

ТЕРМІН	ВИЗНАЧЕННЯ
Епідерміс	– поверхневий шар шкіри. У ньому 5 зон (шарів) клітин, різних за формою, величиною і функціями: 1) <i>роговий</i> , 2) <i>блискучий</i> , 3) <i>зернистий</i> , 4) <i>остистий</i> , 5) <i>базальний</i> . Відновлення епідермісу відбувається за рахунок його глибоких шарів, що у міру наближення до поверхні поступово перетерплюють структурні і біохімічні зміни і стають плоскими (ороговілими).
Дерма	– власне шкіра розташовані кровоносні і лімфатичні судини, нервові закінчення, сальні і потові залози, корені волосся. Товщина дерми від 0,5 до 5 мм, найбільша на спині, плечах, стегнах. У дермі знаходяться і гладком'язові клітини, що місцями утворюють невеликі пучки. Вони обплітають волосяні фолікули (мішечки) і носять, назву м'язів "піднімаючих волосся". Інші пучки розташовані на шкірі шиї, чола, тильної поверхні кистей і стіп. Скорочення їх, зменшуючи приплив крові, викликає появу "гусячої шкіри", регулюючи тим самим тепловіддачу організму.
Гіподерма	– <i>жирова клітковина</i> складається з жирових клітин та пучків волокон, що спускаються з дерми. Товщина її неоднакова. В області чола і носа виражена слабо, на повіках і шкірі мошонки зовсім відсутня, на животі, сідницях і підшвах досягає декількох сантиметрів. Жировий шар пом'якшує дію різних механічних факторів, забезпечує рухливість шкіри та є гарним термоізолятором. У ній закладені кровоносні судини, нервові волокна.
Акантоз	– збільшення числа рядів клітин остистого шару епідермісу. Розрізняють: простий акантоз - рівномірне і помірне збільшення числа рядів клітин остистого шару над і між сосочками дерми (юнацькі бородавки); міжсосочковий акантоз - псоріаз; інфільтруючий акантоз - різко виражена проліферація остистих клітин, у результаті якої відростки епідермісу проникають у дерму на значну глибину (бородавчатий туберкульоз).
Акантоліз	– порушення зв'язку між епідермальними клітинами внаслідок ушкодження їх десмосомальних контактів, що призводить до утворення інтраепідермальних порожнин. Розрізняють : глибокий супрабазальний акантоліз (звичайна і вегетуюча пухирчатка, хвороба Дар'є), високий акантоліз (себорейна і листовидна пухирчатка), дифузний акантоліз (хронічна сімейна доброякісна

	пухирчатка, вірусні дерматози).
Акантолітичні клітини	– кератиноцити, що втратили між собою зв'язок у результаті акантолізу, що супроводжується зміною форми, розмірів і будови цих клітин (пухирчатка, вірусні дерматози).
Балануюча дистрофія	– (внутрішньоклітинний набряк) - утворення вакуолей у цитоплазмі епідермоцитів. Можлива поява дрібних інтраепідермальних порожнин із вакуолізованих клітин (алергічний дерматит, плоскі бородавки).
Вакуолізація	– поєднання спонгіозу, ретикулярної дистрофії і акантолізу, що приводить до утворення інтраепідермальної порожнини в якій знаходяться вільні епідермоцити або їх комплекси, а також клітини у стані некробіозу і некрозу (вірусні дерматози-).
Гіпергранульоз	– потовщення зернистого шару. Може бути дифузним і вогнищевим (червоний плоский лишай).
Гіперкератоз	– потовщення рогового шару, найчастіше як наслідок надлишкового утворення рогових клітин, іноді в результаті затримання злущення рогових лусочок (іхтіоз).
Дискератоз	– передчасне автономне зроговіння окремих кератиноцитів або їх комплексів (хвороба Дар'є, контагіозний
Папіломатоз	– подовжені, нерідко розгалужені сосочки дерми, що нерівномірно підіймають над собою епідерміс.-
Паракератоз	– незавершене, неповноцінне зроговіння, що характеризується наявністю ядер у роговому шарі і недорозвиненим або відсутнім зернистим шаром
Ретикулярна дистрофія	– характеризується внутрішньоепідермальними багатокамерними порожнинами, що утворились внаслідок розривів епідермальних клітин після внутрішньоклітинного набряку; перетинками порожнин є оболонки клітин, що збереглися. Виявляється при гострому дерматиті, вірусних дерматозах, гострому краплевидному параспсоріазі.
Слизова дистрофія	– накопичення у клітинах епідермісу або у сполучній тканині дерми головним чином кислих мукополісахаридів, що виявляється метакроматичним забарвленням (міксодермії).
Спонгіоз	– (внутрішньоклітинний набряк) - розширення міжклітинних просторів в епідермісі внаслідок збільшення міжклітинної рідини. Розрізняють: спонгіоз дифузний і вогнищевий (екзема).
	– втрата зв'язку між епідермісом і дермою у ділянці базальної мембрани внаслідок порушення контактів у

Епідермоліз -	десмосомах, що призводить до утворення субепідермальної порожнини (доброякісний пемфігоід Левера).
Пляма (macula)	– обмежена ділянка шкіри або слизової оболонки зі зміненим забарвленням але без порушення рельєфу. Розрізняють: <i>судинні, пігментні, штучні</i> .
Пухир (urtica)	– підвищене над рівнем шкіри або слизової оболонки чітко обмежене плоске свербляче утворення тістоподібної консистенції, що виникає внаслідок швидкоплинного набряку сосочкового шару дерми (місце укусу комах, кропивою).
Пухирець (vesicula)	– обмежене порожнинне, округлої форми утворення, підвищене над рівнем шкіри, розміром до 1 см. Має покривку, порожнину і дно. Можуть розташовуватись під роговим шаром, усередині епідермісу і між епідермісом і дермою; можуть бути однокамерними та багатокамерними (герпетиформний дерматоз Дюринга, герпес, вітряна оспа).
Пухир, або пупир (bulla)	– обмежене порожнинне утворення розміром від 1 см і більше, підвищене над рівнем шкіри та слизової оболонки, що виникає внаслідок накопичення рідини в епідермісі або під ним. Також має покривку, порожнину і дно.
Гноячок (pustula)	– порожнинне напівсферичне утворення, що підвищується над рівнем шкіри, утворюється внаслідок некрозу епітеліальних клітин та містить гній. Розрізняють: 1) пов'язані з волосяним фолікулом (фолікуліт, остіофолікуліт); 2) непов'язані з волосяним фолікулом (імпетиго, ектима, фліктена); За глибиною залягання виділяють: поверхневі (імпетиго, фолікуліт, фліктена) та глибокі (глибокий фолікуліт, ектима).
Вузлики (papula)	– безпорожнинний, часто інфільтративний щільний елемент, що підвищується над рівнем шкіри чи слизової оболонки. Розрізняють: епідермальні- внаслідок розростання епідермісу, дермо - епідермальні - внаслідок розростання дерми, дермальні- розташовані у сполучнотканинному шарі, фолікулярні- навколо лійки волосної цибулини. За розміром виділяють: до 0,2 см - міліарні або ліхеноїдні, до 0,5 см - лентикулярні, від 1 до 3 см - нумулярні, великих розмірів - гіпертрофічні, папули, що зливаються - бляшки (плоскі бородавки, вторинний сифіліс, червоний плоский лишай, псоріаз).
Горбик	- інфільтративний безпорожнинний напівкулястої форми елемент розміром близько 0,5 см застійно – червоного або синюшно – червоного забарвлення, що розташовується

(tuberculum)	переважно у сітчастому шарі дерми та є результатом продуктивного запалення за типом інфекційної гранульоми (туберкульоз шкіри, третинний сифіліс, лепра).
Вузол (nodus)	– обмежене величиною від 1 см до 5 см і більше утворення, розташоване у підшкірній клітковині або у підслизовому шарі слизової оболонки, різного забарвлення і щільності, що виникає внаслідок гострого або хронічного запалення, пухлинного розростання, а також внаслідок можливого накопичення у товщі шкіри холестерину, солей кальцію (коліквативний туберкульоз, третинний сифіліс, лепра, вузлуватий васкуліт, гідраденіт).
Вторинна пляма	– гіпер, або гіпопигментації, що утворюються внаслідок посиленого (зменшення) відкладення пігменту меланіну після розрішення первинних, вторинних елементів та відкладення гемосидерину; (вторинна лейкодерма).
Лусочка (squama)	– рогова пластинка, схильна до відокремлення від решти рогового шару внаслідок втрати зв'язку з ним. Розрізняють: фізіологічне лущення (відбувається постійно) та патологічне (еритродермії, іхтіоз, ексфолюативний хейліт).
Ерозія (erosio)	– поверхневий дефект шкіри або слизової оболонки, що виникає внаслідок розриву покришок порожнинних елементів, або трофічних порушень в епідермісі, зумовлених утворенням клітинного інфільтрату в дермі, що ушкоджує кровоносні та лімфатичні судини. Має червоний або рожевий колір та вологу, мокнучу поверхню. Після загоювання стійкого сліду не залишається.
Виразка (ulcus)	– глибокий дефект шкіри або слизової оболонки, що виникає внаслідок некрозу або гнійного розплавлення первинних проявів, з порушенням трофіки тканини та наступним їх некрозом. Має яскраво червоний чи синюшно - застійний колір, округлу, овальну або неправильну форму. Складається з країв і дна. Виразки загоюються рубцем .
Кірка (crusta)	– продукт засихання на шкірі або слизовій оболонці серозного ексудату, гною чи крові (серозні, гнійні, серозно – гнійні, гнійно – геморагічні, геморагічні та ін). При нашаруванні одна на одну кірки називають <i>рупіями</i> . Колір кірок залежить від характеру відділяемого (серозне-жовтуваті, гнійне - жовті або зеленувато жовті, кров'янисте - червоні або коричневі). Можуть розташовуватись на червоній окрайці губ та шкірі

	(пухирчатка, хейліти, короста, мікози, нейродерміт).
Тріщина (fissura)	– поверхневий у межах епідермісу або глибокий (<i>rhagas</i>) у межах верхніх шарів дерми дефект шкіри чи слизової оболонки лінійної форми, що виникає внаслідок розриву шкіри при втраті еластичності у результаті запальної інфільтрації у місцях підвищеного розтягнення, а також при розтягненні шкіри з сухістю рогового шару (хронічна екзема, інтертригінозна епідермофітія стоп, ураження кута рота).
Екскоріація, або садно (excoriatio)	– дефект шкіри, який виникає внаслідок розчухів або якихось інших травматичних пошкоджень, що приводить до порушення цілісності епідермісу та сосочкового шару дерми - у цьому випадку рубець не утворюється, а при більш глибокому заляганні садна – утворюється рубець. Екскоріації – об’єктивна ознака інтенсивного свербіжу (короста, нейродерміт).
Рубець (cicatrix)	– результат компенсаторно - регенеративного процесу, що розташовується на місці патологічно зруйнованих дерми та підшкірної жирової клітковини або сполучного й підслизового шарів слизової, та формується з колагенових волокон. Рубцева тканина не має волосся, сальних та потових залоз, судин, еластичних волокон, шкірного малюнку, фолікулярних та потових отворів.
Веgetація (vegetationes)	– папілярні розростання шкіри або слизової в області тривалого запального процесу, що нагадують кольорову капусту або півнячий гребінь, за рахунок посиленого розростання шиповидного шару епідермісу, сосочків дерми. Веgetації можуть бути сірого кольору, якщо покриті стовщенням роговим шаром, або рожево - червоного чи червоного кольору, якщо вони утворюють ерозії. При приєднанні вторинної інфекції з’являються болючість, гіперемія по периферії, серозно-гнійне відділяємою.
Ліхенізація, або ліхеніфікація (lichenisatio)	– зміни шкіри та червоної окрайки губ, що характеризується різким посиленням шкірного малюнку, гіперпигментацією, сухістю, шершавістю, шагрєневістю. Розрізняють: <i>первинну</i> ліхеніфікацію - внаслідок тривалого подразнення шкіри при розчухах, <i>вторинну</i> – при злитті папульозних елементів (нейродерміт, псоріаз, хронічна екзема). – група дерматозів, які викликаються гноєрідними коками, здебільшого спричиняються стафілококами і

Піодермії

стрептококами, які завжди є на шкірі і слизових оболонках здорових людей (стафілокок у 90- 100%; стрептокок знаходять на шкірі у 12%, у зіві у 100%). Патогенна дія їх проявляється при порушенні рівноваги у системі мікроорганізм – макроорганізм, при пошкодженні цілісності шкірних покривів і зниженні імунобіологічної резистентності організму. Крім цих збудників на шкірі людини постійно трапляються інші мікроорганізми (вульгарний протей, синьогнійна паличка, мікоплазма, псевдодифтерійні палички, дріжджоподібні гриби та ін.), які з певних умов можуть викликати гнійне ураження шкіри.

Етіологія. Екзогенні причини, що сприяють розвитку піодермій: переохолодження, гіперінсоляції, поверхневі травми шкіри, її забруднення, зміна кислотно-лужної рівноваги шкіри в лужну сторону, сверблячі дерматози та ін. Ендогенні фактори: наявність вогнищ хронічної інфекції, інтоксикації, ендокринопатії, цукровий діабет, надлишкове вуглеводне харчування, первинний та вторинний імунодефіцит, виникнення аутоімунних процесів, гіповітамінози, захворювання ШКТ, гепатобіліарної системи, функціональні порушення ЦНС, стреси, тривале вживання кортикостероїдів, цитостатиків, імунодепресантів.

Шляхи передачі: повітряно – крапельний, механічний перенос піококів з вогнищ ураження, побутовий через предмети та білизну.

Класифікація: стафілодермії, стрептодермії, змішані форми (стафіло – стрептодермії), глибокі хронічні піодермії.

Стрептодермії

Збудники – стрептококи - мають кулясту форму, розмір 0,8 – 1 мкм, утворюють ланцюги, переважно є факультативними анаеробами, ростуть на бульйонах та твердих поживних середовищах.

Найбільш частий збудник захворювань людини – β -гемолітичний стрептокок, який утворює ендотоксини і ферменти, що забезпечують їх харчування, ріст та розмноження.

Діагностичні критерії стрептодермії: 1) викликаються стрептококами; 2) переважно уражається гладка шкіра; 3) частіше хворіють діти та жінки; 4) первинним морфологічним елементом є невеличка пустула (*фліктена*) з в'ялою покривною, що береться у складку, заповнена

спочатку серозним, а потім серозно-гнійним вмістом; 5) елемент має тенденцію до периферійного росту; 6) фліктена швидко розкривається або підсихає з утворенням тонкої кірки; 7) розрізняють поверхневі (стрептококове імпетиго) та глибокі (ектима).

Імпетиго стрептококове(імпетиго Тільбері – Фокса) – захворювання, що характеризується появою на гіперемійованій шкірі фліктен розміром до 0,5 – 1,0 см з прозорим вмістом і тонкою покришкою, що утворюють з часом жовтувату тонку кірку. Після відпадання кірки зберігається легка гіперемія, лущення та пігментація. Суб'єктивно відзначається незначний свербіж. Процес триває 3 - 4 дні. Локалізується як правило на шкірі обличчя, але може вражати червону околицю губ, слизові оболонки рота, порожнини носа, бронхів, очей. Можлива дисемінація процесу з однієї ділянки на іншу та виникнення ускладнень у вигляді лімфангіту, лімфаденіту. *Диференціюють з мікозами гладкої шкіри.*

Розрізняють клінічні різновиди стрептококового імпетиго:

- ***імпетиго стрептококове бульозне*** – яке локалізується на кистях, стопах, гомілкях та представлене великими пухирцями до 1 см у діаметрі. *Диференціюють з алергічним контактним дерматитом., оперізуючим лишаєм, герпетичним дерматозом;*
- ***заїда*** - локалізується у куті рота, шкіра якого набрякла та гіперемічна, представлена болючою щілеподібною ерозією з жовтуватими кірочками навколо. *Диференціюють з дріжджіподібними ураженнями кута рота;*
- ***поверхневий панарицій*** - ураження валику нігтя, який стає червоним, набряклим, болючим, потім на ньому утворюється пухир з прозорим, а пізніше з мутним вмістом. Фліктена, що утворилася, може охоплювати ніготь у вигляді підкови, а з під валика нігтя періодично виділяється крапля гною. Нігтьова пластинка деформується, тьмяніє. *Диференціюють з кандидозом нігтьових валиків;*

Атипові форми :

- ***імпетиго сифілоподібнепапульозне*** (пелюшковий дерматит) – виникає у дітей першого року життя, на шкірі сідниць, стегон та ін. ділянок, у вигляді еритематозних плям, які перетворюються у папули запального характеру. На їх поверхні виникають фліктени, які розкриваються з утворенням ерозій. *Диференціюють* з сифілітичними папулами;
- ***лишай простий*** – суха форма стрептодермії без утворення типових фліктен. Частіше виникає у дітей. Локалізується на шкірі обличчя у вигляді крупних плям блідо – рожевого кольору, що вкриті лусочками та мають підкреслений фолікулярний апарат, залишають після себе депігментовані плями. Має в'ялий перебіг, схильний до рецидивів. *Диференціюють* з вітіліго;
- ***гостра дифузна стрептодермія*** – гостре обмежене ураження шкіри, що локалізується на кінцівках, частіше у дорослих. Проявляється серозним запаленням та фліктенами, що схильні до периферичного росту та злиття. У подальшому на місці фліктен утворюються поверхневі ерозії, оточені епідермісом з фестончастими краями. Відмічається набряк та гіперемія, мокнуття уражених ділянок, які вкриваються серозними кірками. Ускладненнями можуть бути лімфангіт та лімфаденіт. *Диференціюють* з мікробною екземою.

Ектима – глибокий стрептококовий піодерміт, що розміщується переважно на гомілкях та сідницях. Починається з появи болючої фліктени з мутнуватим та гнійно – кров'янистим вмістом, що потім перетворюється на товсту щільно сидячу жовтувато – коричневу кірку. Після насильного видалення кірки виявляється болюча кругла виразка діаметром 1 – 3 см, з набряклими краями і дном вкритим бруднувато – сірим нальотом з домішкою крові, який знову утворює кірку. Перебіг процесу хронічний, може тривати місяцями. На місці ектими лишається спочатку пігментований, а потім знебарвлений рубець з гіперхромною смужкою по периферії. *Диференціюють* з сифілітичною ектимою.

Змішані піодермії

Як правило стрептококові фліктени ускладнюються приєднанням стафілококової інфекції. Розрізняють: стрето – стафілококове імпетиго, вульгарна ектима, хронічна дифузна стрептодермія

Стрето – стафілококове імпетиго (вульгарне імпетиго) – контагіозна форма імпетиго, особливо у дитячих колективах; у дорослих зустрічається як ускладнення корости, вошивості, сверблячих дерматозів. Уражується шкіра обличчя, верхніх кінцівок, тулуба. На фоні гіперемії з'являється фліктена з серозним вмістом, який протягом годин набуває гнійного характеру. Основа інфільтрована та оточена смужкою еритеми. Покришка розкривається, утворює ерозію, ексудат якої зсихається у „медові кірки”. Через 5- 7 днів кірки відторгаються і оголюється епітелізована рожева пляма, що вкрита лусочками, яка в подальшому зникає безслідно. Вогнища ураження можуть захоплювати значні поверхні шкіри. *Диференціюють* з багатоформною ексудативною еритемою, вульгарним сикозом, справжньою пухирчаткою.

Вульгарна ектима – глибоке обмежене виразкове ураження шкіри , що виникає у осіб зі зниженою реактивністю організму. Може починатися зі стрептококової фліктени або фолікулярної пустули, на місці яких виникає пухир з гнійно – геморагічним вмістом. Після його розкривання утворюється округла виразка з валикоподібними краями, кровоточивим дном, яке вкрите гнійно – слизовим некротичним нальотом, що зсихається у кірку. На місці кірки виявляється виразка без ознак регенерації, яка знову виповнюється кіркою у результаті утворення некротичних мас з домішками крові. Процес може тривати довго, при сприятливому результаті виразка виповнюється грануляціями та загоюється рубцем. *Диференціюють* з фурункулосифілітичною ектимою, індуративною еритемою, скрофулодермою, виразками при лейшманіозі.

Хронічна дифузна стрептодермія (хронічна дифузна піодермія, піококовий епідермодерміт, ексфолюативна стрептодермія) – розвивається на місці вогнища гострої дифузної стрептодермії, що затягнулася, або тривалого вульгарного імпетиго. Локалізується на гомілкях, стопах у осіб з гіпостатичним синдромом (варикоз, тромбофлебіт, перенесені травми). У вогнищах уражень розвивається виражена інфільтрація шкіри з синюшним відтінком, з виразковими ділянками,

мокнуттям і шаровидними жовтуватими – сіримі кірками (нагадують пластини слиюди). Контури вогнища неправильні (фестончасті) з наявністю обривків епідермісу, щовідшарувався. Іноді вогнища лушуться та ліхеніфікуються, нагадуючи бляшковий псоріаз. Під час загострення відбувається мокнуття, почервоніння, набряк та поява нових висипів. Як правило захворювання має хронічний перебіг. *Диференціюють* з мікробною екземою.

Діагностика базується на мікроскопії мазків (забарвлюються по Граму), посівах гною (знаходження *Staphylococcus aureus*, β -гемолітичного стрептокока та ін.), та крові (при ознаках лихоманки та сепсису) на живильні середовища, загальному аналізі крові, серологічних реакціях, патоморфологічних змінах у шкірі. Для більш достовірної діагностики піодермій матеріал для дослідження бажано брати безпосередньо з порожнинного елемента (з фліктени – при стрептодермії; з фолікулярної пустули – при стафілодермії), а не з поверхні зруйнованого елемента. Засів отриманого при пункції гноячкових елементів матеріалу (до початку лікування) на живильне середовище необхідний також для дослідження чутливості патогенних мікроорганізмів до антибіотиків (отримання антибіотикограми), що має важливе значення для проведення ефективної етіотропної терапії, а також засів необхідний для отримання аутовакцини.

Лікування хворих на піодермію починають з призначення антибіотиків в залежності від виду збудника, ступеня його чутливості до тих чи інших препаратів, перебігу захворювання (при гострому перебігу не менш ніж на 5-7 днів, а при хронічному – на 7 – 14 днів). Призначають: антибіотики першого покоління: пеніцилін (по 500 тис ОД в/м кожні 4 години), ампіцилін (по 0,25 г х 4 рази на добу), ампіокс (по 0,5 г х 3 рази на добу); антибіотики групи цефалоспоринів: цефуроксим (0,5 г х 3 р. в/м), цефазолін (0,25 - 0,5 г в/м кожні 8 годин), цефалексин (по 0,25 - 0,5 г х 4 рази на добу); тетрацикліни: тетрациклін (по 0,25 г х 4 р.), доксициклін гідрохлорид (по 0,1 г х 2 рази); аміноглікозиди: гентаміцин сульфат (в/м по 1-2 мл 4% розчину х 2 рази на добу), тобраміцин (в/м 2-5 мг на 1 кг маси тіла), ванкоміцин (в/в в тяжких випадках); макроліди: еритроміцин (по 0,25 г х 4 р.); фторхінолони: офлоксацин (по 0,25 г х 2 р.). Застосовують засоби специфічної імунотерапії: стафілококовий антифагін (п/ш від 0,2 до 1,0 мл щоденно, курс

повторюють через 2-3 тижня), стафілококовий бактеріофаг (в /ш чи в/м від 0,1 до 2мл зі схемою всього 8-10 ін'єкцій); імунокорегуючі засоби: Т-активін (п/ш по 0,1 мл 0,01% розчину щоденно протягом 10 діб), тималін (п/ш від 5 до 20 мг щоденно, курсом 30-100мг), тимоген (в/м від 50 до 100мкг на курс 300-1000мкг), лycopід (в/м по 0,125 мг щоденно протягом 10 діб), рузам (п/ш по 0,2 мл 1 раз в 5-7 днів, курс 10 ін'єкцій); цитостатики : проспидін (в/м від 50 мг до 100 мг щоденно, курс – 1,5-2,0г) , циклофосфан (в/м по 100 мг на добу, курс – 1,0-1,5г); кортикостероїди: преднізолон, дексаметазон, триамцинолон (призначають у комбінації з антибіотиками чи цитостатиками в дозі 20- 40 мг протягом 3-6 тижнів). Доцільно застосовувати засоби покращуючі мікроциркуляцію шкіри: актовегін (по 5 мл в/в щоденно, курс 15-20 ін'єкцій), трентал, неонікол (не менш 1 місяця); гепатопротектори: есенціале форте (в/в по 5 мл щоденно, курс – 10), карсил (по 1 табл. х 3 р на добу протягом місяця); системну ензимотерапію: вобензим (по 5 табл. х 3 р. на добу , протягом 2-3 місяців). Окрім того призначають вітамінотерапію: вітаміни групи В (В₆, В₁₂) , вітамін С; фізіотерапевтичне лікування: УФЧ, лазеротерапія, лазерне опромінення крові. При тяжких (карбункул, фурункул обличчя, пухирчатка новонароджених, бульозне імпетиго) та розповсюджених формах необхідно призначати стимулюючі засоби (алоє, аутогемотерапія, вітаміни, гамаглобулін та ін.).

Зовнішнє лікування піодермії починають з первинної обробки вогнищ (відкриття покришок фліктен та пустул, обробка 3% розчином перекису водню, змащування аніліновими барвниками чи іншими дезинфікуючими засобами) При наявності ексудації та гнійних кірок рекомендована санація шкіри розчином перманганату калію 1:5000, а потім дренивання вогнищ за допомогою пов'язок з дезинфікуючими розчинами. Після первинної обробки глибоких вогнищ інфекції рекомендовані дезинфікуючі засоби у вигляді мазей, пластирів, які забезпечують більш глибоке проникнення лікарської речовини. Для санації усієї шкіри рекомендується загальне УФ – опромінення чи дезинфекція шкіри. *Місцево* в залежності від форми піодермії та стадії процесу застосовують: при виразкових дефектах - видалення кірок, некротичних шматочків тканини, гною та дезинфекцію асептичними розчинами (фурацилін 1:5000, 1% борна кислота, 1% розчин діоксину; при наявності інфільтрації – іхтіол з димексідом (1:1), трипсін, химотрипсін; в період рубцювання пов'язки з 5% дерматоловою, лінкоміциною

пастами, мазі з іруксолом, гепарином, актовегіном.

Профілактика піодермітів. Організація боротьби з гноячковими захворюваннями, яка вміщує в себе підвищення рівня особистої гігієни, умов побуту, харчування, праці, санітарно - культурної грамотності населення, проведення роз'яснювальної роботи та диспансеризація хворих на піодерміти.

Стафілодермії

Збудниками є стафілококи - клітини кулястої форми, діаметром 0,5 – 1,5 мкм, не утворюючі спор, добре забарвлюються та ростуть на щільних поживних середовищах. Захворювання у людини викликає переважно золотистий стафілокок, що викликає гнійне запалення шкіри, уражує волосяні фолікули, потові апокринові залози на різній глибині.

Діагностичні критерії стафілодермії: 1) викликаються стафілококами; 2) переважно уражаються придатки шкіри; 3) частіше хворіють чоловіки; 4) первинним морфологічним елементом є болюча *пустула* наповнена зелено – жовтим ексудатом, яка розташована в гирлі волосяного мішечка, має напівкулясту або гострокінцеву форму, в центрі пронизана волосом; 5) тенденція до розповсюдження уражень в глибину шкіри та ін. 6) кірка, що утворюється на її поверхні, має бугристу форму з жовтуватим відтінком; 7) розрізняють поверхневі (остіофолікуліт, фолікуліт, епідемічна пухирчатка новонароджених, сикоз) та глибокі (фурункул, карбункул, фурункульоз, гідраденіт).

Остіофолікуліт – початковий елемент всіх стафілодермії у вигляді вузлика з пустулою, що пронизана волосиною, напівкулястої форми з щільною покривкою та вузькою смужкою гіперемії по периферії. Часто локалізується на обличчі, волосистої частині голови, рідко на інших ділянках шкіри. Висипи можуть бути поодинокими та множинними. Суб'єктивно відчувається болючість, загальні явища відсутні. Пустула може зсохнутись з утворенням жовтувато – бурої кірки або розкритись з виділенням гною та утворенням поверхневої ерозії. Процес закінчується на 3 – 4 день, не лишаючи рубця.

Фолікуліт – гостре гнійне запалення фолікулу волосся і частково перифолікулярної тканини з утворенням обмеженого запального інфільтрату у вигляді болючого вузлика яскраво – червоного кольору. На 2 – 3 день

формується пустула з волосиною або сіруватою крапкою (гирло фолікула) у центрі. Пустула розкривається, виділяючи гній, утворює ерозію або зсихається в кірку. Загальні явища відсутні. Тривалість фолікуліту 5- 7 днів, результат може бути двояким: після відпадання кірки та розсмоктування інфільтрату залишається тимчасове лущення і пігментація, або при гнійному розплавленні інфільтрату та виділенні гною формується виразка та крапковий рубець з руйнуванням сосочку волосся. *Диференціюють* остіофолікуліт та фолікуліт зі стрептококовим та вульгарним імпетиго.

Епідемічна пухирчатка новонароджених – захворювання, що виникає у перші дні життя дитини, в основному в період до 7 – 10-го дня від народження. Починається з появи на тулубі на фоні гіперемії пухирів з білуватою покришкою, що наповнені серозним, потім – серозно – гнійним вмістом. Пухирі поступово збільшуються у розмірі до декількох сантиметрів, розриваються з оголенням ерозій, що оточені обривками покришки. Потім вони епітелізуються, лишаючи лущення і гіперпігментацію. У тяжких випадках ерозії, зливаються між собою, за декілька днів уражуючи значну частину шкіри новонародженого. При цьому процес захоплює слизові оболонки рота, носа, очей та статевих органів. Спостерігається підвищення температури тіла, лейкоцитоз, збільшення ШОЕ. Стан дитини важкий, можуть розвинути пнеумонії, отіти, диспепсія, сепсис. Прогноз відносно життя для дитини несприятливий. Стафілококовупухирчатку новонароджених слід *диференціювати* із сифілітичною пухирчаткою.

Стафілококовий сикоз – хронічне рецидивуюче запалення фолікулів короткого товстого волосся (борода, вуса, щоки, рідше - брови, лобок, пахвові ямки), іноді фолікулів волосистої частини голови. Хворіють переважно чоловіки. Захворювання починається з появи чисельних болючих остіофолікулітів та фолікулітів, інфільтрованих вогнищ синюшно – бурого кольору, на яких розміщуються пустули, ерозії, серозно – гнійні кірки. Іноді спостерігається лихоманка. Волосся не випадає, але легко епілюється. Кореневі піхви волосся набряклі та оточені товстою склоподібною „муфтою”. Після завершення остіофолікулітів та фолікулітів рубці не утворюються. Часто процес має хронічний рецидивуючий перебіг, але можливе спонтанне одужання. Захворювання необхідно *диференціювати* від глибокої трихофітії (паразитарний сикоз).

Фурункул – гостре гнійно – некротичне ураження фолікулу, сальної залози та оточуючої підшкірної жирової клітковини з утворенням вузла з некрозом. Має вигляд обмеженого інфільтрату, яскраво – червоного кольору, різко болючого з явищами гострого запалення. Потім утворюється пустула, після розкриття якої виділяється гній та некротичний стрижень з утворенням виразки, що поступово вкривається грануляціями та рубцюється. Цикл розвитку елемента триває в середньому 2 – 3 тижні. Іноді відмічається підвищення температури тіла, загальне нездужання, лейкоцитоз, збільшення ШОЕ. Особливо небезпечні фурункули у ділянці обличчя (верхня губа, нос - губна складка), коли виникає загроза розвитку сепсису або тромбозу поверхневих та глибоких вен мозку.

Карбункул – гострозапальний вузол з декількома вогнищами некрозу, що являє собою конгломерат фурункулів, поєднаний загальним інфільтратом. Запальний інфільтрат поступово збільшується внаслідок периферичного росту та росту в глибину (до м'язу, фасції, кістки), а через 4 – 5 днів досягає 5 – 10 см у діаметрі. При пальпації вузол різко болючий, майже постійно відчувається пульсуючий, сіпаючий біль. Далі навколо фолікулів виникає глибокий некроз шкіри; вогнище набуває майже чорного кольору та розплавляється у декількох місцях. У результаті з'являються чисельні отвори, з яких витікає гнійно – кров'яниста рідина, оголюється виразка на дні якої містяться зеленувато – жовті некротичні стрижні, які відторгаються через 2 тижні. Поступово виразка заповнюється грануляціями та рубцюється протягом 2- 3-х тижнів. Карбункул як правило локалізується всюди, де є волосяні мішечки, але частіше – на задній поверхні шиї, спині, сідницях. При тяжкому перебігу спостерігаються лихоманка, лімфангіт, лімфаденіт, сильний головний біль. Можливі ускладнення: флебіти, тромбофлебіти, емболії, тромбоз синусів головного мозку, септицемія, метастази у внутрішні органи. Перебіг як правило гострий. *Диференціальну діагностику* карбункула та фурункула треба проводити з інфільтративно – нагноювальною трихофітією та бешихою.

Фурункульоз – характеризується появою декількох фурункулів одночасно або один за другим, на обмежених ділянках (локалізований) або на різних ділянках шкіри (генералізований). Гострий фурункульоз - фурункули у значній кількості виникають протягом короткого часу; хронічний рецидивуючий місцевий та загальний

фурункульоз – фурункули продовжують з'являтися протягом тривалого періоду на обмежених ділянках або спостерігаються рецидиви гострого фурункульозу. Перебіг типовий; при рецидивах – строката картина: свіжі висипи та рубці різної давнини. Відмічається періодичне підвищення температури тіла. Фурункульоз іноді ускладнюється бактеріємією, обсіменінням клапанів серця, суглобів, хребта, довгих трубчатих кісток, внутрішніх органів. Особливо схильними до рецидивуючого фурункульозу є хворі на цукровий діабет. Слід диференціювати з хроніосепсісом.

Гідраденіт – гнійне запалення апокринної потової залози з утворенням гострозапального вузла навколо залози з абсцесом без некрозу. Локалізується в аксилярній ділянці, навколо сосків грудей, пупа, статевих органів, заднього проходу. Спочатку з'являється невеликий вузол, дещо болючий, відчуття свербіжу, поколювання. Далі діаметр вузла зростає до 1 – 2 см, шкіра над ним червоніє або стає синюшно – багровою, з'являється флюктуація. Можуть утворюватись конгломерати вузлів, які сосочками виступають над здоровою шкірою („суче вим'я"). Далі вузли розкриваються і виділяється густий вершкоподібний гній іноді з домішками крові. На їх місці формуються втягнені рубці. Тривалість існування процесу 10–15 днів. Гідраденіт схильний до тривалого рецидивуючого перебігу. *Диференціюють* з фурункулом.

Змішані піодермії

Як правило стрептококові фліктени ускладнюються приєднанням стафілококової інфекції. Розрізняють: стрето – стафілококове імпетиго, вульгарна ектима, хронічна дифузна стрептодермія

Змішані піодермії. Як правило стрептококові фліктени ускладнюються приєднанням стафілококової інфекції. Розрізняють: стрето – стафілококове імпетиго, вульгарна ектима, хронічна дифузна стрептодермія

Стрето – стафілококове імпетиго (вульгарне імпетиго) – контагіозна форма імпетиго, особливо у дитячих колективах; у дорослих зустрічається як ускладнення корости, вошивості, сверблячих дерматозів. Уражується шкіра обличчя, верхніх кінцівок, тулуба. На фоні гіперемії з'являється фліктена з серозним вмістом, який протягом годин набуває гнійного характеру. Основа інфільтрована та оточена смужкою еритеми. Покришка розкривається, утворює ерозію, ексудат якої зсихається у „медові кірки". Через 5- 7 днів кірки відторгаються і

оголюється епітелізована рожева пляма, що вкрита лусочками, яка в подальшому зникає безслідно. Вогнища ураження можуть захоплювати значні поверхні шкіри. *Диференціюють* з багатформною ексудативною еритемою, вульгарним сикозом, справжньою пухирчаткою.

Вульгарна ектима – глибоке обмежене виразкове ураження шкіри, що виникає у осіб зі зниженою реактивністю організму. Може починатися зі стрептококової фліктени або фолікулярної пустули, на місці яких виникає пухир з гнійно – геморагічним вмістом. Після його розкривання утворюється округла виразка з валикоподібними краями, кровоточивим дном, яке вкрите гнійно – слизовим некротичним нальотом, що зсихається у кірку. На місці кірки виявляється виразка без ознак регенерації, яка знову виповнюється кіркою у результаті утворення некротичних мас з домішками крові. Процес може тривати довго, при сприятливому результаті виразка виповнюється грануляціями та загоюється рубцем. *Диференціюють* з фурункулom, сифілітичною ектимою, індуративною еритемою, скрофулодермою, виразками при лейшманіозі.

Хронічна дифузна стрептодермія(хронічна дифузна піодермія, піококовий епідермодерміт, ексфоліативна стрептодермія) – розвивається на місці вогнища гострої дифузної стрептодермії, що затягнулася, або тривалого вульгарного імпетигу. Локалізується на гомілках, стопах у осіб з гіпостатичним синдромом (варикоз, тромбофлебіт, перенесені травми). У вогнищах уражень розвивається виражена інфільтрація шкіри з синюшним відтінком, з виразковими ділянками, мокнуттям і шаровидними жовтуватими – сірими кірками (нагадують пластини слюди). Контури вогнища неправильні (фестончасті) з наявністю обривків епідермісу, що відшарувався. Іноді вогнища лущаться та ліхеніфікуються, нагадуючи бляшковий псоріаз. Під час загострення відбувається мокнуття, почервоніння, набряк та поява нових висипів. Як правило захворювання має хронічний перебіг. *Диференціюють* з мікробною екземою.

Діагностика базується на мікроскопії мазків (забарвлюються по Граму), посівах гною (знаходження *Staphylococcus aureus*, β -гемолітичного стрептокока та ін.), та крові (при ознаках лихоманки та сепсису) на живильні середовища, загальному аналізі крові, серологічних реакціях, патоморфологічних змінах у шкірі. Для більш достовірної діагностики піодермій матеріал для

дослідження бажано брати безпосередньо з порожнинного елемента (з фліктени - при стрептодермії; з фолікулярної пустули - при стафілодермії), а не з поверхні зруйнованого елемента. Засів отриманого при пункції гноячкових елементів матеріалу (до початку лікування) на живильне середовище необхідний також для дослідження чутливості патогенних мікроорганізмів до антибіотиків (отримання антибіотикограми), що має важливе значення для проведення ефективної етіотропної терапії, а також засів необхідний для отримання аутовакцини.

Лікування

Хворих на піодермію починають з призначення антибіотиків в залежності від виду збудника, ступеня його чутливості до тих чи інших препаратів, перебігу захворювання (при гострому перебігу не менш ніж на 5-7 днів, а при хронічному – на 7 – 14 днів). Призначають: антибіотики першого покоління : пеніцилін (по 500 тис ОД в/м кожні 4 години), ампіцилін (по 0,25 г х 4 рази на добу), ампіокс (по 0,5 г х 3 рази на добу); антибіотики групи цефалоспоринів: цепорин (0,5 г х 3 р. в/м), цефазолін (0,25 - 0,5 г в/м кожні 8 годин), цефалексін (по 0,25 - 0,5 г х 4 рази на добу); тетрацикліни : тетрациклін (по 0.25 г х 4 р.), доксіцикліна гідрохлорид (по 0,1 г х 2 рази); аміноглікозиди: гентаміцина сульфат (в/м по 1-2 мл 4% розчину х 2 рази на добу), тобраміцин (в/м 2-5 мг на 1 кг маси тіла), ванкоміцин (в/в в тяжких випадках); макроліди: еритроміцин (по 0,25 г х 4р.); фторхінолони : офлоксацин (по 0,25г х 2 р.). Застосовують засоби специфічної імунотерапії: стафілококовий антифагін (п/ш від 0,2 до 1,0 мл щоденно, курс повторюють через 2-3 тижня), стафілококовий бактеріофаг (в /ш чи в/м від 0,1 до 2мл зі схемою всього 8-10 ін'єкцій); імунокорегуючі засоби: Т-активін (п/ш по 0,1 мл 0,01% розчину щоденно протягом 10 діб), тималін (п/ш від 5 до 20 мг щоденно, курсом 30-100мг), тимоген (в/м від 50 до 100мкг на курс 300-1000мкг), лycopід (в/м по 0,125 мг щоденно протягом 10 діб), рузам (п/ш по 0,2 мл 1 раз в 5-7 днів, курс 10 ін'єкцій); цитостатики : проспидін (в/м від 50 мг до 100 мг щоденно, курс – 1,5-2,0г) , циклофосфан (в/м по 100 мг на добу, курс – 1,0-1,5г); кортикостероїди: преднізолон, дексаметазон, триамцинолон (призначають у комбінації з антибіотиками чи цитостатиками в дозі 20- 40 мг протягом 3-6 тижнів). Доцільно застосовувати засоби покращуючі мікроциркуляцію шкіри: актовегін (по 5 мл в/в щоденно, курс 15-20 ін'єкцій), трентал, неонікол (не менш 1 місяця); гепатопротектори: есенціале форте (в/в по 5 мл щоденно,

курс – 10), карсил (по 1 табл. х 3 р на добу протягом місяця); системну ензимотерапію: вобензим (по 5 табл. х 3 р. на добу , протягом 2-3 місяців). Окрім того призначають вітамінотерапію: вітаміни групи В (В₆, В₁₂) , вітамін С; фізіотерапевтичне лікування: УВЧ, лазеротерапія, лазерне опромінення крові. При тяжких (карбункул, фурункул обличчя, пухирчатка новонароджених, бульозне імпетиго) та розповсюджених формах необхідно призначати стимулюючі засоби (алое, аутогемотерапія, вітаміни, гамаглобулін та ін.).

Зовнішнє лікування піодермії починають з первинної обробки вогнищ (відкриття покришок фліктен та пустул, обробка 3% розчином перекису водню, змащування аніліновими барвниками чи іншими дезінфікуючими засобами) При наявності ексудації та гнійних кірок рекомендована санація шкіри розчином перманганату калію 1:5000, а потім дронування вогнищ за допомогою пов'язок з дезінфікуючими розчинами. Після первинної обробки глибоких вогнищ інфекції рекомендовані дезінфікуючі засоби у вигляді мазей, пластирів, які забезпечують більш глибоке проникнення лікарської речовини. Для санації усієї шкіри рекомендується загальне УФ – опромінення чи дезінфекція шкіри. *Місцево* в залежності від форми піодермії та стадії процесу застосовують: при виразкових дефектах - видалення кірок, некротичних шматочків тканини, гною та дезінфекцію асептичними розчинами (фурацилін 1:5000, 1% борна кислота, 1% розчин діоксину; при наявності інфільтрації – іхтіол з димексідом (1:1), трипсін, химотрипсін; в період рубцювання пов'язки з 5% дерматоловою, лінкоміциновою пастами, мазі з іруксолом, гепарином, актовегіном.

Профілактика піодермітів. Організація боротьби з гноячковими захворюваннями, яка вміщує в себе підвищення рівня особистої гігієни, умов побуту, харчування, праці, санітарно - культурної грамотності населення, проведення роз'яснювальної роботи та диспансеризація хворих на піодерміти.