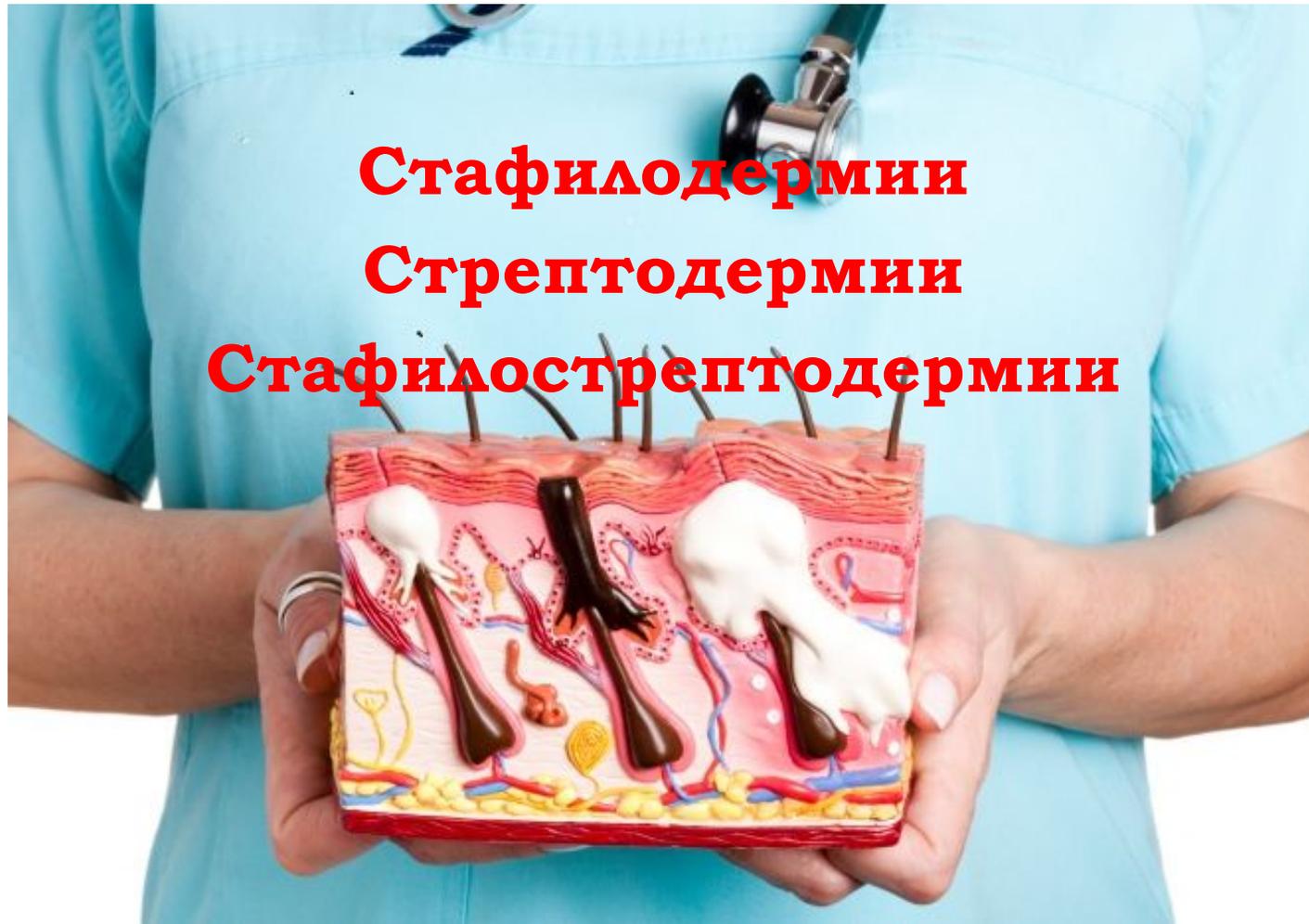


Тема №2 Пиодермии



Тема занятия (КТП)

Пиодермии

1. Определение.
2. Этиология, факторы риска.
3. Классификация.
4. Клиника.
5. Диагностика.
6. Основные принципы лечения.
7. Особенности ухода.
8. Профилактика.

Пиодермии - определение

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

Дакриоцистит



Фолликулит



Сикоз



Пиодермии - эпидемиология

На долю пиодермий приходится 1 / 3 всех случаев заболеваний кожи.

Sepsis



Cellulitis



Erysipelas



Пиодермии - эпидемиология

Возбудителями заболевания чаще всего являются представители семейства Micrococaceae:

- стафилококки (Грам-положительные факультативно-анаэробные бактерии)
- стрептококки (Грам-положительные аэробные и факультативно-анаэробные бактерии), наиболее часто – *Staphylococcus aureus*, *S. haemolyticus*, *S. epidermidis*, β -гемолитический стрептококк.

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

Этиологическими агентами пиодермий могут являться и другие микроорганизмы – вульгарный протей, пневмококки, синегнойная палочка и др., выступающие, как правило, в ассоциациях со стафилококками и стрептококками.

В эпидемиологии стафилококковой инфекции большое значение придается **стафилококконосительству**.

Предрасполагающие факторы

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
- Очаги стафилококковой инфекции

Предрасполагающие факторы

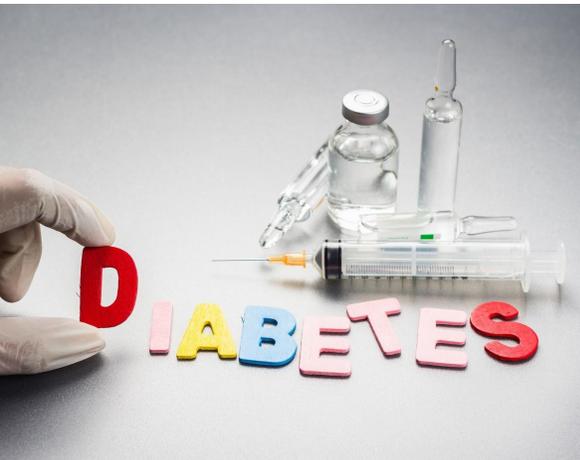
К экзогенным факторам, способствующим развитию пиодермии и ее рецидивов, относятся нарушения целостности эпидермиса (микротравмы, мацерация), загрязнение кожи, повышенное потоотделение, смещение рН в щелочную сторону, переохлаждение, перегревание.



Предрасполагающие факторы

К эндогенным факторам

относятся различные эндокринопатии, и прежде всего нарушение углеводного обмена (сахарный диабет), нарушение специфического и неспецифического иммунитета, гипогаммаглобулинемия, недостаточное поступление белков в организм, наличие тяжелых соматических заболеваний, умственное переутомление, гиповитаминоз, хронические интоксикации, наличие хронических очагов стафилококковой инфекции в различных органах и тканях.



Предрасполагающие факторы

Эндогенные и экзогенные факторы приводят к снижению гуморального и клеточного иммунитета, в результате которого снижается защитная функция кожи.

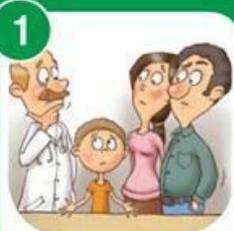
Это приводит к изменению количества и состава микробной флоры на поверхности кожи в сторону преобладания патогенных видов и штаммов микроорганизмов.

Классификация иммунодефицитов

УРОВЕНЬ ЛОКАЛИЗАЦИИ ДЕФЕКТА	ЗАИНТЕРЕСОВАННОЕ ЗВЕНО ИММУННОЙ СИСТЕМЫ
1. Первичные (генетически детерминированные)	1. Недостаточность гуморального иммунитета
2. Вторичные (вследствие каких-либо заболеваний)	2. Недостаточность клеточного иммунитета
3. Первичные иммунодефициты, выявленные у взрослых	3. Комбинированная недостаточность гуморального и клеточного иммунитета
	4. Недостаточность фагоцитов
	5. Недостаточность комплемента

Первичный иммунодефицит

Признаки первичного иммунодефицита у детей



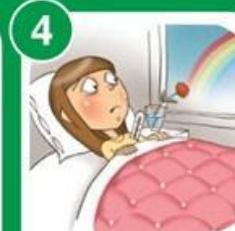
1 Положительные данные о наследственном анамнезе по ПИД



2 Восемь или более гнойных отитов в течение года



3 Два или более тяжёлых синусита в течение года



4 Два или более пневмонии в течение года



5 Нарушения переваривания в период грудного возраста



6 Рецидивирующие глубокие абсцессы кожи и мягких тканей



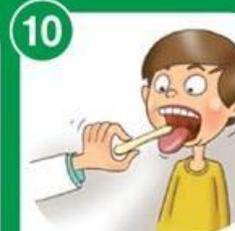
7 Рецидивирующая системная инфекция, вызванная атипичными микробактериями (не только однократные шейные лимфадениты)



8 Осложнения при проведении вакцинации ослабленными живыми вакцинами (БЦЖ, полиомиелит)



9 Два или более генерализованные инфекции (менингит, остеомиелит, септический артрит, эмпиема плевры, сепсис)



10 Персистирующая кандидозная инфекция кожи и слизистых у детей старше года



11 Хроническая реакция трансплантат-против-хозяина (например: неясные эритемы у детей грудного возраста)



12 Антибактериальная терапия, проводимая более 2 месяцев, без эффекта

ПРИЗНАКИ ПИД У ВЗРОСЛЫХ



1 Два или более новых отита в течение года



2 Два или более синусита в течение года



3 Длительная (до 2-х месяцев и больше) внутривенная антибактериальная терапия, без эффекта



4 Две пневмонии перенесенных в течение года или одна пневмония ежегодно в течении нескольких лет



5 Хроническая диарея с потерей веса



6 Случаи немотивированных подъемов температуры



7 Частые и длительные грибковые инфекции слизистых и кожи



8 Рецидивирующие глубокие абсцессы кожи и мягких тканей, тяжелые инфекции в течение года



9 Положительный семейный анамнез по ПИД



10 Аутоиммунные и/или гранулематозные заболевания



11 Повторные вирусные инфекции (герпес, опоясывающий лишай, бородавки, кандидоз, стоматит, урогенитальные инфекции у женщин)



12 Рецидивирующие системные инфекции, вызванные атypicalными микробактериями

ПРИ НАЛИЧИИ 2 И БОЛЕЕ ПРИЗНАКОВ НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ ИММУНОЛОГА

Классификация пиодермий

По возбудителю (Этиологический фактор):

- Стафилококки
- Стрептококки
- Стафилококки и Стрептококки
- Другие возбудители

По глубине поражения:

- Поверхностные
- Глубокие
- Комбинированные

По течению:

- Острые
- Хронические

По отношению к придаткам кожи:

- Приуроченные
- Не приуроченные

По механизму возникновения:

- Первичные
- Вторичные

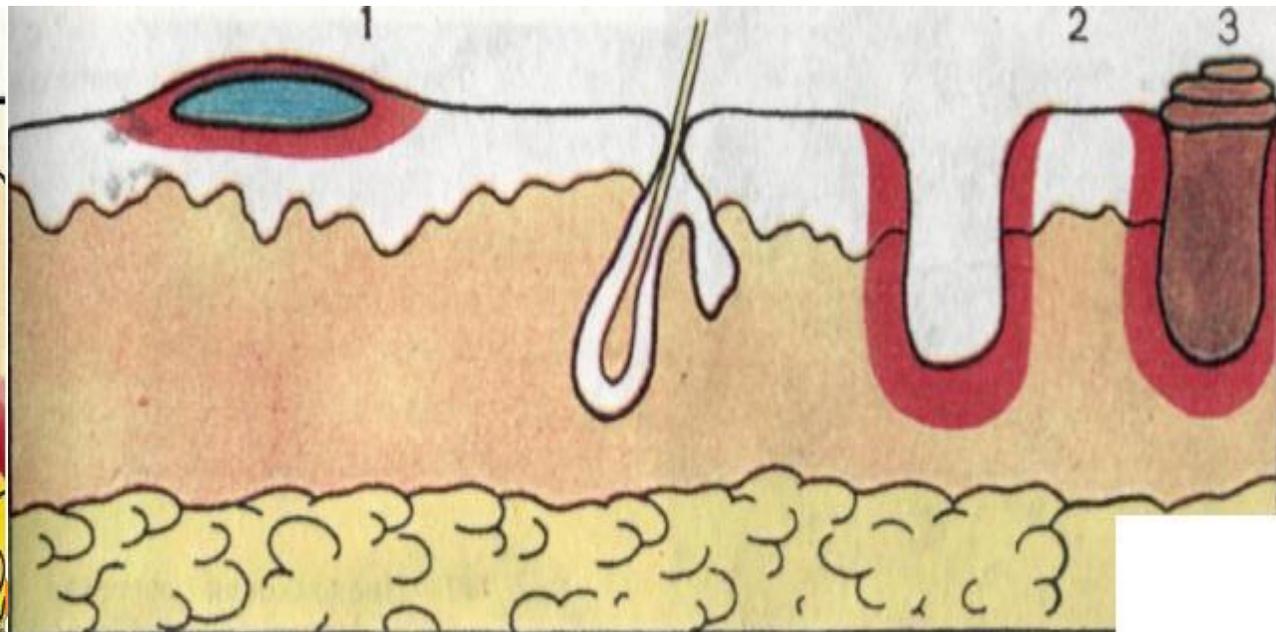
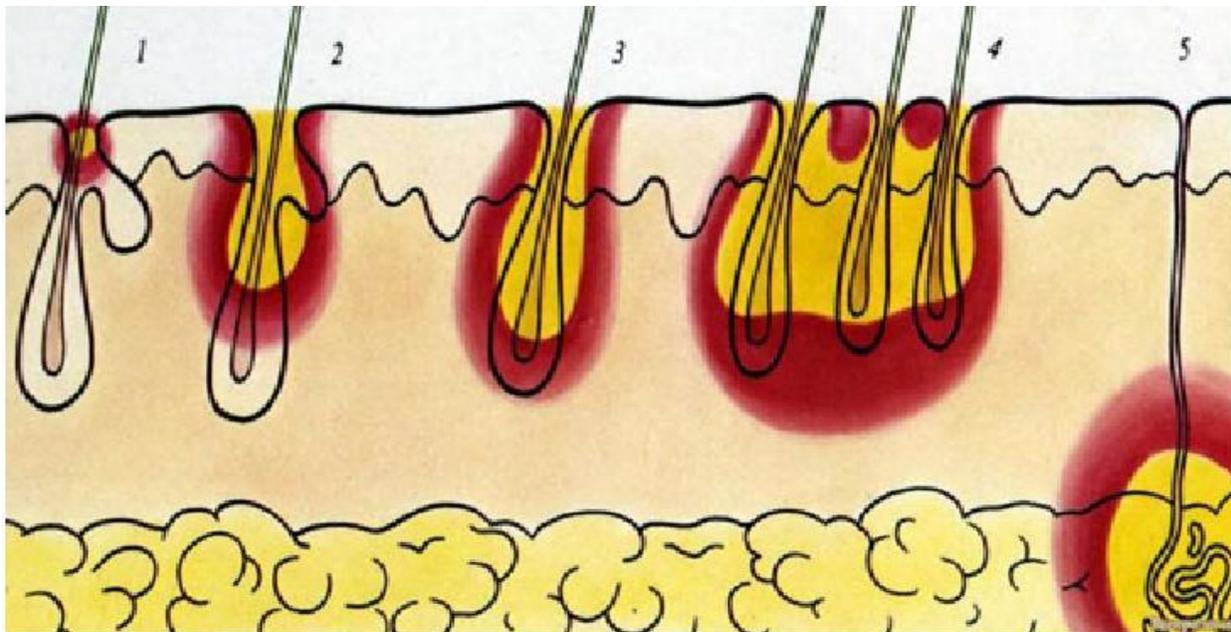


Клиника пиодермий

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

Стафилодермии

Стрептодермии



Клиника стафилодермий

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.

Разные нозологические формы гнойничковых поражений кожи могут проявляться одним и тем же элементом сыпи. Например, фолликулярным гнойничком проявляются остиофолликулит, поверхностный фолликулит и вульгарный сикоз, а воспалительный фолликулярный узелок возникает при фолликулитах (поверхностном и глубоком), иногда – при небольшом фурункуле.

Воспалительный узел обнаруживается при дебюте фурункула, карбункула, множественных абсцессов грудных детей (псевдофурункулез).

Стафилодермии

Остиофолликулит (импетиго Бокхарта)

Возбудителем является *S. aureus*, реже - *S. epidermidis*.

Характеризуется появлением остроконечной желтовато-белой пустулы размером с булавочную головку, пронизанной волосом. Возникает в результате воспаления устья волосяного фолликула. Наиболее часто высыпания локализуются на лице в области бороды, усов, груди, на конечностях в местах волосяного покрова. На 3–4-е сутки пустула ссыхается с образованием желтоватой корки, после которой остается розовое пятно.

Стафилодермии

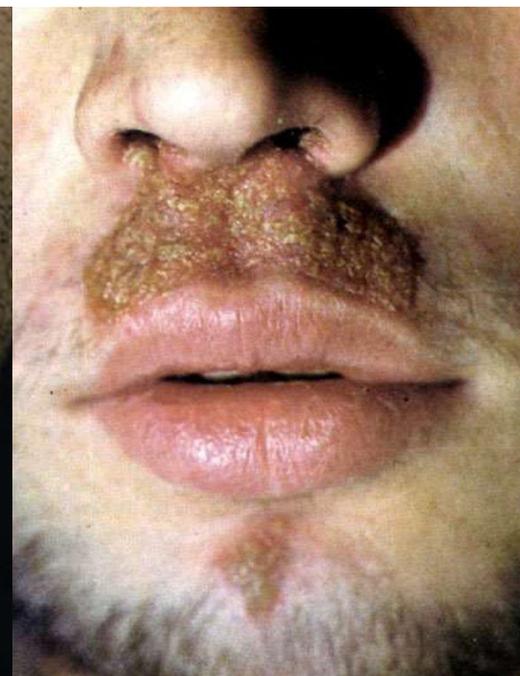
Фолликулит – гнойное воспаление всего волосяного фолликула.

Возбудителем заболевания является *S. aureus*. Заболевание характеризуется возникновением ограниченного воспалительного инфильтрата в виде узелка ярко-красного цвета, болезненного при пальпации. На 2–3-й день формируется пустула, наполненная желтовато-зеленым содержимым, в центре которой виден волос или устье фолликула. Через 5–7 суток пустула ссыхается с образованием желтоватой корочки. После разрешения остифолликулитов и фолликулитов рубцов не образуется.

Стафилодермии

Сикоз вульгарный (сикоз стафилококковый, сикоз непаразитарный) – хроническое рецидивирующее воспаление фолликулов в зоне роста щетинистых волос (борода, усы, брови, лобок, подмышечные ямки).

Возбудителем заболевания является *S. aureus* или ассоциации разных штаммов стафилококков. Заболевание характеризуется появлением очагов с выраженной инфильтрацией кожи синюшно-бурого цвета, на которых имеются пустулы, эрозии, серозно-гнойные корки.



Стафилодермии

Везикулопустулез (перипорит, остеопорит) – гнойное воспаление устьев мерокринных потовых желез.

Возбудителем является *S. aureus*. Заболевание часто встречается у новорожденных. Появлению везикулопустулеза предшествует потница. Вначале появляется красная потница в виде множественных красных точечных пятен, затем на их поверхности появляются пузырьки с молочно-белым содержимым. Высыпания локализуются на туловище, в складках кожи, на волосистой части головы.



Стафилодермии

Эпидемическая пузырчатка новорожденных (пиококковый пемфигоид, пиококковый пемфигус) – поверхностное гнойное поражение кожи.

Появляется на 3-5-й день, реже – на 8-15-й день после рождения. Характеризуется появлением диссеминированных «вялых» пузырей (фликтен) размером от горошины до лесного ореха с мутным содержимым на неинфильтрированной коже. На месте вскрывшихся пузырей наблюдаются влажные эрозии с остатками покрышки из отслоившегося эпидермиса, на поверхности которых корки не образуются. Период высыпания пузырей длится от нескольких дней до 2–3 недель. Высыпания локализуются на коже в области пупка, нижней части живота, аногенитальной области, области естественных складок, при обширном поражении – на коже груди, спины, конечностях, редко – на ладонях и подошвах. Заболевание протекает с повышением температуры тела. Эпидемическая пузырчатка высоко контагиозна для новорожденных детей.

Заражение новорожденных происходит от матерей и **медицинских работников**, страдающих пиодермией.

Стафилодермии

Эксфолиативный дерматит Риттера (эпидермолиз новорожденных острый) является наиболее тяжелой формой стафилодермии новорожденных и рассматривается как тяжелый вариант эпидемической пузырчатки новорожденных.

Вызывается стафилококком II фаговой группы, фаготипом 71 или 55/71. Заболевание развивается у недоношенных детей, тяжелее протекает у детей 2–4-го дня жизни, чем у детей на 2–3-ей неделе после рождения. Выделяют три стадии болезни – эритематозную, эксфолиативную и регенеративную. Заболевание начинается с покраснения кожи, появления трещин, слущивания верхних слоев эпидермиса вокруг рта или около пупка. Затем появляется серозное пропитывание кожи и возникает эпидермолиз, напоминающий ожог II степени, симптом Никольского положительный. На различных участках кожного покрова появляются дряблые пузыри.

Стафилодермии

Процесс в течение 6–12 часов распространяется от головы по всему кожному покрову. В течение 8–15 дней высыпания разрешаются с последующим шелушением. Рубцов не образуется. Общее состояние больных тяжелое, заболевание протекает с высокой температурой тела до 40–41°C, возможно развитие токсико-септического состояния и сепсиса.



Стафилодермии

Остиофолликулит (импетиго Бокхарта)

Возбудителем является *S. aureus*, реже - *S. epidermidis*.

Характеризуется появлением остроконечной желтовато-белой пустулы размером с булавочную головку, пронизанной волосом. Возникает в результате воспаления устья волосяного фолликула. Наиболее часто высыпания локализуются на лице в области бороды, усов, груди, на конечностях в местах волосяного покрова. На 3–4-е сутки пустула ссыхается с образованием желтоватой корки, после которой остается розовое пятно.



Стафилодермии

Синдром стафилококковой обожженной кожи SSSS
(Staphylococcal Scalded Skin Syndrome) – поражение кожи аналогичное эксфолиативному дерматиту, наблюдающееся у детей в возрасте от 1 месяца до 5 лет.

Заболевание связано со стафилококковой инфекцией, относящейся к фаговой группе II, которая обуславливает выработку токсина (эксфолиатин А или В). Он вызывает отслойку эпидермиса непосредственно под зернистым слоем. Клинически характеризуется появлением распространенных эритематозных пятнистых высыпаний, чаще всего после гнойного конъюнктивита, отита или инфекций верхних дыхательных путей. В паховых и подмышечных складках отмечаются очаги мацерации. Вокруг естественных отверстий скапливаются импетигинозные корки. Поражение кожи прогрессирует в течение 24–48 часов от скарлатиноподобной сыпи до спонтанных крупных пузырей. Отмечается положительный симптом Никольского. В течение 5–7 дней отмечается эпителизация эрозий с последующим отшелушиванием.

Стафилодермии

SSSS

TSS (Лорен Вассер)



Стафилодермии

Синдром стафилококкового токсического шока TSS (Toxic Shock Syndrome) характеризуется внезапным повышением температуры тела, артериальной гипотонией, покраснением кожи и слизистых оболочек и полиорганной недостаточностью.

Возбудителем является *S. aureus* (фагогруппа I, типы 16, 29, 35, 36, 52), продуцирующий токсин TSST-1. Факторами риска являются использование тампонов во время менструации, инфекции хирургических ран, ожоги, язвы, травмы кожи, послеродовые инфекции. Заболевание характеризуется появлением мелкоточечной пятнистой сыпи по всему кожному покрову, более выраженной вокруг очагов инфекции, редко наблюдаются петехии, пузыри. Отмечается плотный отек, более выраженный на лице, кистях, стопах, в последующем (через 10–20 дней от начала заболевания) – шелушение и слущивание эпидермиса на ладонях и подошвах. Язык малинового цвета, отмечается нарушение общего состояния в виде мышечной слабости, боли в мышцах, головной боли, судорог, диареи, рвоты, одышки. **Возможен летальный исход** (у 5% больных).

Стафилодермии

Фурункул – гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула и окружающей подкожно-жировой клетчатки.

Характеризуется образованием конусовидной пустулы с формированием некротического стержня и зоной воспаления, отека, болезненности при пальпации кожи вокруг очага. На месте отделившегося некротического стержня формируется язва.



Стафилодермии

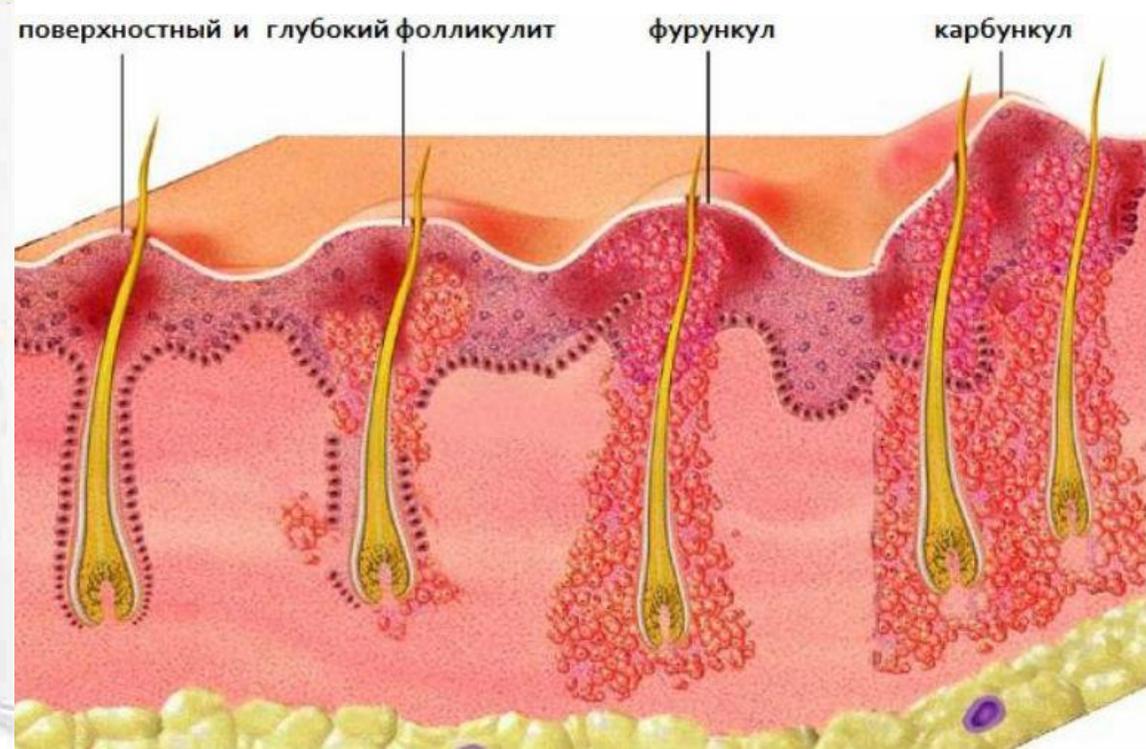
Фурункулез характеризуется появлением множественных фурункулов на ограниченных участках, может иметь диссеминированный характер.

Возможны рецидивы заболевания на протяжении от нескольких недель до нескольких лет.



Стафилодермии

Карбункул – конгломерат фурункулов, объединенных общим инфильтратом. Представляет собой плотный узел темно-красного или багрового цвета диаметром 5–10 см, нечетко отграниченный от окружающей ткани, на поверхности которого имеется несколько пустул. После вскрытия этих пустул формируется глубокий некроз подлежащих тканей с образованием глубокой обширной язвы.



Стафилодермии

Абсцесс кожи – отграниченное гнойное воспаление, сопровождающееся некрозом.

Возбудителем заболевания является *S. aureus*. Локализуется в дерме и подкожной клетчатке, может поражаться мышечная ткань.

Характеризуется появлением болезненного узла с последующим образованием в центре элемента полости, заполненной гноем. Для сформировавшегося абсцесса характерна флюктуация.



Стафилодермии

Псевдофурункулез (множественные абсцессы новорожденных) встречается у детей первых месяцев жизни, нередко на фоне дистрофии, при сопутствующих тяжелых заболеваниях (пневмония, анемия).

Возбудителем заболевания является *S. aureus* или его ассоциация с другими возбудителями. Характеризуется возникновением подкожных узлов величиной от горошины до лесного ореха багрово-красного с синюшным оттенком. Высыпания локализуются в области затылка, спины, ягодиц, задней поверхности бедер. В центре узлов наблюдается флюктуация, при вскрытии узлов выделяется желто-зеленый сливкообразный гной. Некротического стержня не образуется. После разрешения процесса остаются рубчики, так как поражается вся эккринная потовая железа.

Стафилодермии

Гидраденит – гнойное воспаление апокриновых желез.

Локализуется гидраденит чаще в подмышечной области, вокруг сосков, пупка, половых органов и заднего прохода. В толще кожи образуются небольшие инфильтраты размером с горошину, которые постепенно увеличиваются, спаиваются между собой и с окружающими тканями, образуя сплошной болезненный воспалительный инфильтрат синюшно-багрового цвета. Через 4–5 суток появляется флюктуация, узлы вскрываются с образованием фистул и появлением гнойного отделяемого. Для заболевания характерно торпидное хроническое рецидивирующее течение.



Клиника стрептодермий

Стрептококковые поражения кожи, в отличие от стафилодермий, не затрагивают сально-волосяной фолликул и потовые железы. Для них характерно преимущественно поверхностное воспалительное поражение гладкой кожи с выделением серозного экссудата.

Основным первичным высыпным элементом при поверхностных стрептодермиях является поверхностный пузырь. В тех локализациях кожного покрова, где роговой слой относительно тонкий, стрептококковый пузырь выглядит вялым, дряблым, его называют фликтеной. В тех зонах, где имеется гиперкератоз (ладони, подошвы, околоногтевые зоны), стрептококковые пузыри могут иметь напряженный вид, достаточно плотную крышку, серозное или мутноватое содержимое.

При глубоких стрептококковых поражениях кожи первичным высыпным элементом может быть глубокая эпидермодермальная пустула с ограниченным некрозом подлежащего участка дермы (эктима) или отечная эритема с четкими, быстро увеличивающимися по площади границами (рожистое воспаление).

Стрептодермии

Импетиго стрептококковое наблюдается у детей разных возрастных групп.

Является высоко контагиозным заболеванием. Характеризуется образованием фликтен с серозным или серозно-гнойным содержимым. В результате вскрытия пузырей образуются эрозии. Гнойное содержимое ссыхается с образованием желтоватых корок, отпадающих через 3–4 суток. Рубцов и атрофии не образуется. Преимущественная локализация заболевания – кожа лица (область вокруг носа, рта).



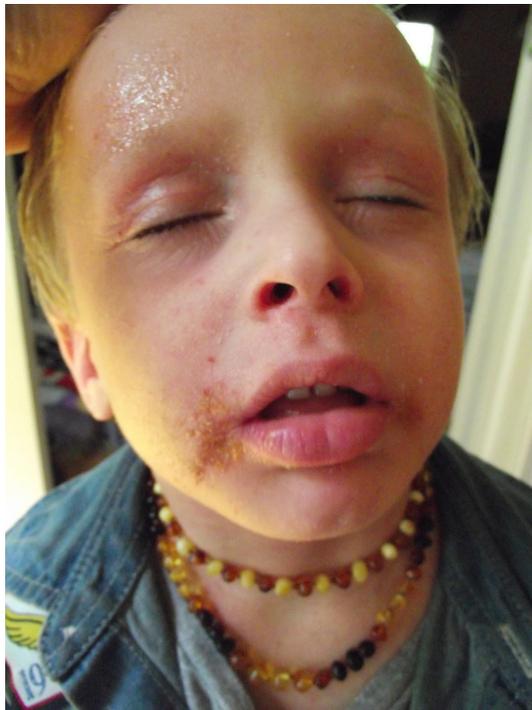
Стрептодермии

Буллезное импетиго характеризуется пузырьными высыпаниями, наполненными серозно-гнойным содержимым и окруженными розовым венчиком. После вскрытия пузырей образуются эрозии, покрытые тонкими листовидными корочками. Преимущественная локализация заболевания – нижние конечности, тыл кистей.



Стрептодермии

Щелевое импетиго (заеда) характеризуется наличием фликтен, быстро вскрывающихся с образованием неглубоких щелевидных линейных трещин и эрозий и мацерированным эпидермисом по периферии. Локализуется в углах рта, области наружных углов глазных щелей, основании крыльев носа.



Стрептодермии

Паронихия (поверхностный панариций) представляет собой фликтену на воспаленном основании, локализирующуюся вокруг ногтевой пластинки.



Стрептодермии

Папуло-эрозивная стрептодермия наблюдается у детей грудного возраста. Локализуется на коже ягодиц, задней и внутренней поверхности бедер, в области промежности, мошонки. Характеризуется наличием плотных папул синюшно-красного цвета, окруженных островоспалительным венчиком. На поверхности папул образуются фликтены, которые быстро вскрываются с образованием эрозий и корочек.



Стрептодермии

Интертригинозная стрептодермия локализуется на соприкасающихся поверхностях крупных складок: паховых, подмышечных, шейной, ягодичной областей, за ушными раковинами. Характеризуется наличием фликтен, быстро вскрывающихся с образованием мокнущих эрозий с резкими фестончатыми границами и пиококковыми отсевами по периферии. Данная форма стрептодермии часто встречается у детей с избыточной массой тела, сахарным диабетом, повышенной потливостью.

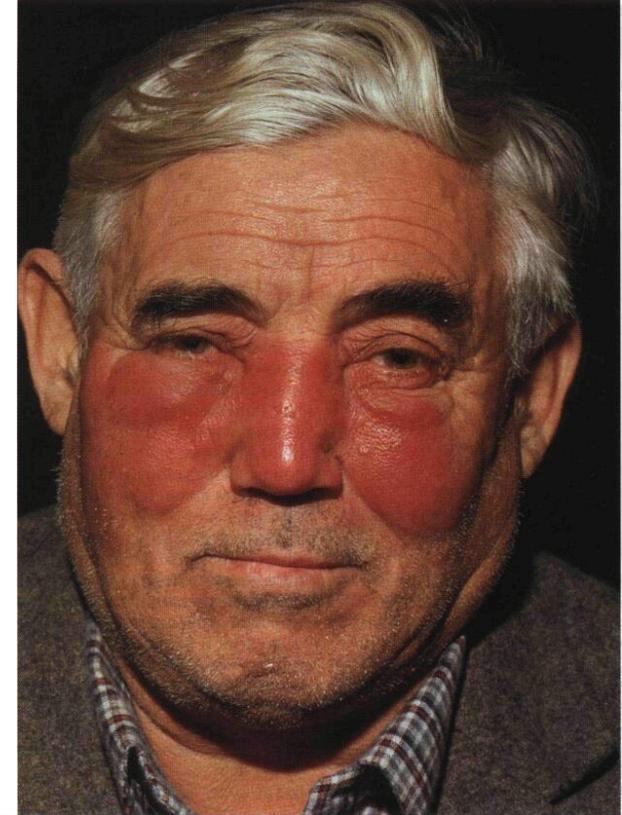


Стрептодермии

Рожа представляет собой острое воспаление кожи. Возбудителями заболевания являются стрептококки группы А (*Streptococcus pyogenes*), а также *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, пневмококки.

Чаще болеют дети в возрасте до 3 лет и пожилые люди.

Преимущественная локализация заболевания у взрослых лиц – голени, верхние конечности, туловище (в месте операционных ран), лицо (осложнения ринита и конъюнктивита), у детей – щеки, периорбитальная область, голова, шея, конечности. Воспаление представлено эритемой с приподнятыми краями, четкими границами, неправильных очертаний, различных размеров. Очаг воспаления отечный, блестящий, горячий на ощупь, болезненный при пальпации. Иногда на поверхности очага образуются пузыри, подкожные абсцессы, некроз.



Стрептодермии

Синдром стрептококкового токсического шока
(Streptococcal Toxic Shock Syndrome)

STSS

характеризуется острым развитием шока и мультисистемной органной недостаточностью.

Возбудителем заболевания является Streptococcus pyogenes группы А 3, 12 и 28 типов штамма М 1, которые продуцируют стрептококковый экзотоксин А и В (SPE-A, SPE-B).

Заболевание может развиваться у здоровых людей, чаще в месте травмы кожи, которые являются входными воротами для инфекции.

Факторами риска развития заболевания являются сахарный диабет, заболевания периферических сосудов. У пациента быстро развивается гипотензивный шок с почечной недостаточностью.

Инфекция мягких тканей развивается у 80% больных и в большинстве случаев (у 70% больных) протекает по типу тяжелых подкожных инфекций (некротический фасциит, миозит).

Стрептодермии

Везикулы и пузыри на поверхности воспалительного очага появляются позднее, у 5-7% больных, и являются неблагоприятным прогностическим признаком. У пациентов без инфекции мягких тканей наблюдаются очаги фокальной инфекции: остеомиелит, миозит, пневмония, перитонит, миокардит. Ранними признаками STSS могут быть гиперемия конъюнктивы и слизистой оболочки ротоглотки, малиновый язык. Другие кожные признаки включают петехиальные, пятнисто-папулезные и диффузные скарлатино-подобные высыпания. Высыпания могут появляться как в начале болезни, так и через 1–2 недели после окончания болезни (у 20–30% пациентов), одновременно с десквамацией. Летальность достигает 30%.



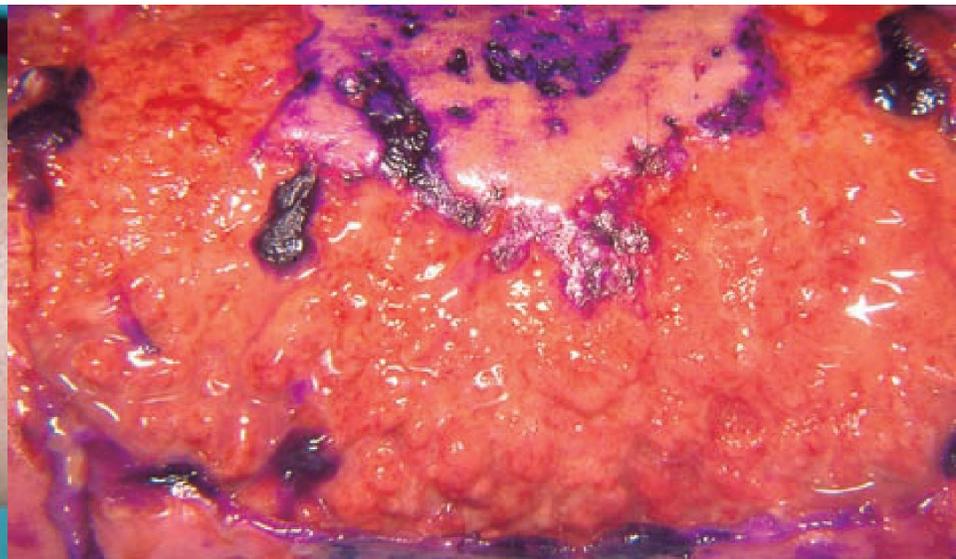
Стрептодермии

Стрептодермия острая диффузная – острое диффузное поражение кожи. Чаще встречается у взрослых лиц. Характеризуется наличием фликтен, склонных к периферическому росту и слиянию с образованием больших поверхностных эрозий, окаймленных венчиком отслоившегося рогового слоя эпидермиса с фестончатыми очертаниями. Отмечается выраженный отек, гиперемия, обильное мокнутие, серозные корки. Процесс локализуется, в основном, на нижних конечностях, а также вокруг инфицированных ран, свищей, ожогов.



Стрептодермии

Целлюлит – острое инфекционное воспаление дермы и подкожно-жировой клетчатки. Возбудителями являются *Streptococcus pyogenes* группы А, а также *Staphylococcus aureus*. Наиболее подвержены инфекции больные сахарным диабетом, циррозом печени, почечной недостаточностью, онкологической патологией. Целлюлит развивается на местах повреждения кожи, вблизи хирургических ран, а также на видимо здоровой коже.



Стрептодермии

Воспалительный очаг ярко-красного цвета, с нечеткими контурами, отечный, инфильтрированный, горячий и болезненный при пальпации. В пределах очага воспаления могут наблюдаться везикулы, пузыри, геморрагии, абсцесс. Целлюлит может проявляться на любом участке кожного покрова, но чаще локализуется на коже нижних конечностей и лица. Отмечается недомогание, повышение температуры тела. Осложнениями целлюлита могут быть абсцессы, остеомиелит, септический артрит, тромбофлебит, бактериемия, некротизирующий фасциит, а также лимфангит и гломерулонефрит. Рецидивирующая инфекция нижних конечностей может осложниться развитием фиброза дермы, лимфоотеклом и утолщением эпидермиса.

Стрептодермии

Эктима (стрептодермия язвенная) – глубокое поражение тканей с изъязвлением на ограниченном участке.

Возбудителем является *Streptococcus pyogenes*. Развитие заболевания начинается с появления фликтены с гнойным содержимым, которое в течение нескольких дней сосыхается в корку. Под коркой выявляется глубокая язва с отечными воспаленными мягкими краями и дном. Дно покрыто некротическим, гнойно-слизистым налетом. В течение 2–4 недель язва рубцуется. Процесс локализуется чаще всего на коже нижних конечностей. Факторами риска служат хронические заболевания, зудящие дерматозы.



Стрептостафилодермии

Импетиго стрептостафилококковое проявляется фликтенами, располагающимися на эритематозном фоне.

Содержимое фликтен высыхает с образованием рыхлых корок медово-желтого цвета. Отмечается рост элементов по периферии. Высыпания обычно диссеминированные, захватывают обширные участки кожного покрова. Длительность существования одного элемента импетиго в среднем составляет 7 дней. Заболевание высоко контагиозно. Стрептостафилококковое импетиго нередко осложняет зудящие кожные заболевания (экзема, чесотка, атопический дерматит и др.).

Диагностика

Диагноз устанавливают на основании особенностей клинической картины.

Поверхностные формы пиодермии, как правило, не требуют проведения микробиологического исследования.

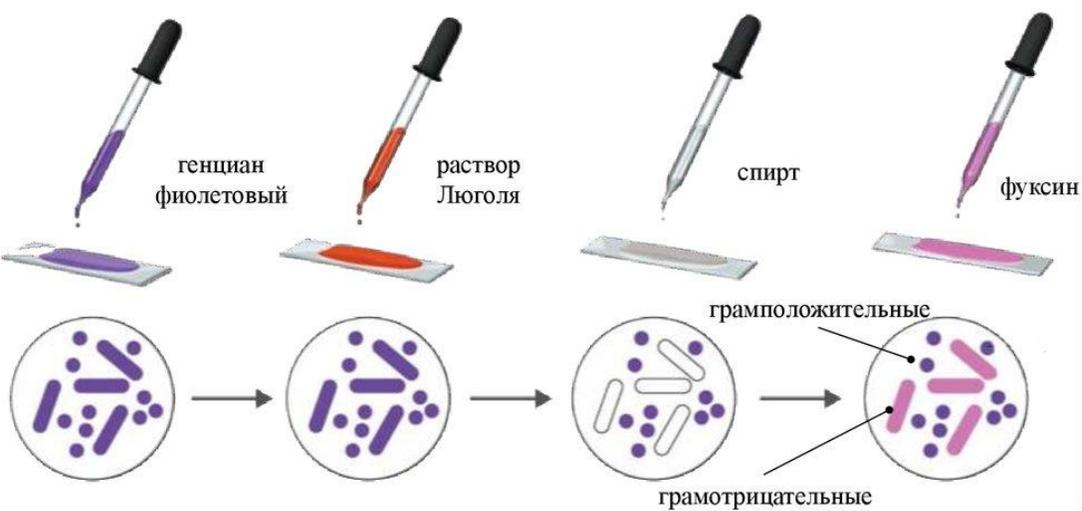
При хронических рецидивирующих формах необходимо использование:

- микробиологических (посев гнойного отделяемого с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам)
- биохимических (определение уровня сахара в крови и моче, гликированный гемоглобин)
- иммунологических (иммунограмма)
- лабораторных методов (клинический анализ крови и мочи)

В отдельных случаях при хронических формах пиодермии проводят биопсию очага поражения с последующим гистологическим исследованием.

При необходимости направляют на консультацию к эндокринологу или хирургу.

Диагностика



Принципы лечения

Терапия пиодермий должна быть этиопатогенетической.

При поверхностных пиодермиях можно ограничиться местным лечением.

При хронических, рецидивирующих и глубоких формах наряду с местным лечением проводят системную терапию.

Цели лечения:

- разрешение элементов
- эпителизация эрозий
- уменьшение частоты рецидивов заболевания при хронических формах пиодермий

Принципы лечения

Показания к системной терапии:

- множественные очаги
- системные проявления
- сопутствующие заболевания с иммуносупрессией
- младенческий и старческий возраст
- локализация
- отсутствие эффекта от наружной терапии

Принципы лечения

Группы лекарственных препаратов:

- антисептики
- анилиновые красители
- антибактериальные препараты наружного действия
- антибактериальные средства системного действия
- глюкокортикостероидные средства
- системные ретиноиды
- иммунобиологические средства



Принципы лечения

Антибиотики группа Фузиданы (Фузидиновая кислота)
препарата для местного применения **Фуцидин**



Принципы лечения

Физиотерапия при пиодермиях:

В зависимости от фазы течения раневого процесса принято выделять следующие задачи физиотерапии при лечении гнойно-воспалительных заболеваний в послеоперационном периоде:

1. В I фазе (собственно воспаление) после проведения хирургической обработки гнойного очага ФТЛ должно:

- оказывать бактерицидное (бактериостатическое) действие
- оказывать дегидратирующее (противоотечное) действие
- обезболивать
- способствовать отторжению некротизированных тканей

Принципы лечения

Физиотерапия при пиодермиях:

2. Во II фазе (пролиферации тканей) применяемые методы физиотерапии должны:

- обладать противовоспалительным действием
- улучшать микроциркуляцию и трофику в вовлеченных в процесс тканях
- способствовать созданию оптимальных условий для регенерации поврежденных участков
- предотвращать возможные осложнения

3. В III фазе раневого процесса (фазе заживления) ФТЛ должно способствовать:

- дальнейшей регенерации поврежденных тканей
- эпителизации раны
- формированию и дальнейшей реорганизации послеоперационного рубца с более высоким функционально-эстетическим результатом

Принципы лечения

Хирургическое лечение при пиодермиях:

- Комплексная кратковременная предоперационная подготовка, борьба с интоксикацией организма.
- Строгое соблюдение асептики во время операции.
- Правильный выбор и проведение обезболивания.
- Правильный выбор доступа.
- Обеспечение оттока гноя.
- Правильное дренирование очага и возможность постоянного или периодического подведения к нему лекарственных препаратов.



Принципы лечения

Иммунотерапия при пиодермиях:

- Стафилококковый анатоксин нативный
- Стафилококковый анатоксин очищенный адсорбированный
- Стафилококковый бактериофаг
- Стафилококковый антифагин
- Бактериофаг стрептококковый жидкий
- Вакцина стафилококковая
- Вакцина стрептококковая и аутовакцина



Режим

Режим больного пиодермией предполагает рациональный уход за кожей как в очаге поражения, так и вне его.

Запрещено!



Запрещено!



Запрещено!



Уход за кожей

При диссеминированном процессе не рекомендуются частые водные процедуры. Время мытья ограничено. Мыть можно только здоровые участки кожи. Очаги – закрывать. Температура воды прохладная. Полотенца использовать только один раз, далее стирка. Стирка – кипячение. Для разных участков тела – разные полотенца. Можно использовать бумажные полотенца.



Уход за волосами

Не рекомендуется удалять волос путем их сбривания.

Волосы в области расположения гнойничков рекомендуется состригать.

После выздоровления рекомендуется применять электрические бритвы или одноразовые станки.

Обработка инструментов (ножниц, станков) – стерилизация. В домашних условиях замачивание в дезсредствах.



Диета

При длительно текущих инфекционно-воспалительных процессах, а также при множественных высыпаниях определенное внимание должно быть уделено диете.

Питание должно быть:

- полноценным
- богатым витаминами
- резко ограничено количество соли
- с ограничением углеводов
- полностью исключается алкоголь



Прогноз

При поверхностных формах пиодермии адекватная терапия приводит к быстрому (через 3—5 сут) исчезновению очагов поражения.

При остром течении глубоких пиодермий (фурункул, карбункул) выздоровление наступает через 7—14 сут.

Лечение хронических язвенных пиодермий может затягиваться на несколько месяцев и даже лет.

Домашнее задание

1. Учебник «Кожные и венерические болезни» Б.И. Зудин стр. 103-116.
2. Презентация Тема №2 Пиодермии (краткая версия).
3. Презентация Тема №2 (расширенная версия) в VK.
4. СВРС №1 письменно в тетради к 3 занятию заполнить таблицу «Первичные и вторичные морфологические элементы кожи».
5. Словарь терминов.
6. Фармакология: антибиотики, сульфаниламиды, антисептики – формы и группы выпуска лекарственных препаратов.

Редкие заболевания

Заболевание ихтиоз Арлекина (Harlequin-type ichthyosis)

http://human-anomalies.ru/news/vyzhivshie_s_ikhtiozom_arlekina/2016-11-01-507

