела, вялость, слабость, беспокойство, плохой сон, потеря аппетита),

- Поражается кожа (область пупка, живот, грудь, спина, ягодицы, конечности) и слизистые оболочки (рот, нос, глаза, гениталии).
- Типичным элементом поражения являются пузыри с серозным содержимым.
- Высыпание новых пузырей происходит приступообразно в первые 2 недели жизни по периферии основных очагов поражения.

- В тяжелых случаях могут развиваться стафилококковые отиты, пневмонии, диспепсические явления, сепсис.
- В этих случаях прогноз для жизни может быть неблагоприятным.
- Дифференцируют эпидемическую пузырчатку новорожденных с *сифилитической*.

Эксфолиативный дерматит новорожденных Риттера (синдром «обваренной кожи»)

- Эксфолиативный дерматит Риттера и эпидемическая пузырчатка новорожденных являются различными формами одного заболевания.
- Процесс начинается в области подбородка и прилежащих участков щек, далее распространяется. На пораженных участках развивается эритема, мацерация.
- В течении процесса различают три стадии: эритематозную, эксфолиативную, регенеративную.

- Наблюдается положительный симптом Никольского – отслойка эпидермиса на видимо здоровой коже, в основе которого лежит акантолизис – нарушение связей между клетками шиповатого слоя.
- Состояние очень тяжелое.
- Осложнения: пневмонии, гнойный конъюнктивит, нефрит, и др.
- Чем раньше развилось заболевание, тем тяжелее оно протекает.

Перипорит, везикулопустулез.

- Распространенное доброкачественное заболевание новорожденных в первые дни жизни.
- Как правило, развивается из потницы.
- Представляет собой воспаление поры эккринной потовой железы.
- Заболевание носит диссеминированный характер, локализуется в области груди, спины, головы, шеи, бедер.

Псевдофурункулез, множественные абсцессы у детей.

- Воспаление всей эккринной потовой железы.
- Поражается чаще задняя поверхность тела – голова, спина, ягодицы, бедра.
- Нередко отмечается регионарный лимфаденит, полиаденит.
- Заболевание может осложниться флегмонами, сепсисом, прогноз не всегда благоприятный.

Стрептодермии

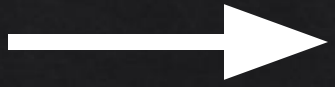
Стрептодермии поражают главным образом гладкую кожу.

Стрептодермии:

- Обычно носят поверхностный характер.
- Контагиозны
- Бывают первичными и вторичными
- Поверхностными и глубокими
- Придатки кожи не поражаются
- Основным первичным элементом является фликтена

Импетиго – группа поверхностных пустул на воспаленном (гиперемированном) основании

Понятие «Импетиго» лежит в основе ряда поверхностных пиодермий



Поверхностные стрептодермии

- ***стрептококковое импетиго*** – лицо, боковые поверхности туловища, конечности;
- ***буллезное импетиго*** *размером с лесной орех* – на тыле кистей, реже – стопах и голени;

щелевидное импетиго, *ангулярный стоматит, заеда*, локализация: углы рта, глаз, у крыльев носа;

поверхностный панариций, *турниоль*, поражаются околоногтевые валики, болеют взрослые;

Стрептококковое
импетиго

Щелевидное импетиго

Вульгарное импетиго у ребенка 8 лет

Интертригинозная стрептодермия, стрептококковая опрелость.

- Появляется в области складок.
- Характерны отсевы, трещины, пеленочный дерматит.

Стафилоподобное папулезное импетиго, послеэрозивный сифилид - Заболевание развивается у детей преимущественно грудного возраста, локализация: кожа ягодиц, половых органов, бедер

Простой лишай, белый лишай, асбестовидная псевдопарша.

- Сухая разновидность стрептококкового импетиго, локализуется на лице и конечностях.
- Наблюдается так называемый симптом скрытого шелушения.
- Процесс разрешается под влиянием солнечных лучей.
- Болезнь появляется весной и осенью.
- Часто провоцируется купанием в открытых водоемах

Острая диффузная стрептодермия

- Острое очаговое поражение кожи
- Чаще встречается у взрослых
- Процесс обычно локализуется на голенях
- Возникающие фликтены дольше сохраняются, увеличиваются и сливаются
- Образуются диффузные очаги поражения
- Воспаление имеет серозный характер,
- Образовавшиеся эрозии имеют венчик отслоившегося эпидермиса
- Очаги отечны, гиперемированы, мокнут, покрыты серозными корками, растут по периферии

Хроническая диффузная поверхностная стрептодермия (пиодермия)

- Развивается из очага острой диффузной стрептодермии
- Страдают обычно люди зрелого возраста
- Локализуется чаще на нижних конечностях
- Сыпь полиморфная, воспалительная, с гнойными корками на поверхности
- Поверхность инфильтрирована, синюшного цвета.

- Процесс развивается на фоне варикозного симптомокомплекса, тромбофлебита, раневых поверхностей, рубцов
- Процесс может распространяться
- Иногда ухудшается общее состояние
- Увеличиваются лимфоузлы

- **В очаге поражения в 10% случаев выделяют стафилококк, лишь в 45% - стрептококк**

Глубокие стрептодермии

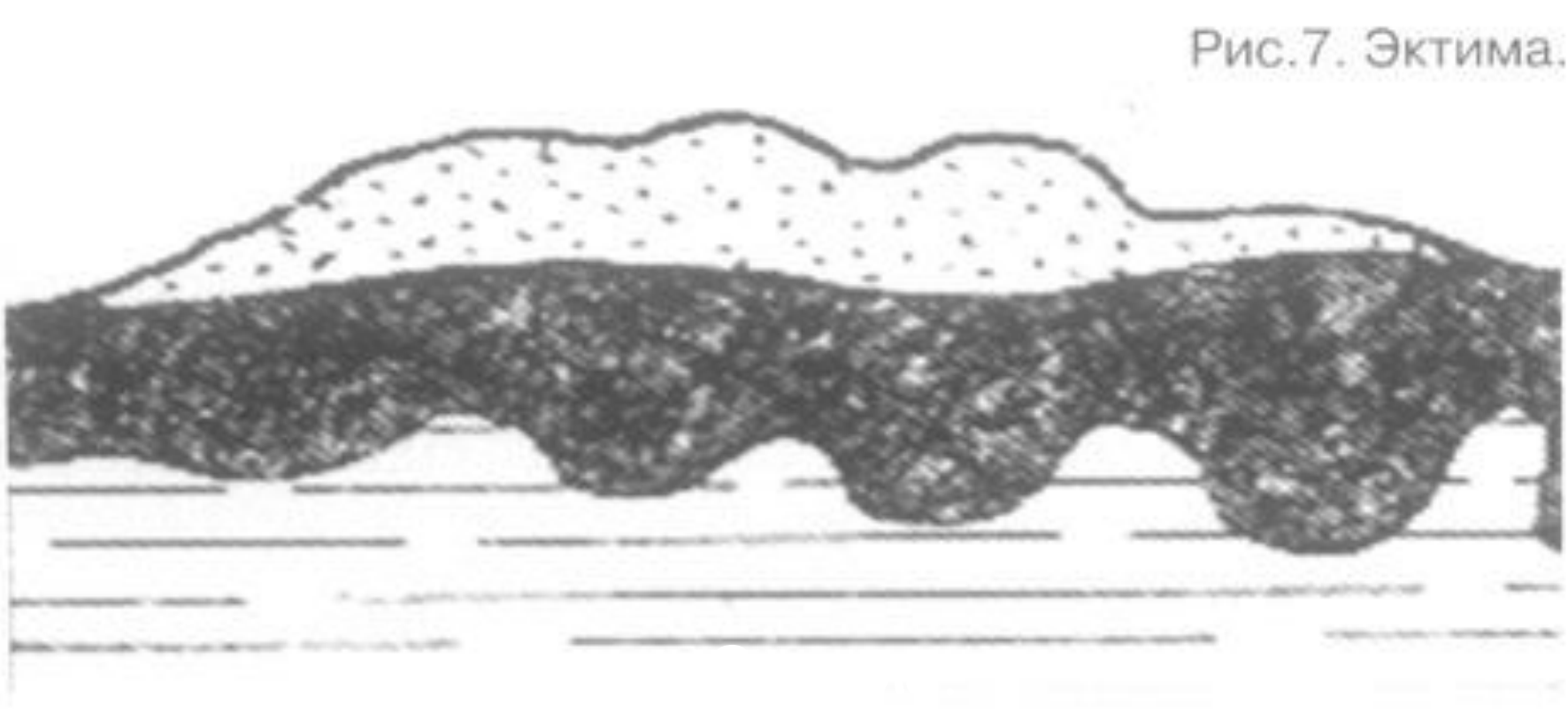


Рис.7. Эктима.

- Поражения локализуются преимущественно в области кожи голеней, бедер, ягодиц и поясницы.
- Процесс начинается с появления фликтены или накопления воспалительного инфильтрата, достигающего величины вишни и увенчанного пустулой.

- Через 2–3 дня образуются гнойно-кровянистые корки.
- После отторжения корок обнаруживается округлая язва с отвесными краями, сочным, кровоточащим дном, покрытым грязно-серым налетом.
- Заживление происходит медленно – до 3 нед. и заканчивается образованием пигментированного рубца.
- Субъективно – зуд, болезненность.

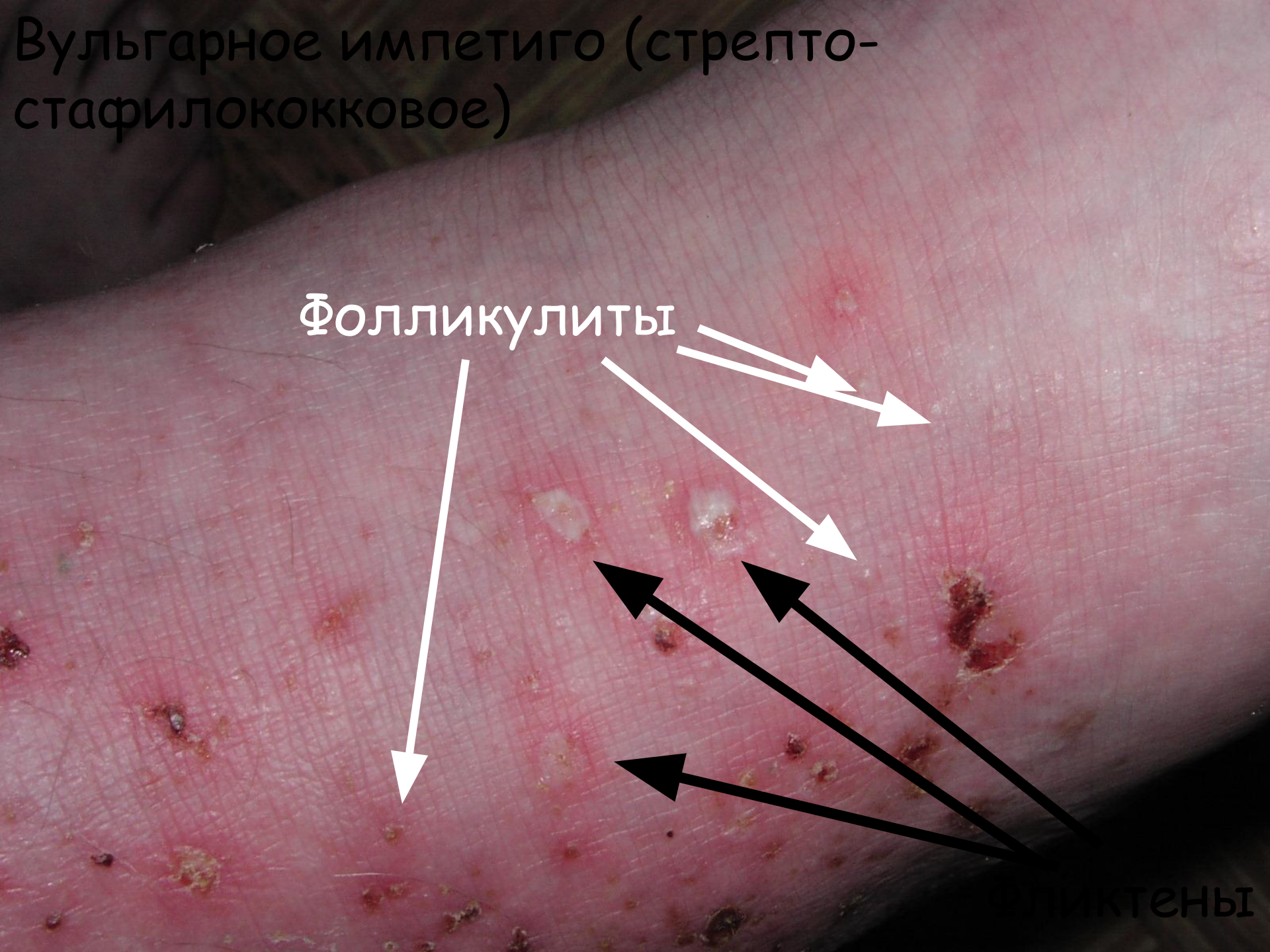
- Способствуют развитию эктим чаще всего зудящие паразитарные заболевания (чесотка, вшивость и др.), укусы насекомых.
- Предрасполагающие факторы: загрязнение кожи, потливость, локальное нарушение кровообращения (длительное пребывание на ногах), микротравмы, расчесы.
- В дифференциально-диагностическом отношении следует иметь в виду сифилитическую эктиму и кожный лейшманиоз.

Эктимы

Глубокие пиодермиты

1. Вульгарное импетиго (стрепто-стафилококковое импетиго)
2. Хроническая вегетирующая (язвенно-вегетирующая) пиодермия
3. Шанкриформная пиодермия
4. Пиогенная гранулема (ботриомикома)
5. Рожистое воспаление

Вульгарное импетиго (стрепто-стафилококковое)



Стрепто-стафилококковая пиодермия

Шанкриформная пиодермия

ДИАГНОСТИКА ПИОДЕРМИЙ

1. Производится на основании данных анамнеза и клинической картины.
2. Бактериологические методы исследования (забор материала из инфекционного очага с последующим посевом с целью выделения этиологически значимых микроорганизмов и определения их чувствительности к антибактериальным препаратам) - играют вспомогательную роль в диагностике и позволяют добиться оптимизации этиотропной терапии.

Принципы лечения пиодермий

Лечение включает в себя хирургическую и консервативную терапию.

Хирургическое лечение: показано при отдельных нозологических формах на определенных стадиях процесса (абсцедирующие фурункулы, карбункулы, гидрадениты , абсцессы при псевдофурункулезе -только в стадии флюктуации).

Лечение ботриомикомы:

- хирургическое удаление с одновременной антибиотикотерапией
- электрокоагуляция, аппликации жидкого азота, прижигание лучом аргонового лазера.

Хирургическое лечение обязательно должно дополняться консервативной терапией.

Консервативная терапия:

- Этиотропная
- Патогенетическая
- Симптоматическая
- Общая
- Местная

Спасибо за внимание!