Пиодермии

1. Классификация пиодермий

Пиодермиты - гнойничковые заболевания кожи, обусловленны экзогенным внедрением гноеродных микроорганизмов. Составляет 80 % от заболеваний кожи, среди детей - 38 %. Могут протекать остро и хронически. После разрешения процесса или восстановление структуры, при хронических процессах - рубцовые изменения.

Вызываются: staphilococcus, streptococcus, protei, E. coli, синегнойная палочка, грибы, гонококк, пневмококк и др.

Характеристика возбудителей:

1) хорошо прокрашиваются анилиновыми красителями;

2) Гр+;

3) хорошо растут на искусственных питательных средах, колонии;

4) гладкие, блестящие, небольших размеров.

Патогенез: пиодермиты могут возникнуть в результате активации потенциально патогенных микроорганизмов, находящихся на коже и слизистых оболочках.

Способствующие факторы:

1) экзогенные:

а) вирулентность микроорганизмов;

б) нарушение защитной способности: повышение рН (N = 4,5-5,5);

в) нарушение водно-эмульсионной пленки и целостности эпителия.

2) эндогенные:

а) наличие сопутствующей патологии;

б) функциональные нарушения центральной нервной системы;

в) нарушения эндокринной системы;

г) иммунодефициты;

д) гиповитаминозы, недостаточность микроэлементов;

е) применение глюкокортикоидов и цитостатиков.

Классификация:

1) по этиологии:

а) стафилококковые;

б) стрептококковые;

в) смешанные.

2) по распространенности:

а) локализованные;

б) распространенные.

3) по течению:

а) острые (до 2 месяцев);

б) хронические.

4) по глубине поражения:

а) поверхностные - эпидермис и верхние слои дермы;

б) глубокие - все слои.

**2. Стафилодермии**

Отличие стафилодермии от стрептодермии: при стафилодермии поражаются волосяные фолликулы, более глубокие слои кожи, более распространенные, более контагинозные; чаще страдают дети.

Особенности течения в современный период: чаще одиночные фурункулы, фурункулы с острым течением, более доброкачественные, чаще вторичные.

Различают следующие разновидности стафилодермий: остиофолликулит, фолликулит, сикоз, эпидемическую пузырчатку новорожденных (поверхностные стафилодермии), фурункул, карбункул и гидраденит (глубокие стафилодермии).

Остиофолликулит - расположенная в устье волосяного фолликула небольшая пустула с плотной покрышкой. Полость заполнена желтой жидкостью и пронизана волосом, по периферии пустула окаймлена узким ободком гиперемии. Через 2-3 дня ссыхается и отторгается. Лечение: анилиновые красители, вокруг - 3%-ный салициловый спирт.

Фолликулит - при распространении нагноения в глубь фолликула остиофолликулит трансформируется в фолликулит, который клинически отличается от первого наличием инфильтрата в виде воспалительного узелка, расположенного вокруг волоса.

Остиофолликулиты и фолликулиты могут быть единичными и множественными. Они локализуются на любом участке кожного покрова, где имеются длинные или хорошо развитые пушковые волосы. При инволюции образуется гнойная корочка, при отпадении которой обнаруживается синюшно-розовое пятно, со временем исчезающее.

Лечение: "Рулицин" по 150 мг 2 раза в сутки не менее 10 дней. Мазь для носа "Бактробан" - внутрь ноздрей 2-3 раза в день 7 дней. Мазь "Гиоксизон" 2 раза в день тонким слоем. Мазь и крем "Пимафукорт" 2-4 раза в сутки 10-14 дней. Иммуностимуляторы. Остиофолликулиты и фолликулиты вскрывают стерильной иглой и обрабатывают анилиновыми красками.

Стафилококковый сикоз - множественные, кучно расположенные на синюшно-красной и инфильтрированной коже обычно подбородка и верхней губы остиофолликулиты и фолликулиты, находящиеся на различных стадиях эволюции и склонные к длительному, порой многолетнему, рецидивирующему течению. Лечение: при сикозе обязательна повторная эпиляция. "Рулицин" по 150 мг 2 раза в сутки не менее 10 дней. Аэрозоль "Полькортолон" 1-3 раза в день.

Эпидемическая пузырчатка новорожденных - высококонтагиозное острое заболевание, поражающее новорожденных в первые 7-10 дней жизни. Характеризуется многочисленными пузырями различной величины с прозрачным или мутным содержимым и тонкой дряблой покрышкой. Поражается весь кожный покров, за исключением ладоней и подошв. Пузыри частью подсыхают с образованием тонких корок или, продолжая увеличиваться в размерах, сливаются друг с другом и вскрываются, приводя к формированию эрозивных поверхностей, иногда захватывающих всю кожу (эксфолиативный дерматит Риттера). Возможно вовлечение в процесс слизистых оболочек. Могут присоединяться общие явления, порой тяжелые, приводящие к летальному исходу.

Фурункул - гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула и окружающих его тканей; клинически представляет собой островоспалительный узел с пустулой на верхушке. При вскрытии обнажается некротический стержень, при отторжении которого образуется язва, заживающая рубцом. Субъективно проявляется болью. Фурункулы могут быть одиночными и множественными, а течение острым и хроническим. Иногда присоединяются лимфадениты и лимфангиты, лихорадка. При локализации на лице, особенно в носогубном треугольнике, возможны менингеальные осложнения. Лечение зависит от стадии течения. В стадии формирования узла применяют тепло, УВЧ, ультразвук, лазер. На невскрывшиеся фурункулы и гидрадениты наложить "лепешки" из чистого ихтиола, при вскрытии - гипертонические повязки, а после очищения язв - повязки с мазями, содержащими антибиотики, протеолитические ферменты, солкосерил. При локализации фурункула на лице или шее - всегда назначение внутрь сульфаниламидов или антибиотиков. "Цефалексин" 250-500 мг 4 раза в день 7 дней. Ампициллин 250 мг-300 мг каждые 6 часов 5-14 дней. Клиндамицин 150-450 мг 4 раза в сутки. Мазь для носа "Бактробан" - внутрь ноздрей 2-3 раза в день 7 дней. Мазь "Гиоксизон" 2 раза в день тонким слоем. В состав комплексной терапии - раствор "Димексид" 50% - разводят с новокаином, физраствором 1:1, в виде аппликаций в течение 20-30 минут 1 раз в сутки, 10-15 процедур.

Карбункул - плотный глубокий инфильтрат багрово-красного цвета с явлениями резко выраженного перифокального отека, возникающий в результате некротически-гнойного воспаления кожи и подкожной жировой клетчатки. Через образующиеся отверстия выделяется густой гной, смешанный с кровью. При отторжении некротических масс образуется глубокая язва, заживающая грубым рубцом. В патологический процесс вовлекается 5-6 фолликулов. Субъективно проявляется мучительными болями. Общее состояние, как правило, нарушено, сопровождается повышением температуры, головной болью. Карбункулы возникают у ослабленных и истощенных лиц на затылке, спине и пояснице. Крайне опасны карбункулы лица. Необходима госпитализация, антибактериальная терапия. Карбункулы подлежат хирургическому вскрытию с последующим наложением гипертонических и антисептических повязок. "Ципробай" 250-500 мг 2 раза в сутки 7-10 дней. Раствор для наружного применения "Фукорцин" 2-4 раза в сутки, после высыхания - мази. Мазь "Гиоксизон" 2 раза в день тонким слоем.

Гидраденит - гнойное воспаление апокринных потовых желез. В коже (обычно подкрыльцовых впадин) формируется островоспалительный узел, при вскрытии которого выделяется гной. Впоследствии процесс подвергается рубцеванию. Отмечается болезненность. Возможны общие нарушения, особенно при множественных гидраденитах, образующих массивные конгломераты. Гидраденит чаще встречается у полных женщин, страдающих потливостью. Лечение: иммунотерапия, физиотерапия. На невскрывшиеся гидрадениты наложить "лепешки" из чистого ихтиола, при вскрытии - гипертонические повязки, а после очищения язв - повязки с мазями, содержащими антибиотики: мазь "Гиоксизон" 2 раза в день тонким слоем. Мазь и аэрозоль "Оксикорт" 2 раза в сутки.

Множественные абсцессы у детей, псевдофурункулез - острое гнойное воспаление потовых желез. Появляются синюшно-красные узлы величиной от горошины до вишни. Плотные узлы постепенно размягчаются с образованием абсцесса. Характерно приступообразное возникновение элементов. Исход - рубцевание. Встречается у истощенных, недоношенных детей грудного возраста. Локализация: спина, волосистая часть головы, затылок, ягодицы. Лечение: антибиотики при распространенных высыпаниях (кефзол), иммуномодуляторы (гамма-глобулин), эубиотики, гемотерапия материнской кровью в комплексе с ферроплексом, витамины. Для рассасывания абсцессов - УВЧ.

"Сумамед" при массе больше 10 кг -10 мг на 1 кг - 1-й день, затем по 0,5 мг со 2-го по 5-й день. Раствор для наружного применения "Фукорцин" 2-4 раза в сутки, после высыхания - мази. Аэрозоль "Оксициклозоль" 2-3 раза в день - 2-3 раза в неделю. Мазь и крем "Пимафукорт" 2-4 раза в сутки 10-14 дней.

**Лекция № 4. Пиодермии**

**1. Стрептодермии,** Стрепто-стафилококковые пиодермиты, Пиоаллергиды

Основной морфологический элемент стрептодермий - фликтена - полость в эпидермисе с тонкой и дряблой покрышкой, заполненная серозно-гнойным или гнойным содержимым, расположенная на гладкой коже и не связанная с сально-волосяным фолликулом. Различают стрептококковое импетиго, буллезное импетиго и вульгарную эктиму.

Стрептококковое импетиго - контагиозное заболевание, поражающее детей и молодых женщин. Характеризуется высыпанием фликтен, окаймленных ободком гиперемии. Нередко покрышка фликтен разрывается с образованием поверхностных эрозий розово-красного цвета, отделяющих обильный экссудат. Экссудат, как и содержимое фликтен, быстро подсыхает с образованием медово-желтых корок, при отпадении которых обнаруживаются розовые пятна, вскоре исчезающие. При прогрессировании фликтены становятся множественными, могут сливаться в обширные очаги, покрытые массивными корками. Отмечаются умеренный зуд или легкое жжение. Общее состояние обычно не нарушается.

Клинические разновидности:

1) буллезное импетиго - наиболее тяжелый вариант стрептококкового импетиго; развивается обычно у взрослых на стопах, голенях и кистях. Отличается крупными напряженными пузырями, имеющими серозный или серозно-кровянистый экссудат и толстую покрышку. Кожа вокруг них воспалена;

2) заеда - в углах рта в виде трещины;

3) околоногтевое импетиго - иногда фликтена подковообразно охватывает ноготь;

4) кольцевидное импетиго. Образуется в результате подсыхания плоских пузырей в центре и распространения их по периферии, наблюдается образование дуг и гирлянд;

5) стрептококковая опрелость - в крупных складках кожи возникают эродированные участки с бордюром отслоившегося эпидермиса;

6) папуло-эрозивная стрептодермия. Встречается в грудном возрасте. Узелки красного цвета, плотной консистенции, величиной до боба.

Могут присоединяться лимфангииты, лимфадениты, общие нарушения, изменения в гемограммах. Очаги импетиго смазывают анилиновыми красками, мазями с антибиотиками (при буллезном импетиго предварительно вскрывают пузыри).

Простой лишай - слабопатогенная стрептодермия, вызывающая вялотекущее заболевание. Проявляется возникновением светло-розовых или розово-красных пятен с мелкопластинчатыми, серовато-белыми чешуйками на поверхности. Встречаются чаще у детей и женщин. Локализация: лицо, туловище, плечи.

Вульгарная эктима - единственная глубокая форма стрептодермии. Локализация: чаще у взрослых на голенях, ягодицах, бедрах и туловище. Может вызываться смешанной инфекцией. Клиника: возникает крупная, глубоко расположенная фликтена с гнойным или гнойно-геморрагическим содержимым, подсыхающим в толстую корку, под которой обнаруживается язва. Заживление происходит поверхностным, реже втянутым рубцом с четкими контурами. Количество эктим варьирует от единичных до множественных. У ослабленных лиц они приобретают затяжное течение. Формы: обычная, гангренозная, проникающая (глубокая).

Лечение: "Сумамед" 500 мг в сутки 3 дня за 1 час до еды. Мазь для носа "Бактробан" - внутрь ноздрей 2-3 раза в день 7 дней. Раствор для наружного применения "Фукорцин" 2-4 раза в сутки, после высыхания - мази. Мазь "Гиоксизон" 2 раза в день тонким слоем. "Лоринден С" 3 раза в день (крем), 2 раза в сутки после улучшения (мазь). Мазь и аэрозоль "Оксикорт" 2 раза в сутки. Аэрозоль "Оксициклозоль" 2-3 раза в день - 2-3 раза в неделю. Аэрозоль "Полькортолон" 1-3 раза в день.

**Стрепто-стафилодермии**

Хроническая глубокая язвенно-вегетирующая пиодермия - из остиофолликулита, фолликулита или фликтены возникает язва с инфильтративными краями. Дно покрыто сосочкообразными разрастаниями и вегетациями.

Ботриомикома (пиогенная гранулема) - на месте внедрения микроорганизма формируется опухоль с дольчатым строением ("ягода малины"), которую необходимо иссекать.

Шанкриформная пиодермия напоминает твердый шанкр, локализована на гениталиях, клинически не отличается от сифилитического. Часто бывает у лиц, больных СПИДом, но при шанкриформной пиодермии уплотнение выходит за пределы язвы, при сифилисе - не выходит.

Вульгарное импетиго - контагиозное заболевание. Начало с типичной стрептококковой фликтены. После присоединения стафилококковой инфекции жидкость фликтены мутнеет, ссыхается в слоистые светло-желтые корки. Все высыпания склонны к периферическому росту. Отторжение корок сопровождается образованием эрозии и грануляционных разрастаний. Антибиотики назначают при распространенном характере.

Пиоаллергиды образуются в результате крупных и глубоких форм пиодермий, в результате аллергизации организма. Морфологически - пятнисто-уртикарные узелковые или узелково-везикулярные элементы. Во время высыпаний больные ощущают зуд. Лечение: наружно - индифферентные болтушки и пудры, общая десенсибилизирующая терапия (кальция глюконат), аутогемотерапия.

**2. Терапия хронических пиодермий**

Лечение пиодермий. При множественных очагах общее мытье запрещается, при одиночных очагах вопрос решается индивидуально. Всегда следует избегать мытья самих очагов. Предметы обихода должны быть индивидуальными. Лечение при общих явлениях желательно проводить в стационаре. "Цефалексин" 250-500 мг 4 раза в день 7 дней. "Сумамед" 500 мг в сутки 3 дня за 1 час до еды. При хронической пиодермии - "Проспидин" 100 мг в/м, в/в ежедневно, на курс 3,0 г. Раствор для наружного применения "Фукорцин" 2-4 раза в сутки, после высыхания - мази. Мазь для носа "Бактробан" - внутрь ноздрей 2-3 раза в день 7 дней. Мазь "Гиоксизон" 2 раза в день тонким слоем. Аэрозоль "Левовинизоль" 2-3 раза в неделю (на ограниченные инфицированные раны, эрозии, язвы). Аэрозоль "Оксициклозоль" 2-3 раза в день - 2-3 раза в неделю. Аэрозоль "Олазоль" после удаления некротических и гнойных масс с поверхности - 2-4 раза в сутки.

Профилактика, прогноз. Гигиенический общий режим, полноценное и регулярное питание, занятия физкультурой и спортом. Лечение общих заболеваний. Предупреждение и немедленная обработка микротравм. Соблюдение правил личной гигиены. Изоляция детей, больных стрептококковым и вульгарным импетиго, из коллективов. Своевременное лечение начальных проявлений. Прогноз для излечения при острых формах, как правило, благоприятный, при хронических, особенно протекающих на фоне тяжелых локализаций в области лица, - течение затягивается.

Общие принципы терапии хронических пиодермий:

1) тщательное обследование больного, ликвидация сопутствующих заболеваний, санация фокальных очагов инфекции;

2) общая терапия

а) этиотропные средства:

- антибиотики (при необходимости проведение антибиотикограммы), сульфаниламиды, нитрофураны;

- поливалентная стафилококковая вакцина; аутовакцина; стафилококковый анатоксин подкожно в подлопаточную область (0,2 мл, 0,5 мл, 1,0 мл, 1,5 мл, 2,0 мл, 6-10 инъекций через 4-5 дней, курс повторить через месяц);

- подкожно антифагин стафилококковый специфический (от 0,2 к 1 мл через день, каждая следующая доза увеличивается на 0,2 мл; курс - 8-10 инъекций, проводят три курса с интервалом в три недели); антистафилококковый иммуноглобулин внутримышечно через день, 3 мл 4-6 раз;

б) патогенетические средства:

- пирогенал - 2,5 мкг через день, температура не должна быть более 38 о; плазмол (2 мл подкожно, 15 инъекций); стекловидное тело (подкожно, 15 инъекций); спленин (подкожно, 15 инъекций); алоэ (подкожно, 15 инъекций);

-иммуностимуляторы (метилурацил, пентаксил, аутогемотерапия переливания гипериммунной стафилококковой плазмы 4-5 раз), иммунокорректоры (левомизол - 150 мг 3 дня, 4 дня перерыв; нуклеинат натрия 3 раза в день 3 недели);

- витаминотерапия (А, В1, В6, В12, С, фолиевая кислота);

- антигистаминное лечение;

- ферменты (химотрипсин, химопсин);

в) симптоматическое лечение:

- обезболивающие (анальгин, триган, максиган);

- понижающие температуру (Панадол, парацетамол)

Местная терапия:

а) в стадии инфильтрации:

- обкалывание очага антибиотиками;

- электрофорез с антибиотиками;

- УФО, УВЧ, ультразвук

б) в стадии нагноения:

- повязки с чистым ихтиолом, линиментом алоэ;

- обработка кожи вокруг очага борным, салициловым спиртом;

- хирургическое иссечение

в) стадия изъязвления:

- турунды с гипертоническим раствором;

- промывание перекисью водорода;

- туширование аналиновыми красителями, перманганатом калия;

- мази с антибиотиками, эмульсии с сульфаниламидами;

- антибактериальные средства животного и растительного происхождения (хлорофиллипт, бализ-2, эктерицид).