Ф.И.О. больной: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пол: Женский. Возраст: 20 лет.

Домашний адрес: Томская обл., Шегарский р-н, село Новоильинка.

Место работы: сельская школа. Должность: учитель.

###### Дата поступления в клинику: 27/08/02

Клинический диагноз: стрептостафилодермия

Осложнения основного заболевания:

Сопутствующие заболевания: хронический холецистит, хронический описторхоз

# Жалобы

Жалобы: на высыпания везикулезного характера в области левой голени, появившиеся 30 июля, на незначительную болезненность постоянного характера в области левой голени, без иррадиации, на отечность левой голени и левого голеностопного сустава, появившуюся спустя несколько дней после образования первого пузыря, на слабо интенсивный зуд в области левой голени, усиливающийся вечером перед сном.

## История развития настоящего заболевания

Считает себя больной с июня 1998 года, когда на спине в межлопаточной области появился напряженный пузырь, диаметр которого увеличился за одни- двое суток до восьми- десяти миллиметров. Появление пузыря сопровождалось болезненностью и зудом, его интенсивность усиливалась вечером перед сном. Это затруднило засыпание, но в целом качество сна не изменилось. Пациентка вскрыла пузырь, из которого выделилась прозрачная жидкость, обработала место спиртовым раствором бриллиантовой зелени. Затем подобные пузыри распространились в межлопаточной области. Больная обратилась за помощью в кожную клинику, где ей был поставлен диагноз стрептостафилодермии, и проведено следующее лечение: местно: обработка кожи метиленовым синим после вскрытия пузырей, курс антибиотикотерапии, тиосульфат натрия, витамины В6, В12 и никотиновая кислота. Через 1,5 недели наступило выздоровления, корочки исчезли бесследно. Затем с периодичностью 2-3 месяца у больной возникали рецидивы данного заболевания, в связи с этим больная проходила стационарное лечение в кожной клинике. Рецидивы возникали после переохлаждения, нервных переживаний. Высыпания локализовывались на животе, правом и левом предплечьях, голенях, но никогда больше не возникали на спине. На предплечьях после выздоровления остались пигментные пятна. С сентября 2000г. по июль 2002г. рецидивов не возникало. 30 июля на передней поверхности левой голени в средней трети на фоне эритемы и отечности появился напряженный пузырь с прозрачным содержимым, диаметр которого в течение двух суток увеличился до 6 мм. Пациентка самостоятельно вскрыла пузырь, обработала поверхность раствором бриллиантовой зелени. После чего по всей поверхности голени появились эритематозные пятна неправильной формы, а затем и аналогичные пузыри. Сначала пузыри распространились вокруг голени, захватив среднюю треть, затем в сторону коленного и голеностопного суставов. В области последнего появилась отечность, несколько уменьшившаяся к настоящему времени. Появление пузырей сопровождалось незначительной болезненностью и зудом, его интенсивность усиливалась вечером перед сном. Это затруднило засыпание, но в целом качество сна не изменилось. Несколько позже на внутренней поверхности правого коленного сустава появилось два пузырька диаметром около 8 мм каждый. Их пациентка также вскрыла, обработав бриллиантовой зеленью.

До поступление в клинику ни чем не лечилась.

## История жизни больного

Родилась в с. Новоильинка Шегарского района первым ребёнком в семье, от первой беременности, роды без осложнений, в срок, физиологические. Вес при рождении 3850г. Вскармливание после рождения грудное. Росла и развивалась соответственно полу и возрасту. В физическом и умственном не отставала от своих сверстников. Перенесенные в детстве заболевания: ветрянка, корь, скарлатина, частые простудные заболевания. В школу пошла с 7 лет, закончила 11классов, поступила на курсы бухгалтеров, а затем поступила в ТГПУ на заочное обучение по специальности психология. Одновременно с этим устроилась на работу учителем в сельскую школу. Менструации начались с 11 лет, регулярные, не обильные, длятся около трех дней. Травмы, операции, аллергические реакции на пищевые продукты отрицает. Замужем с 23/08/02, беременность первая, срок 18 недель. Со слов больной имеет непереносимость СаСl2. Наследственный анамнез не отягощён, отрицает наличие у ближайших родственников сифилиса, туберкулеза, кожных заболеваний, болезней обмена веществ, нервных и психических заболеваний. Вредные привычки отрицает. Условия труда удовлетворительные, работа не связана с психическими стрессами. Условия быта: живет в одноэтажном, неблагоустроенном деревянном доме, имеет приусадебное хозяйство.

## Объективное исследование

Общее состояние удовлетворительное

Положение активное

Телосложение гиперстеническое

Рост 164 см

Вес 84 кг

### **Кожа**

Кожа обычного цвета, умеренно жирная и влажная, эластичная, рисунок кожи не выражен.

Волосы сухие, не ломкие, без секущихся концов. Ногти бледно- розовые, правильной формы, ногтевая пластинка гладкая, матовая. Подкожно- жировой слой развит умеренно, толщина кожной складки на уровне пупка 4 см, распределен равномерно по женскому типу. Отмечается отек левой голени и левого голеностопного сустава. При осмотре поднижнечелюстные, заушные, шейные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненны. Тургор тканей сохранён.

### **Костно-мышечная система**

Травмы и переломы костей отсутствуют. Деформаций не выявлено, суставы обычной конфигурации, левый голеностопный сустав отечен. В суставах сохранена активная и пассивная подвижность. Кожные покровы над суставами обычной окраски. Мышцы развиты хорошо, мышечная сила удовлетворительная, тонус мышц сохранен.

### **Органы дыхания**

# Осмотр

Форма грудной клетки цилиндрическая, правая и левая половины симметричны, эпигастральный угол – прямой, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Ключицы и лопатки симметричны. Лопатки плотно прилежат к задней стенки грудной клетки. Ребра в боковых отделах грудной клетки имеют умеренно косое направление. Надключичные и подключичные ямки выражены незначительно. Межреберные промежутки прослеживаются. Тип дыхания грудной. Частота дыхательных движений 18 в минуту.

Соотношение вдоха\выдоха одинаковое.

Вспомогательные мышцы в акте дыхания не участвуют.

# Пальпация

Болевые точки не обнаружены. Грудная стенка эластичная. Голосовое дрожание на передней, боковой, задней поверхности грудной клетки не изменено, на симметричных участках одинаковое.

# Перкуссия

При сравнительной перкуссии над передними, боковыми, задними отделами лёгких перкуторный звук легочный, на симметричных участках одинаковый. Гамма звучности над передними, задними отделами легких распределена правильно.

# Аускультация

Над всей поверхностью грудной клетки выслушивается везикулярное дыхание. Бронхофония сохранена.

# Сердечно-сосудистая система

Осмотр и пальпация области сердца

Выпячивание в области сердца, видимая пульсация в области сердца и надчревная пульсация не определяются. Верхушечный толчок и толчок правого желудочка не пальпируются. Дрожание в области основания сердца отсутствует. Болевые точки при пальпации не выявлены.

# Перкуссия сердца

# Границы абсолютной тупости сердца соответствуют норме.

# Аускультация сердца

Тоны сердца ясные, ритмичные.

I тон лучше выслушивается на верхушке сердца, громче, чем II тон, совпадает с пульсом на лучевой артерии, выслушивается после длительной паузы, продолжительнее и ниже по тональности, чем II тон.

II тон лучше выслушивается на основании сердца, выслушивается после короткой паузы, громче, чем I тон, выше по тональности, менее продолжителен, чем I тон. Шумы не определяются.

Пульс одинаковый на обеих руках, удовлетворительного наполнения и напряжения, пульс ритмичный, не учащен (72 удара в минуту), стенка сосуда эластичная.

Артериальное кровяное давление 120/90 мм рт. ст.

##### **Пищеварительная система**

##### **Осмотр**

Полость рта: язык обычной величины, влажный, сосочковый слой выражен слабо, язык чистый, глоссита, язв, трещин не выявлено. Имеются кариозные изменения зубов, зубы не подвижны, протезы отсутствуют. Десны бледно- розовые, безболезненные, некрозы, изъязвления, гнойные выделения отсутствуют. Мягкое и твердое небо бледно-розовые, налет отсутствует, дужки обычной формы, не гиперемированы. Миндалины не увеличены, розовой окраски, не выходят за край язычка, содержимое лакун не определяется. Слизистая рта розовая, влажная, чистая.

### **Живот**

Живот выпячен равномерно, левая и правая половины симметричны. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, не напряжен, грыжевые выпячивания не определяются. Рубцовые изменения и грелочная пигментация не выявлены. Наличие свободной жидкости в брюшной полости, метеоризм и перистальтические движения кишечника не определяются.

#### **Кишечник**

Глубокая пальпация невозможна по причине беременности.

#### **Печень**

Видимое увеличение печени и ее пульсация не определяются. Верхняя граница абсолютной тупости печени находится на уровне VI ребра, нижняя граница совпадает с краем реберной дуги по срединно- ключичной линии. По срединной линии нижняя граница абсолютной тупости печени располагается на уровне границы верхней и средней трети, левая граница не выходит за пределы левой парастернальной линии.

Перкуссия

Размеры печени по Курлову: 9х9х10

Пальпация

Нижний край печени не выходит из- под края рёберной дуги, край печени закруглённый, ровный, гладкий, безболезненный, эластичный.

##### **Мочевыделительная система**

Мочеиспускание не нарушено. Преобладает дневной диурез. В области поясницы видимых изменений не обнаружено. Правая и левая почки в положении лежа не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочевой пузырь перкуторно не определяется. Вторичные половые признаки развиты достаточно.

### **Нервно-психический статус**

Сознание ясное, речь не изменена. Чувствительность не нарушена. Походка без особенностей. Симптом Ромберга отрицательный. Настроение спокойное. Сон нормальный. Дермографизм красный, появляется спустя 15 секунд, исчезает через 15 минут.

Локальный статус

Процесс локализуется на коже левой голени, распространен неравномерно. Наибольшее количество элементов располагается на задней поверхности голени в верхних двух третях. На отечно- гиперемированном основании с четкими границами неправильной формы располагаются множественные округлые пузырьки с тонкой покрышкой и серозно- гнойным содержимым. Склонны к периферическому росту. Размер пузырьков от 4 до 12 мм. Пузырьки самостоятельно вскрываются с образованием округлых или овальных эрозий с выделением серозно - гнойной жидкости. Наряду с пузырьками и эрозиями имеются желтовато- зеленоватые корочки, как результат эволюции пузырьков. На месте отторгнувшихся корочек выявляется пигментированное пятно.

На внутренней поверхности правого коленного сустава наблюдается аналогичный очаг, содержащий два пузырька диаметром около 8 мм каждый.

**Лабораторные данные**

УЗИ ОБП 30 августа 2002г.

Заключение: Диффузные изменения ткани печени. Холедохэктазия. Хронический холецистит. Данные изменения могут быть связаны с описторхозом.

АНАЛИЗ КРОВИ 28 августа 2002г.

Hb 130 г/л

СОЭ 42 мм/час

Эритроциты 4,4 ⋅ 1012 /л

Лейкоциты 7,8 ⋅ 109 /л

Цветной показатель 0,9

Эозинофилы 4 ⋅ 109 /л

Лимфоциты 19 %

Моноциты 3 %

###### Палочкоядерные нейтрофилы 3 %

###### Сегментоядерные нейтрофилы 69 %

АНАЛИЗ МОЧИ 28 августа 2002г.

###### Цвет с/ж

###### Прозрачность прозрачная

Удельный вес 1012

pH 6,0

Лейкоциты 1-2

Свежие эритроциты 0-1

###### Эпителиальные скопления

ПОКАЗАТЕЛИ ГОМЕОСТАЗА 28 августа 2002г.

###### Протромбиновый индекс 100%

АЧТВ 25 сек.

###### Фибриноген общий 4,6г/л

Фибриноген В пол.

РЕАКЦИЯ ВАССЕРМАНА 28 августа 2002г. отр.

**Обоснование основного диагноза**

На основании:

* *Жалоб*: на высыпания везикулезного характера, на отечность левой голени и левого голеностопного сустава, появившуюся спустя несколько дней после образования первого пузыря, на слабо интенсивный зуд в области левой голени, усиливающийся вечером перед сном.
* *Анамнеза*: Проживание в сельской местности в неблагоустроенном деревянном доме, работа связанная с частым нервным перенапряжением, появления пузыря между лопатками после вскрытия которого выделилась прозрачная жидкость. Затем подобные пузыри распространились в межлопаточной области. После лечения периодически возникали рецидивы, . появление пузырей сопровождалось незначительной болезненностью и зудом, они стали появляться на других частях тела. Также известно, что у больной снижен иммуный статус в связи наличием хр. описторхза и холицистита.
* *Из объективных данных*: в локальном статусе: На отечно- гиперемированном основании с четкими границами неправильной формы располагаются множественные округлые пузырьки с тонкой покрышкой и серозно- гнойным содержимым. Склонны к периферическому росту. Размер пузырьков от 4 до 12 мм. Пузырьки самостоятельно вскрываются с образованием округлых или овальных эрозий с выделением серозно- гнойной жидкости. Наряду с пузырьками и эрозиями имеются желтовато- зеленоватые корочки, как результат эволюции пузырьков. На месте отторгнувшихся корочек выявляется пигментированное пятно.

Дифференциальный диагноз

Стрептостафилдермию небходимо дифференцировать от:

* Вульгарной пузырчатки – пузыри вульгарной пузырчатки возникают на видимо здоровой коже, быстро увеличиваются в размерах, происходит отслойка эпидермиса с образованием фенонема «груши». Отмечается положительный симптом Асбо-Хансена. Одновременно определяется положительный симптом Никольского и акантолитические клетки в мазках-отпечатках.
* Вульгарным сикозом – он характеризуется фолликулярными поверхностными и глубокими пустулами конической формы, пронизанными в центре волосом, располагающимися в зоне щетинистых волос у мужчин.
* Эксудативной полиморфной эритемой – которая отличается полиморфизмом высыпаний высыпаний со множеством эритематозных везикулёзных и буллёзных элементов, образующих патогномоничный симтом формы «ирис» или «птичий глаз». Кроме того могут быть явления общевоспалительного синдрома.
* Импетигинозного сифилида – который является проявлением вторичного свежего сифилиса и локализующегося чаще на коже волосистой части головы и лица (хотя возможны и атипичные локализыции), а при стрептостафилдермии чаще всего появляются фликтены, а не папулы величеной с горошину тёмно-красного цвета, на поверхности которых вскоре появляются пустулы, неострый характер высыпаний, наличие инфильтрации в их основании.
* В отличии от простого герпеса – при котором есть тенденция к появлению сразу групп мелких (величиной с булавочную головку или просяное зерно) пузырьков приимущественно около естественных отверстий и на половых губах. При вскрытии которых образуются эрозии с микроцикличискими краями, сопровождающимися зудом и жжением.
* От вульгарного импетиго – при нём имеются массивные крошковатые корки жёлто-зелёного и увеличение регионарных лимфоузлов.

**ЭтиоПатогенез настоящего заболевания**

Гнойное воспаление кожи формируется под влиянием самых разнообразных возбудителей: стафилококков, стрептококков, пневмококков, гонококков, протея, синегнойной и кишечной палочек, грибковой инфекции. Пиококковые поражения кожи в связи с этим чрезвычайно распространены и занимают первое место в структуре кожных болезней. Частота гнойничковых заболеваний объясняется прежде всего крайней распространенностью в природе их возбудителей, особенно стафилококков, а также значительной биологической изменчивостью пиококков с переходом непатогенных форм в патогенные на поверхности самой кожи. В возникновении той или иной формы пиодермита имеет значение не только наличие пиогенной флоры, но и разнообразные экзогенные и эндогенные факторы, способные изменить состяние макроорганизма.

Для развития пиодермитов патогенетическими условиями являются следующие: контакт с вирулентными; наличие входных ворот или благоприятных условий для внедрения (микротравмы кожи, несоблюдение гигиенических условий); состояние гиповитаминоза, иммуной недостаточности, вегетодистония и эндокринные заболевания. В детском возрасте способствует развитию пидермитов легкая ранимость кожи, ее недостаточная иммунологическая реактивность, выраженная склонность эпидермиса к экссудации и мацерации, особенно в условиях перегревания или охлаждения. Особенностью формирования патогенеза пиодермитов у детей является низкий титр антитоксина в крови и высокий уровень токсина эксфолиатина, вызывающего отслойку эпидермиса и образование пузырей. У взрослых наиболее частыми патогенетическими факторами являются загрязнение кожи, наличие микротравм, в связи с чем пиодермиты могут возникать как профессиональное заболевание. Способствующими эндогенными факторами, как при наличии профессиональных вредностей, так и без них, являются дисбаланс иммунной системы, висцеро- и эндокринопатии, гиповитаминозы, хронические инфекции и интоксикации.

**Общие принципы лечения**

Развитие гнойничковых болезней кожи происходит на фоне иммунной недостаточности, наличия других патогенетических факторов экзогенного и эндогенного характера. К экзогенным причинным воздействиям относятся температурные влияния (охлаждение и перегревание), микротравмы (ссадины, царапины, трещины), а также загрязнение кожи, осбенно устьев волосяных фолликулов. Крайне разнообразны эндогенные факторы, среди которых особенно часто наблюдаются нарушения обменных процессов расстройства углеводного, белкового, жирового, витаминного обмена , астенизация, кишечные интоксикации и др. В связи с этими данными существенное значение при назначении терапии имеет тщательное клиническое и лабораторное обследование больных. Принцип лечения пиодермитов заключается в применении этиологических и патогенетических средств в соответствии с индивидуальной реактивностью, переносимостью и чувствительностью микрофлоры к назначаемым антибиотиками, а также с учетом глубины и распространенности процесса.

Поверхностные пиодермиты легко поддаются наружному лечению и не требуют общего лечения. Применяют 1-2 % спиртовые растворы анилиновых красителей, Бализ -2, фукарцин, 5% левомицетиновый спирт или 3 % борный спирт с последующим смазыванием мазями, содержащими антибиотики (эритромициновая, линкомициновая, гелиомициновая и др.)

ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

Основными этиотропными действующими веществами являются антибиотики. В настоящее время широко применяют пенициллин и его полусинтетические аналоги: ампициллин, оксациллин, метициллин. Взрослым бензилпенициллина калиевая или натриевая соль вводится внутримышечно или под кожу по 250 000- 500 000 ЕД 4-5 раз в сутки. В тяжелых случаях суточная доза может увеличиваться до 10 млн. ЕД.

Метициллина натриевая соль назначается внутримышечно по 0,5-1,0 г каждые 4 ч в течение 10-15 дней.

Оксациллина натриевая соль отличается малой токсичностью, сохраняет активность в кислой среде желудка, хорошо всасывается из желудочно-кишечного тракта, поэтому применяется не только внутримышечно, но и per os; по антибактериальной активности превосходит метициллина натриевую соль в 2 раза. Детям оксациллина натриевую соль назначают за 1 ч до еды или через 2-3 ч после еды, в возрасте от 5 лет по 0,25-0,5 г 4-6 в сутки.

Ампициллина натриевая соль и ампициллина тригидрат выпускают в таблетках для приема внутрь по 0,25 г 4-6 раз в сутки. Для внутримышечного введения выпускается только ампициллина натриевая соль по 0,25 или 0,5 в ампулах в комплекте с 2,0 мл воды для инъекций. Суточная доза ампициллина для детей 100-200 мг/кг, вводится в 4-6 приемов.

Ампиокс натрия-комбинация ампициллина и оксациллина-вводится внутримышечно детям из расчета от 10 до 50 мг/кг массы тела, взрослым - по 2,0-3,0 г в сутки, разделив суточную дозу на 3-4 инъекции.

Антибиотики тетрациклиновой группы детям назначают только после 8 лет. К недостаткам тетрациклина следует отнести возможность образования нерастворимых комплексов с ионами кальция и магния. Во время его приема не следует употреблять в пищу молочные продукты. Тетрациклин выпускается в таблетках по 0,1 г, принимаемых внутрь во время или сразу после еды, 4-5 раз в день в течение 5-7 дней.

Более удобны в применении доксициклин и моноциклин, которые можно назначать 1-2 раза в сутки.

Тетрациклины повышают чувствительность кожи к УФ-лучам, в первую очередь открытых ее участков, поэтому в летнее время их следует применять с осторожностью, особенно в южных климатических зонах.

Антибиотики из группы макролидов широко применяют в дерматологии как у взрослых, так и у детей. Наиболее часто используются эритромицин и олеандомицин. Эритромицин можно назначать беременным и новорожденным, поэтому его считают антибиотиком резерва.

Эритромицин назначают детям внутрь после еды, так как при наличии соляной кислоты в желудке происходит его инактивация.

Дозы для детей 0,05-0,1 г 4 раза в сутки, для взрослых- 0,25-0,5 г 4-6 раза в сутки через 1 ч после еды.

Олеандомицина фосфат по спектру действия и фармакокинетике сходен с эритромицином, н уступает ему в активности. Препарат выпускается в таблетках по 0,25г, принимаемых внутрь 4-6 раз в день после еды в течение 5-10 дней, и в ампулах для внутримышечного и внутривенного введения по 1,0-2,0г 3-4 раза в день.

Аминогликозиды обладают широким спектром действия, но значительную их часть (неомицин, канамицин, гентамицин) редко применяют в дерматологии, так как они обладают ототоксическим и нефротоксическим действием.

Фузидин –натрий высокоактивен в отношении стафилококков, стрептококков, менингокков и других грамположительных и грамотрицательных кокков. Назначают внутрь по 0,250 г 4 раза в сутки.

Детям до 1 года назначают 60-80 мг/кг, после 1 года до 5 лет-40-60мг/кг и старше 5 лет -20-30 мг/кг массы тела в сутки. Суточную дозу делят на 2-3 приема, рекомендуют принимать после еды, запивая 10% сахарным сиропом. Курс 5-7 дней. Несмотря на имеющееся обилие антибактериальных антибиотиков, устойчивость микрофлоры возрастает.

Основным условием применения антибиотикотерапии является получение антибиотикограммы с определением чувствительности микрофлоры, а также проверка переносимости с применением кожных, конъюнктивальных, оральных тестов или тестов in vitro для предотвращения возможных аллергических осложнений.

Как правило, пиодермиты формируются у больных с явлениями вторичной иммунной недостаточности. Особенно выражены состояния дисбаланса субпопуляций Т-лимфцитов, изменение активности неспецифических факторов защиты организма. В связи с этим в лечебный комплекс больных пиодермитами часто включается специфическая и неспецифическая иммунотерапия, способствующая стимуляции процессов иммунитета.

В комплексе терапевтических воздействий у больных гнойничковыми заболеваниями кожи значительное место занимают препараты специфического иммунномоделирующего действия. К ним относятся стафилокковый анатоксин, нативный и адсорбированный стафилококковый бактериофаг, стафилокковый антифагин, антистафилококковый гамма-глобулин, стрептококковая вакцина, бактериофаг стрептококковый, аутовакцина, антистафилококковая плазма.

Стафилокковый анатоксин нативный вводится в возрастающих дозах-т 0,1 д2,0мл у взрослых под кожу нижнего угла лопатки с интервалом в 3-5 дней. Очередную дозу вводят после полного угасания реакции от предидущего введения. Стафилококковый анатоксин чищенный адсорбированный вводится подкожно в дозе 0,2-0,5 с интервалом 30-45 дней в количестве трех инъекций.

Стафилококковый бактериофаг вводят внутрикожно, подкожно или внутримышечно в дозе 0,1-2,0 мл через 1-3 дня в зависимости от реакции на предыдущую инъекцию.

Стафилокковый антифагин вводят под кожу в дозе от 0,2 до 1,0 мл также через 2-3 дня после исчезновения реакции от предыдущей инъекции. При упорных рецидивирующих формах гнойничковых болезней кожи антифагин комбинируют с нативный

стафилокковый анатоксин.

Бактериофаг стрептококковый жидкий вводят подкожно или внутримышечно в дозах 0,5;1,0;1,5; и 2,0 мл через 3-4 дня. Последующая инъекция вводится не ранее угасания местной реакции. Вакцина стафилококковая применяется для лечения гнойничковых процессов только у взрослых. Вакцину можно вводить подкожно, внутримышечно или внутривенно, начиная с дозы 0,05-0,1 мл, постепенно увеличивая дозу каждый инъекции на 0,1-0,2 мл до 2,0 мл. Курс лечения 10-12 инъекций.

Вакцина стрептококковая и аутовакцина вводятся внутрикожно или подкожно, начиная с дозы 100-200 млн. микробных тел (0,1-0,2) и до 2 млрд. микробных тел (2,0), с учетом переносимости и характера местной реакции. У больных с наличием экзематизации, вторичных аллергических высыпаний (пиоаллергидов) вакцины (стрепто- и стафилококковые), а также аутовакцину разводят стерильным изтоническим раствором хлорида натрия в 10-100 раз непосредственно перед употреблением.

Антистафилококковый гамма-глобулин вводят внутримышечно в 1 прием (120 МЕ) с интервалом 3-5 дней, на курс 3-5 инъекций. Плазма гипериммунная антистафилококковая (одногруппная) вводится внутривенно капельно из расчета 4-5 мл/кг массы тела. Курс лечения состоит из 3-6 вливаний, производимых с 3-4-5 дневными интервалами.

При распространенных пиодермитах или хронической рецидивирующей форме болезни наряду с антибактериальной, специфической и неспецифической иммунотерапией применяют общеукрепляющее лечение: аутогемотерапию, лактотерапию, гемотрансфузии, пиротерапию, введение нативной плазмы, витаминотерапию, ферментотерапию и физиотерапию.

Наружное лечение. Рациональное использование наружных средств лечения проводится с учётом остроты, глубины, глубины, локализации, распространённости процесса и переносимости препаратов.

Пузыри и пустулы вскрываются с последующей обработкой 2% раствором брилиантового зелёного, фукорцином, жидкостью Кастеллани без фуксина или препаратом Бализ-2.

Лечение пиодермий мазью "БИОПИН-10%" проводится по следующим схемам:

Для наружного лечения используется "БИОПИН-10%". С помощью специальных стерильных инструментов (игла, ножницы и т.п.) вскрывают пустулы, удаляют гной, образовавшиеся эрозии смазывают 2 раза в день спиртовыми растворами антисептиков (1% р-ром бриллиантовой зелени, 2% спиртовой настойкой йода и тп.) Множественные остеофолликулы вскрывать нецелесообразно, их лучше обработать 10% мазью "БИОПИН" 2 раза в день с наложением стерильной повязки.

Техника наложения повязки с мазью "БИОПИН-10%":

Мазь накладывается на стерильную марлевую салфетку (тонким слоем 1-2 мм), которую прикладывают к пораженному участку. Доза препарата для однократной аппликации - 2 - 4 грамма.

Смена повязки: В первые 1-2 дня - 3 раза в сутки

В последующие дни - 2 раза в сутки. При необходимости повязку можно менять и чаще, но не чаще чем через 2 часа. Лечение целесообразно сочетать с внутривенным лазерным или ультрафиолетовым облучением крови, или с обычным кварцевым ультрафиолетовым облучением кожи в эритемных дозах. Физиотерапия с применением мази "БИОПИН-10%" существенно повышает эффективность лечения.

#

Rp. Веnzylpenicillinum-natrium 500 000 ЕД

Dtd. N 20

S. Содержимое флакона развести в 5мл. воды для иньекций, ввести в\м 4р. в день.

#

Rp. Sol. Acidi ascorbinici 5%- 1,0ml

Dtd. N. 10 in amp.

S. внутримышечно 3р. в день.

#

Rp. Solutio Methyleni coerulei 1%-10ml

Dtd. N. 10 in amp.

S. Наружно для двукратного туширования очагов.

#

Rp. Unguentum Dermatoli 10%-10,0

DS. для обработки очагов.

**Прогноз**

При соответсвующем лечении прогноз благоприятный.

**Рекомендации**

В данном случае необходимо повысить неспецифический иммунитет путём рационального режима труда, отдыха, питания, соблюдения правил гигиены. Необходимо улучшение санитарно-гигиенических условий в быту, возможно регулярное занятие оздоровительной гимнастикой, исключение переохлаждений. Если появляются микротравмы то необхoдимо обрабатывать их раствором брилиантовогo зелёного или жидкостью Новикова.

Кроме всего прочего, рекомендуется в зимнее время посещение солярия, а в летнее время санатрно-курортный отдых на высокоминерализованных морях (Мертвое море, Красное море) и инсоляция кожи.

Назначение поливитаминных препаратов, особенно в зимнее время, а также имуномодуляторов (Виферон – 4).

Неоходим также, тщательный диспансерный учёт и регулярное обследование пациентки.

**Дневник**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Течение заболевания | Назначения |
| 3. 09. 02г. | Общее состояние удовлетворитель-ное. t° тела 36,6°С. АД 120/90 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 72 удара в минуту. Появляются новые пузырьки, которые самостоятельно вскрываются. Эрозии влажные. Эри-тема с четкими границами. Имеются желтовато-зеленоватые корочки. Отек сохраняется. На внутренней поверх-ности правого коленного сустава пу-зырьки вскрыты, на их месте ко-рочки. Присутствует незначительная болезненность и слабый зуд. | Acidi ascorbinici 5%- 1,0 внутримышечно,  Solutio Methyleni coerulei 1% для двукратного туширования очагов,  Unguentum Dermatoli 10% для обработки очагов. |
| 6. 09. 02г. | Общее состояние удовлетворитель-ное. t° тела в норме. АД 120/90 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 70 ударов в минуту. Новые пузырьки не появляются, уже имеющиеся не увеличиваются в размерах. Сохраня-ются единичные корочки и эритема с четкими границами. Очаг на внутрен-ней поверхности правого коленного сустава без изменений. | Acidi ascorbinici 5%- 1,0 внутримышечно,  Solutio Methyleni coerulei 1% для двукратного туширования очагов,  Unguentum Dermatoli 10% для обработки очагов,  Benzylpenicillini 500.000 ED через 4 часа. |
| 10.09.02г. | Общее состояние удовлетворитель-ное. t° тела в норме. АД 120/90 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 72 удара в минуту. После подключения пенициллина отмечается положитель-ная динамика в течении кожного про-цесса: процесс локализован, все пу-зырьки вскрыты, корочки удалены, новые элементы не появляются, по-верхность сухая, отек отсутствует, сохраняется эритема с четкими грани-цами неправильной формы. На внут-ренней поверхности правого коленного сустава на месте двух пу-зырей имеются корочки, вокруг кото-рых отмечается незначительная гипе-ремия, отека нет, зуд отсутствует. | Solutio Methyleni coerulei 1% для двукратного туширования очагов,  Unguentum Dermatoli 10% для обработки очагов, Benzylpenicillini 500.000 ED через 4 часа. |

**Эпикриз**

###### Больная Ламеко Н. В. больна в течение дней.

В дерматологическую клинику поступила 27 августа 2002г. с жалобами на высыпания, болезненность, отечность, зуд в области левой голени и левого голеностопного сустава.

Установлен диагноз: стрептостафилодермия.

Получала лечение: местно обработка 1% раствором метиленовой сини, 10% дерматоловой мазью, внутримышечно Acidi ascorbinici 5%- 1,0 № 10, Benzylpenicillini 500.000 ЕД через 4 часа ( с пробой).

За время курации в состоянии больной наблюдалась положительная динамика: общее состояние удовлетворительное, распространение процесса прекращено, новые элементы не появляются, отек снят, зуд и болезненность отсутствуют.

**Литература**

Ю.К. Скрипкин «Кожные и венерические болезни» 1997г. с77-94

С.Т. Павлов «Кожные и венерические болезни» 1985г. с59-78

Беренбейн Ю.Г. «Дифференциальный диагноз в дерматовенерологии»

А.Н. Родионов «Справочник по кожным и венерическим болезням» 2000г. с94-118

В.И. Самцов «Кожные и венерические болезни» 2001г. с62-74

[www.medi.ru](http://www.medi.ru)