

Термін	Визначення
Піодермії	група дерматозів, які викликаються гноєрідними коками, здебільшого спричиняються стафілококами і 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	<i>Екзогенні</i> причини, що сприяють розвитку піодермій: переохолодження, гіперінсоляції, поверхневі травми шкіри, її забруднення, зміна кислотно-лужної рівноваги шкіри в лужну сторону, сверблячі дерматози та ін. <i>Ендогенні</i> 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 ендо- та екзотоксини 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 неbolюча пустула (фліктена) з в'ялою покришкою, 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;
Розрізняють	<i>поверхневі</i> (стрептококове імпетиго) та <i>глибокі</i> (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 окрайку 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 пузирями до 1см у діаметрі.;
Диференціюють	-з алергічним контактним дерматитом., оперізуючим лишаям, герпетиформним 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 сифілоподібне папульозне (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 гомілках та сідницях. Починається з появи болючої фліктени з мутнуватою та гнійною – кров'янистим вмістом, що потім перетворюється на товсту щільно сидячу жовтувату – 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.	- стрептококові фліктени ускладнюються приєднанням стафілококової інфекції. Розрізняють: стрепто – 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, екссудат 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 екссудативною 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 фурункулом, сифілітичною ектимою, індуративною еритемою, скрофулодермою, виразками при лейшманіозі.
Хронічна дифузна стрептодермія (хронічна дифузна піодермія, піококовий	– розвивається на місці вогнища гострої дифузної стрептодермії, що затягнулася, або тривалого вульгарного імпетиго. У вогнищах уражень розвивається виражена інфільтрація шкіри з

епідермодерміт, ексфоліативна стрептодермія)	синюшним відтінком, з виразковими ділянками, мокнуттям і шаровидними жовтувато – 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.
Локалізується	на гомілках, стопах у осіб з гіпостатичним синдромом (варикоз, тромбофлебіт, перенесені травми)
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 гідрохлорід (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 0,25г 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.).
Місцеве 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 дренавання вогнищ за допомогою пов'язок з дезинфікуючими розчинами; рекомендовані дезинфікуючі засоби у вигляді мазей, пластрів, які забезпечують більш глибоке проникнення лікарської речовини. Для санації усієї шкіри рекомендується загальне УФ – опромінення чи дезинфекція шкіри 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, 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.