**Смешанные стрепто-стафилококковые пиодермиты**. Вульгарное, или стрепто-стафилококковое импетиго. Хроническая язвенная и язвенно-вегетирующая пиодермия. Шанкриформная пиодермия.

 К этой группе гнойничковых заболеваний кожи относятся такие пиодермиты, при которых этиологическим фактором являются одновременно стафилококки и стрептококки. Различают поверхностную форму - вульгарное, или стрепто-стафилококковое, импетиго и атипические разновидности глубоких пиодермитов: хроническую язвенно-вегетирующую пиодермию, шанкриформную пиодермию и пиогенную гранулему (ботриомикома).

Вульгарное, или стрепто-стафилококковое импетиго.

Патогенез. Способствующими факторами могут быть предшествующие или сопутствующие зудящие болезни кожи (чесотка, экзема, атонический дерматит), а также травмы кожи, загрязнения, мацерация кожи слюной и другими выделениями.

Клиника и течение. Вначале на покрасневшей, слегка отечной коже остро образуется стрептококковое импетиго - фликтена, содержимое которой вследствие присоединения стафилококков быстро мутнеет, становится гнойным. Затем секрет ссыхается, образуя толстую, желто-медовую или желтовато-зеленую корку. Вульгарное импетиго чаще распространяется вокруг полости рта, глазных щелей, ноздрей (реже на коже туловища и конечностей) и поражает преимущественно детей, девушек и молодых женщин. Нередко отмечают увеличение регионарных лимфатических узлов.

Весь цикл развития отдельного элемента продолжается 8-15 дней, после чего на коже остается временная пигментация. Следует отметить склонность к слиянию отдельных пустул.

Диагноз. Основывается на характерной клинической картине, локализация и течение процесса у детей.

Хроническая язвенная и язвенно-вегетирующая пиодермия.

Патогенез. Важную роль играет снижение сопротивляемости организма к пиококковой инфекции, а также ослабление патогенных свойств возбудителя, что приводит к длительному хроническому течению болезни, отсутствию бурной реакции организма на внедрение пиококков. Благоприятствующими заболеванию факторами являются нарушения функций внутренних органов, нервной и эндокринной систем. Немаловажное значение имеют й местные нервно-трофические расстройства сосудистой системы как результат нарушения кровоснабжения, травм, переохлаждения, проницаемости и резистентности сосудов вследствие гиповитаминоза или перенесенных инфекций. Хронические пиодермиты локализуются большей частью на коже нижних конечностей реже на тыле кистей. Болеют преимущественно мужчины в возрасте 40-60 лет.

Клиника и течение. Заболевание начинается с возникновения стрептококковой эктимы, фурункула или своеобразного глубокого инфильтрата, который быстро подвергается некрозу с образованием язвы. Последняя имеет значительные размеры, округлые, овальные или фестончатые очертания, уплотненные инфильтрированные подрытые края, неровное рыхлое дно с вялыми серыми грануляциями и значительным количеством гнойного или серозно-гнойного содержимого. По периферии основного очага могут образоваться глубокие пустулы. В глубине инфильтратов обнаруживают глубокие, сообщающиеся друг с другом гнойные полости. Под коркой язвенный процесс расширяется по периферии и принимает различные очертания и формы: то в виде кругов, колец, то в виде гирлянд с фестончатыми краями. По краям основных очагов постоянно формируются новые фликтены или пустулы, подвергающиеся гнойно-язвенному расплавлению. В процесс могут быть вовлечены одновременно эпидермис, дерма, гиподерма, мышцы, а в некоторых случаях кости; заканчивается он обычно образованием рубцов. Болезнь сопровождается бессонницей, слабостью, малокровием, болями (как правило, нерезкими), принимает хроническое течение - затягивается на многие месяцы и годы.

На поверхности изъязвлений или по периферии язвенного поражения могут развиваться бородавчатые разрастания ткани - вегетации, иногда покрывающие постепенно всю поверхность поражения (хроническая язвенно-вегетирующая пиодермия). Нередко образуются единичные или множественные фистулезные ходы, из которых постоянно выделяется гнойный секрет, часто с примесью крови. Иногда центральная часть язвенной поверхности заживает, но процесс продолжает распространяться по периферии. В этом случае говорят о серпигинозной форме хронической пиодермии.

Диагноз затруднен. Кроме клинической картины и течения заболевания, приходится учитывать анамнез, результаты и гистологического и бактериологического исследований, биологических проб. Дифференциальную диагностику проводят с бородавчатым, язвенным и язвенно-вегетирующими поражениями при туберкулезе, третичным сифилисом, глубокими микозами (актиномикоз, споротрихоз, глубокие бластомикозы), лейшманиозом.

Бугорково-язвенный сифилид характеризуется множеством мелких бугорков, подвергающихся распаду с образованием изъязвлений, дно которых гладкое, с незначительным отделяемым. Бугорки появляются толчкообразно, находятся в разной стадии развития, поэтому после них остаются мозаичные рубцы. Диагностике способствуют другие симптомы третичного сифилиса и данные серологического обследования. При бородавчатом туберкулезе образуются бугорки с неостровоспалительной реакцией, характерными для туберкулеза кожи феноменами, а в язвенно-вегетирующей стадии отмечается скудное серозное отделяемое и отсутствие по периферии пиогенных отсевов. Кроме того, бородавчатые разрастания имеют гиперкератозный характер и меньшую склонность к распаду. Язвы, образующиеся при вскрытии скрофулодермы, имеют мягкие лоскутообразные края, неровное дно с бледными грануляциями и небольшим количеством серозного отделяемого. Наличие свищевых или фистулезных ходов затрудняет дифференциальную диагностику. На месте бывшей скрофулодермы остаются мостикообразные, сосочковидные бородавчатые рубцы. Бородавчатый туберкулез кожи и скрофулодерма могут сопровождаться положительными туберкулиновыми реакциями. Актиномикоз кожи от хронической язвенно-вегетирующей пиодермии отличается деревянистой плотностью инфильтрата и наличием в отделяемом друз гриба. Споротрихоз и глубокий бластомикоз дифференцируют на основании микологического исследования, включая культуральное исследование отделяемого язв и биопсийного материала.

Хронические (атипические) пиодермии. Из разновидностей атипических ииодермитов в клинике чаще наблюдаются шанкриформная пиодермия и хроническая пиогенная гранулема (ботриомикома).

Шанкриформная пиодермия (pyodermia shancriformis)

Этиология. Заболевание чаще вызывает золотистый стафилококк, но может и стрептококк, поэтому его относят к группе смешанных пиодермитов.

Патогенез. Заболеванию благоприятствуют нечистоплотность, узость препуциального кольца, фимоз, при котором смегма, скапливаясь, раздра жает кожу головки члена и крайнюю плоть, вызывает нагноение и способствует образованию эрозий и язв.

Клиника и течение. Характерно появление эрозивного, а чаще язвенного поражения правильно округлых или овальных очертаний, с плотными, валикообразно приподнятыми краями и инфильтрированным дном мясо - красного цвета, покрытого иногда гнойным отделяемым или гангренозным распадом. Язвы обычно одиночные, редко множественные, располагаются, как правило, на половых органах, но могут локализоваться и на лице, губах, веках, языке. Сходство с сифилитическим твердым шанкром усугубляется наличием в основании язвы более или менее выраженного уплотнения, малой болезненностью язвы, увеличением регионарных лимфатических узлов до размера вишни или лесного ореха. Течение шанкриформной пиодермии может затягиваться до 2-3 мес. и заканчиваться образованием рубца. Некоторые авторы не рассматривают шанкриформную пиодермию как отдельную нозологическую форму, а считают ее вульгарной эктимой, локализованной на половых органах.

Дифференциальная диагностика с твердым шанкром может представлять большие трудности, так как отсутствие в серуме бледных трепонем еще не исключается твердого шанкра. Диагностике способствуют анамнез и результаты серологических реакций. Кроме того, следует помнить, что плотный инфильтрат в основании твердого шанкра не выходит за границы эрозии или язвы, тогда как при шанкриформной пиодермии инфильтрат в дне язвы выходит за ее пределы.

Иногда окончательный диагноз приходится ставить только после длительного наблюдения за больным и серологических исследований. С этой целью проводят неоднократные исследования отделяемого язвы на наличие бледной трепонемы и серологические исследования крови (КСР, РИФ)

Пиогенная гранулема (granuloma pyogenicum), или ботриомикома, включена условно в группу пиодермии, так как прежде этиологическим фактором считался стафилококк. В настоящее время в ее возникновении установлено участие сочетанной инфекции стафилококка и вируса. Часто на месте травмы, но возможно и без предшествующего травмирования, возникает возвышенное опухолевидное образование насыщенно-красного цвета с большим количеством поверхностно расположенных сосудов, поэтому ботриомикому относят к гемангиомам. Размеры пиогенной гранулемы варьируют от просяного зерна до лесного ореха. Поверхность ее неровная, часто дольчатая или сосочковидная. Располагается ботриомикома на коже лица, красной кайме губ, слизистой оболочке рта.