

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:

экзогенный и эндогенный.

- * При экзогенном пути инфекционный агент попадает на кожу из окружающей среды.
- * Входными воротами служат сально-волосяные фолликулы, протоки потовых желез, микротравмы эпидермиса.
- * Эндогенно: 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

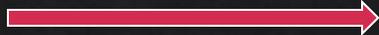
щелевидное

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.

SFS

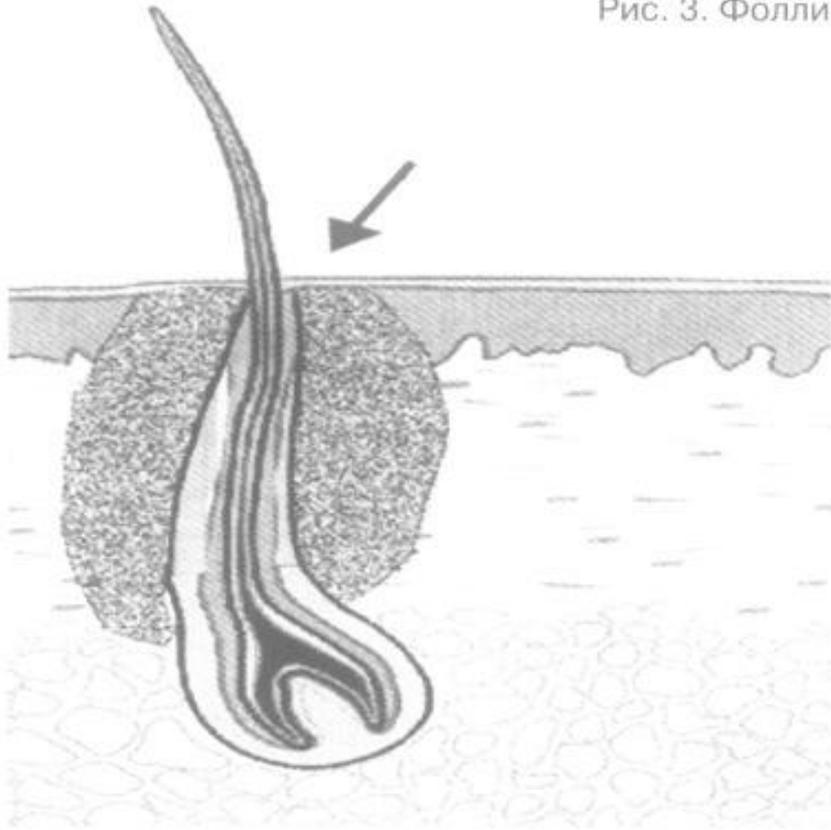
В устье волосяного фолликула формируются пустулы, величиной от булавочной головки до просяного зерна, в центре пронизанной волосом и окаймленной венчиком гиперемии

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



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.



Поверхностный фолликулит

Остиофолликулит

Угревая
болезнь



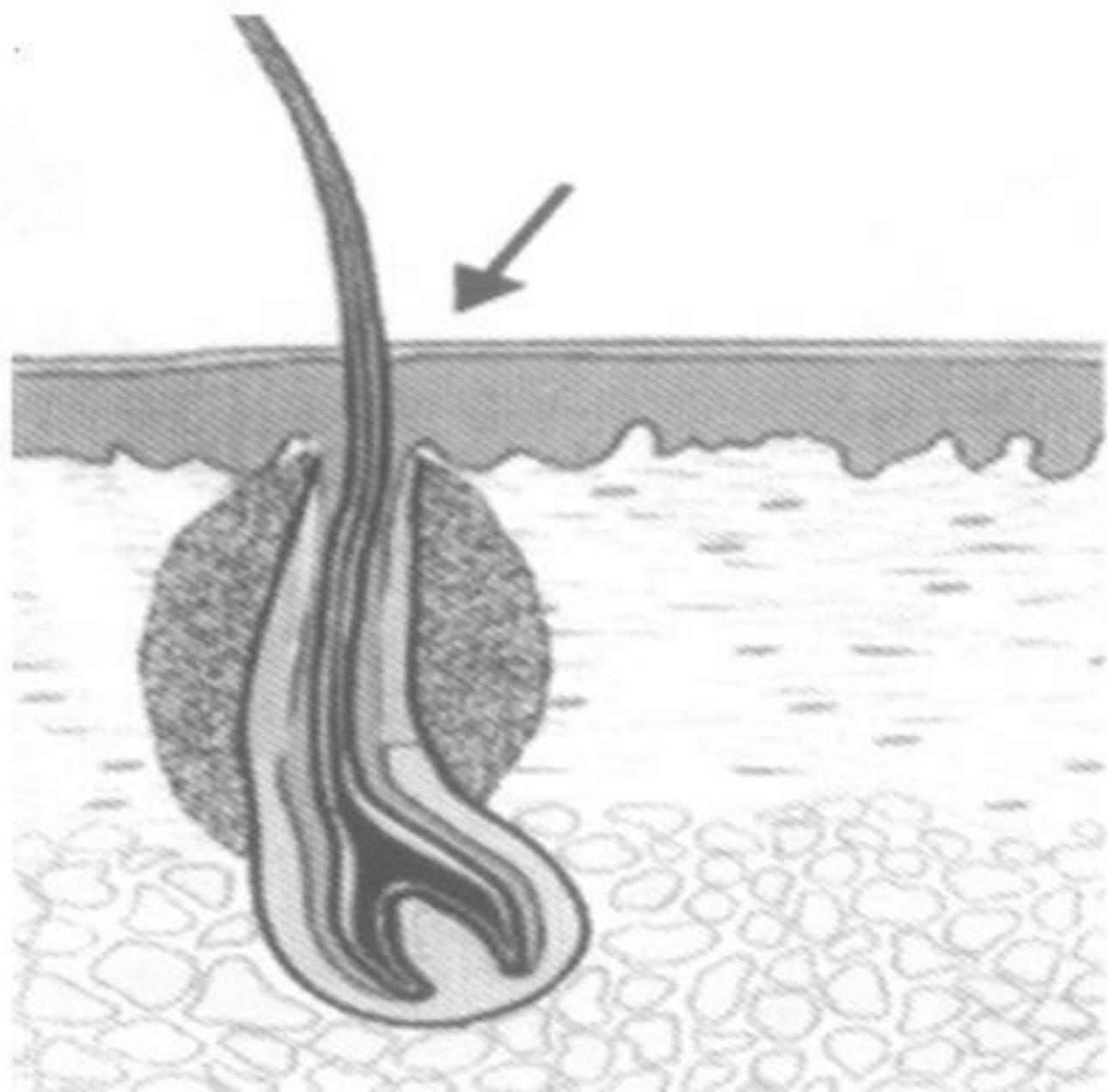
Фолликулиты (поверхностные и глубокие)

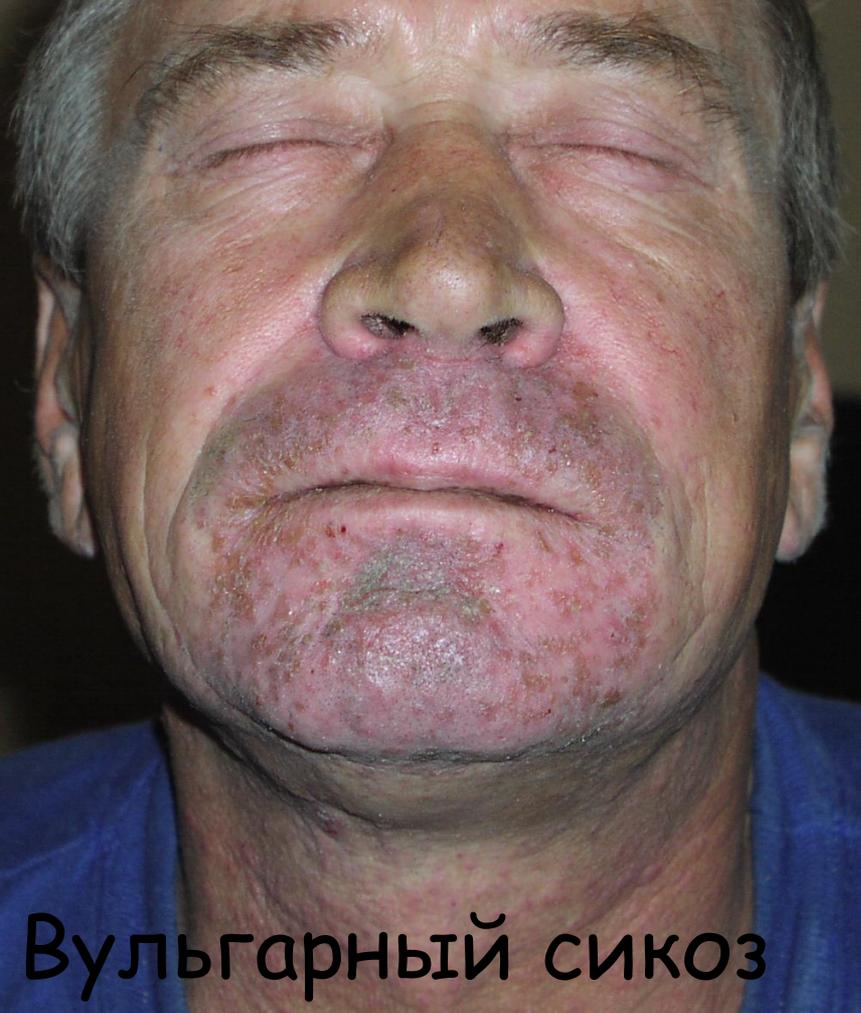
Сикоз -

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.





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

Вульгарный сикоз

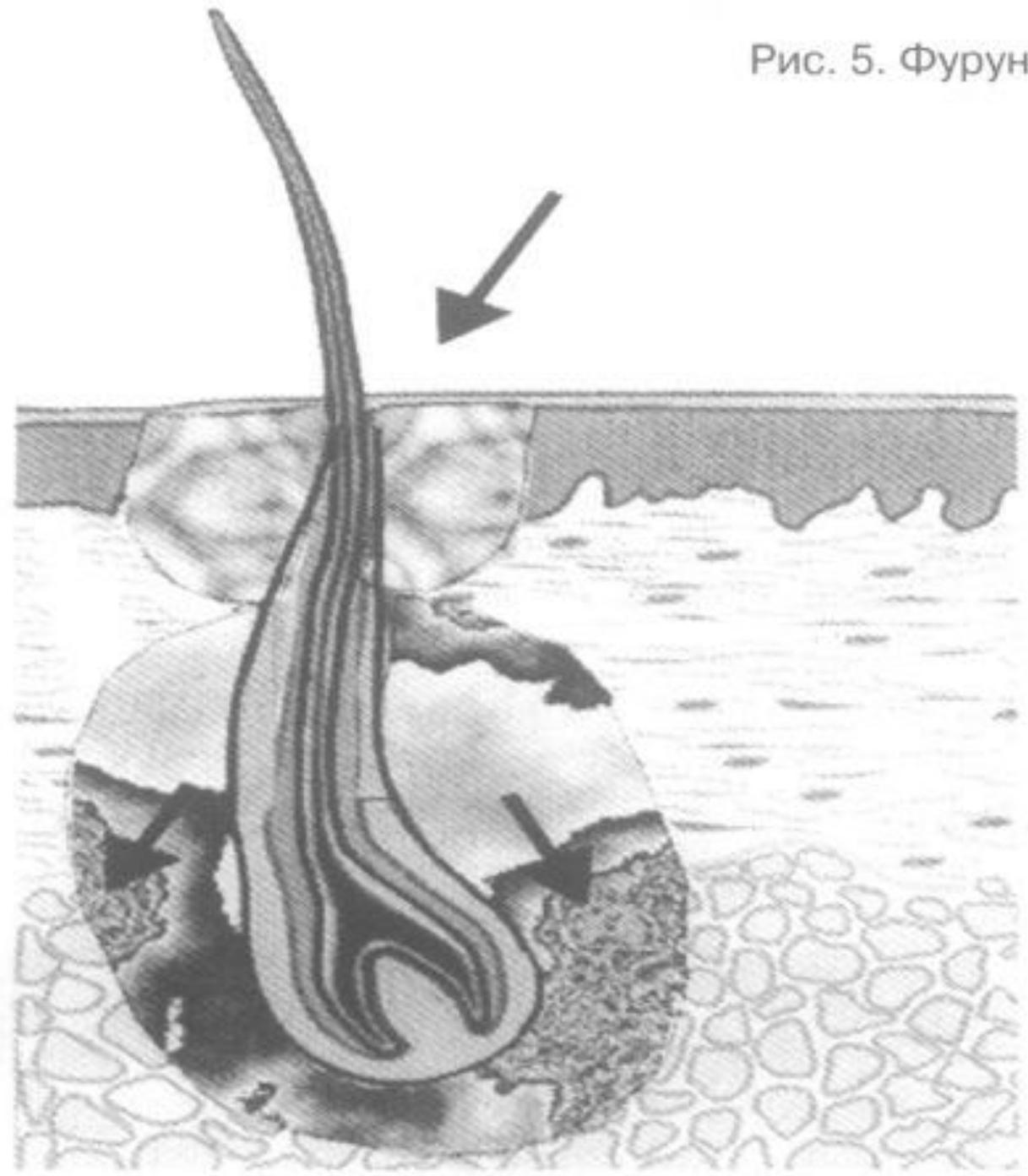


На поверхности
очага формируются
гнойные корки.
Эпилированные из
пораженных
фолликулов волосы
окружены в корневой
части толстой
стекловидной
муфтой.

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.



DOIA

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



Карбункул

У истощенных и ослабленных больных возможно развитие сепсиса.

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



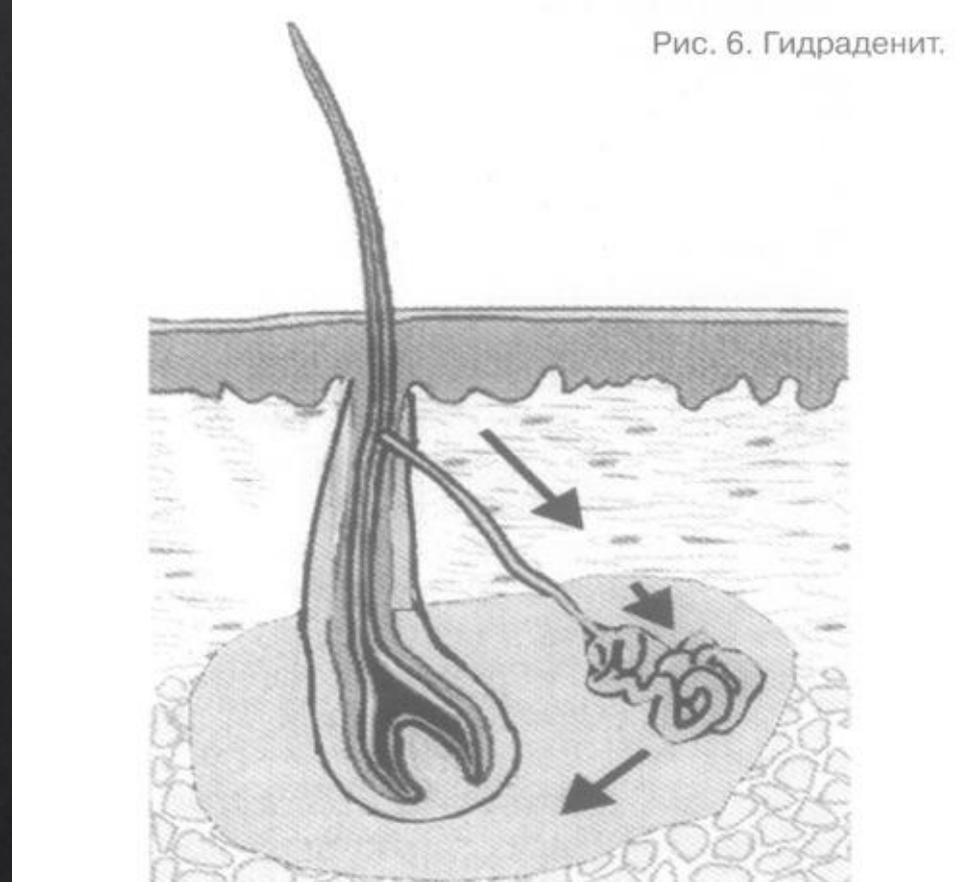
(c) University Erlangen,
Department of Dermatology
Phone: (+49) 9131-85-2727

Карбункул



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.

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



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

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

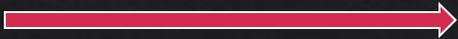


Более часто и тяжело протекает гидраденит в области подмышечных впадин, где особенно легко наступает обсеменение стафилококками окружающей кожи и появляются свежие очаги поражения.

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
(гиперемизированном)
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**





<http://dermis.net>

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.

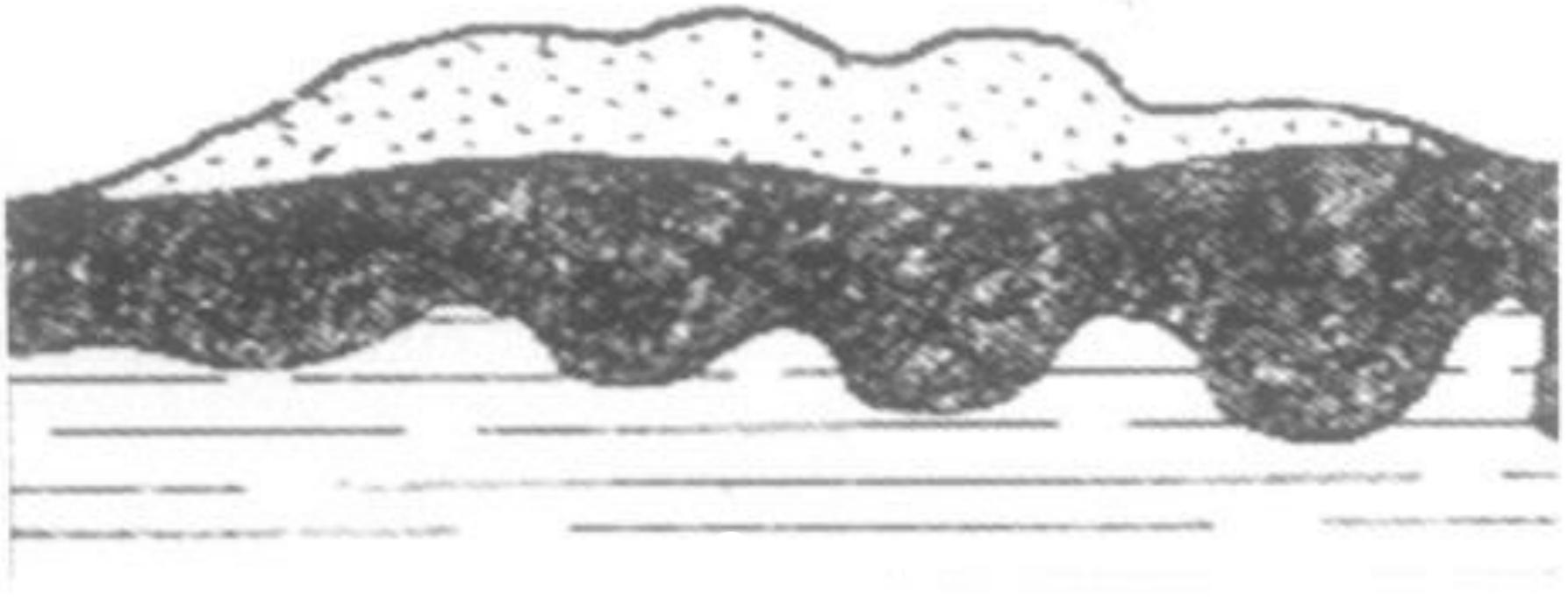


- Процесс развивается на фоне варикозного симптомокомплекса, тромбофлебита, раневых поверхностей, рубцов
- Процесс может распространяться
- Иногда ухудшается общее состояние
- Увеличиваются лимфоузлы

• 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

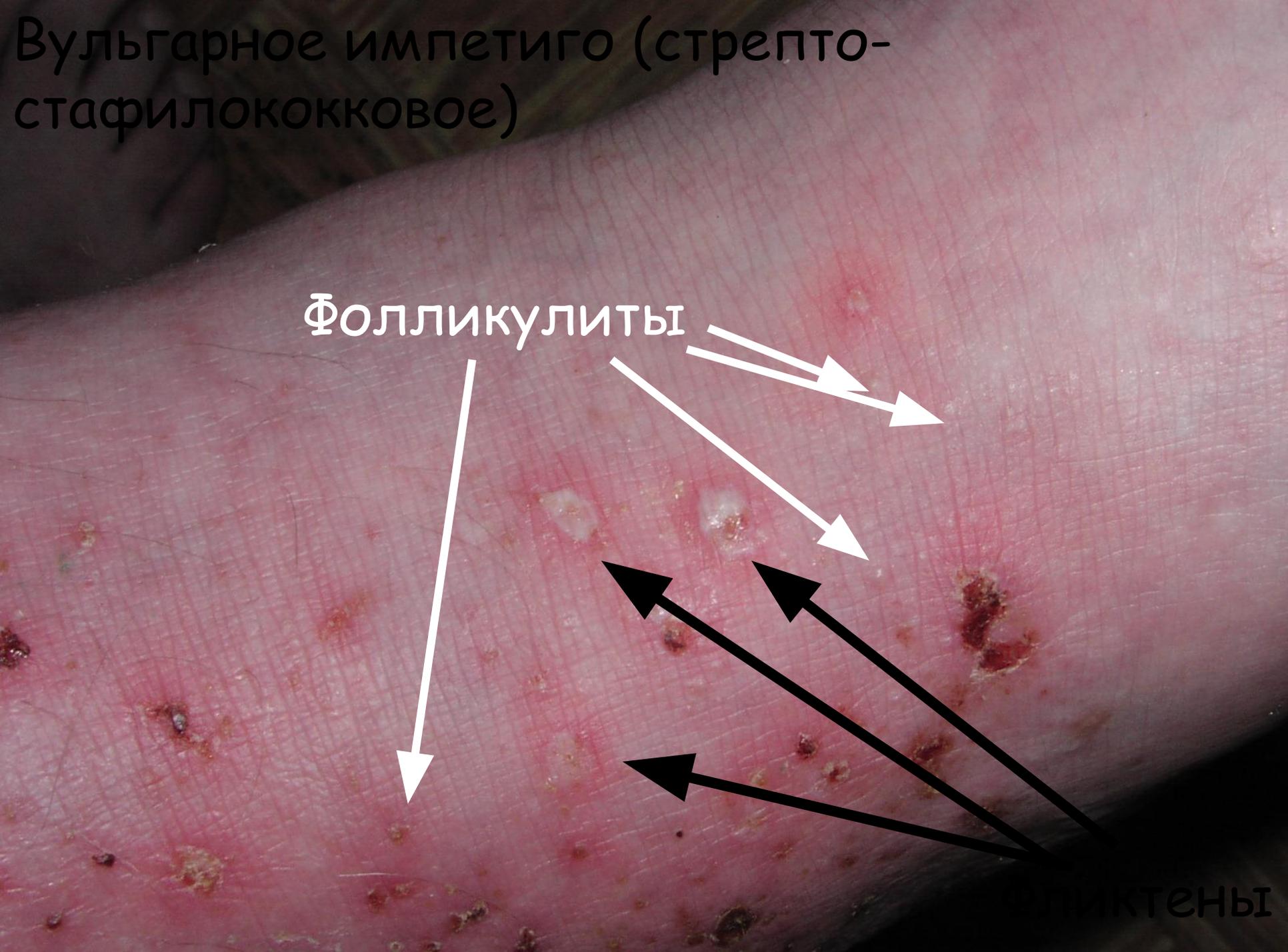


Глубокие пиодермиты

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

Вульгарное импетиго (стрепто-стафилококковое)

Фолликулиты



Коркты

Стрепто-стафилококковая пиодермия



Шанкриформная пиодермия



<http://dermis.net>

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!