

Лекція

Піодерміти. Стрептококові та стафілококові піодерміти.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб ПДМУ

Мікробні ураження шкіри (підерміти) - 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%).*



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 імунodefіцит, 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*



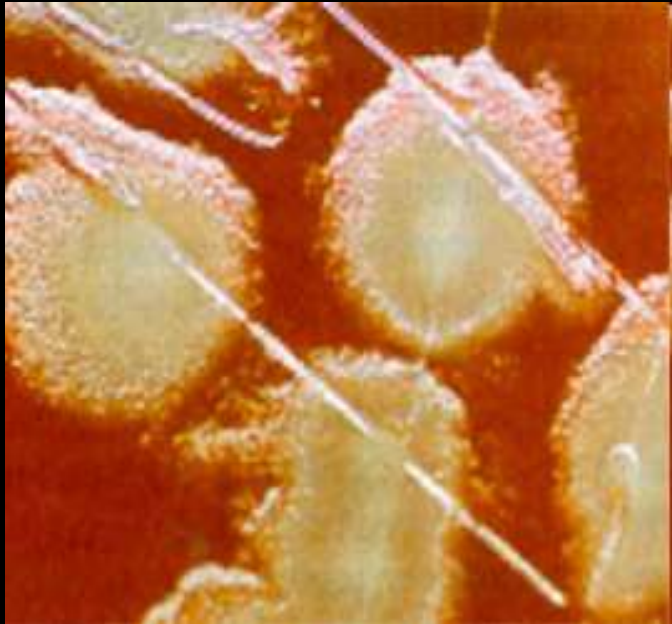
Класифікація-

стафілодермії стрептодермії змішані форми глибокі хронічні піодермії
(стафіло – стрептодермії)



Стафілодермії.

Збудниками є стафілококи - клітини кулястої форми, діаметром 0,5 – 1,5 мкм, не утворюючи 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.

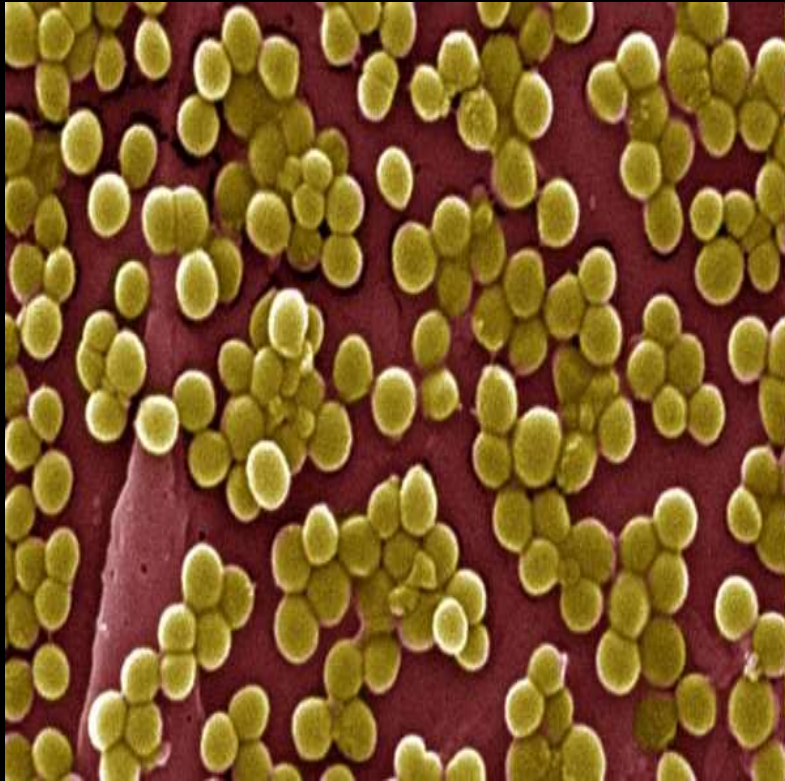


Multiple Furuncles



Fig. 4.2 Furuncles in a patient with type 2 diabetes mellitus.

MedUniver.com
Все по медицине...



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*

Розрізняють

- поверхневі (остіофолікуліт, фолікуліт, епідемічна пухирчатка новонароджених, сикоз)*
- глибокі (фурункул, карбункул, фурункульоз, гідраденіт)*





Остіофолікуліт

— початковий елемент всіх стафілодермій у вигляді вузлика з пустулою, що пронизана волосиною, напівкулястої форми з щільною покриткою та вузькою смужкою гіперемії по периферії. Часто локалізується на обличчі, волосистій 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 жовтуватого бурого кірочки 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.





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 пневмонії, отіти, диспепсія, сепсис. Прогноз відносно життя для дитини несприятливий.



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.



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, носо - губна складка), коли виникає загроза розвитку сепсису або тромбозу поверхневих та глибоких вен мозку.

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.



Карбункул

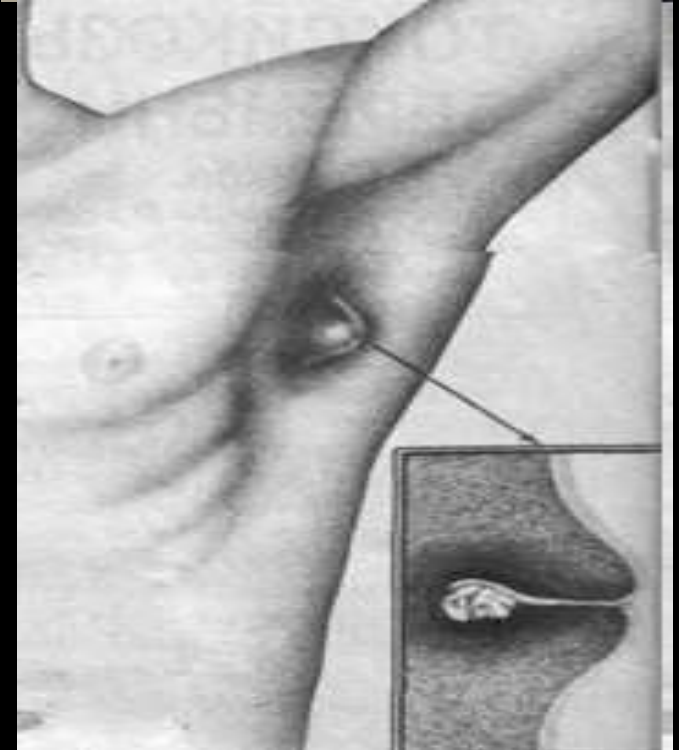


гострозапальний вузол з декількома вогнищами некрозу, що являє собою конгломерат фурункулів, поєднаний загальним інфільтратом. Запальний інфільтрат поступово збільшується внаслідок периферичного росту та росту в глибину (до м'язу, фасції, кістки), а через 4 – 5 днів досягає 5 – 10 см у діаметрі. При 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.

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.

22.10.2023



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;*



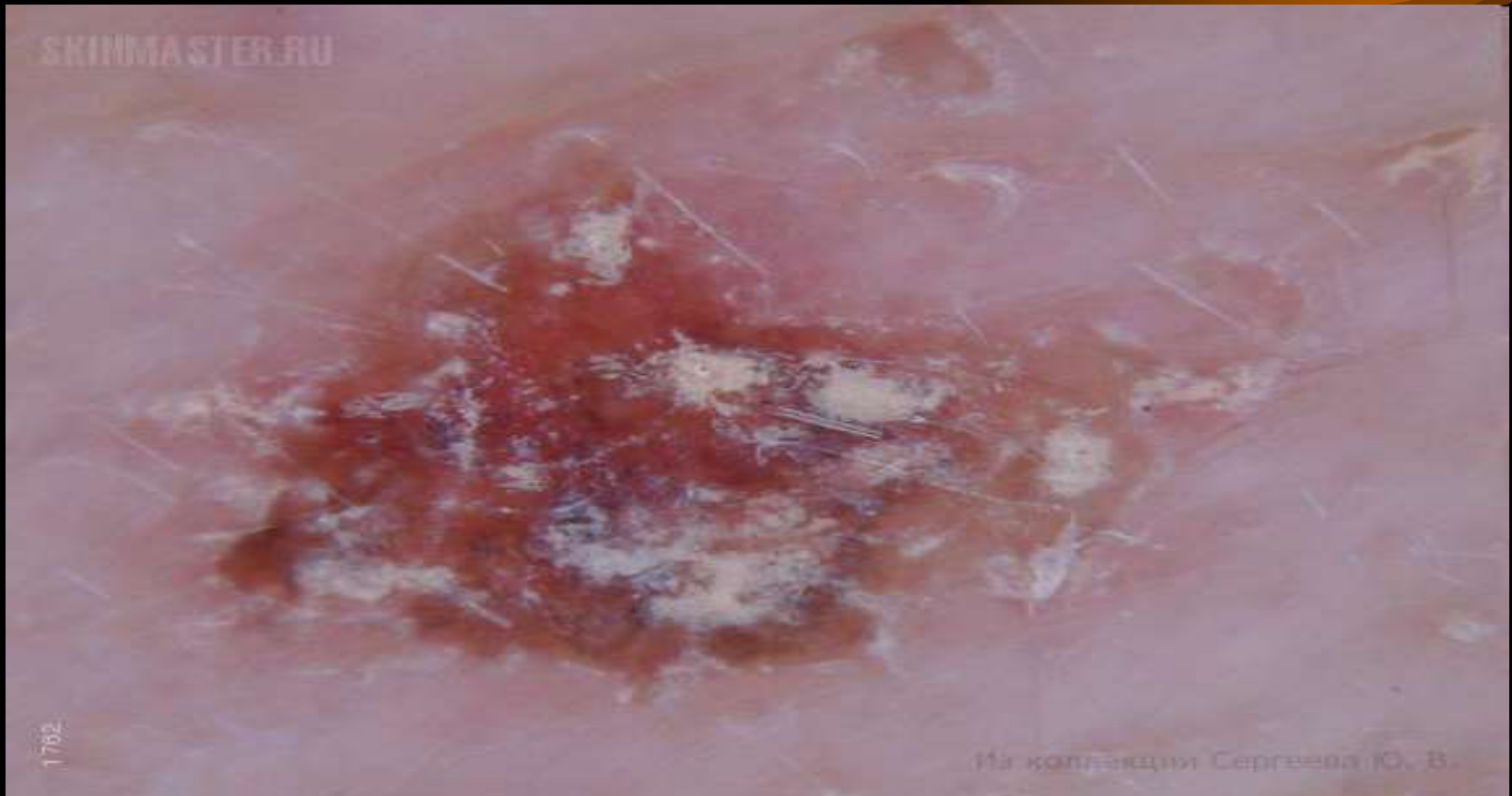
Імпетиго стрептококове (імпетиго Тільбері – Фокса)

— 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.

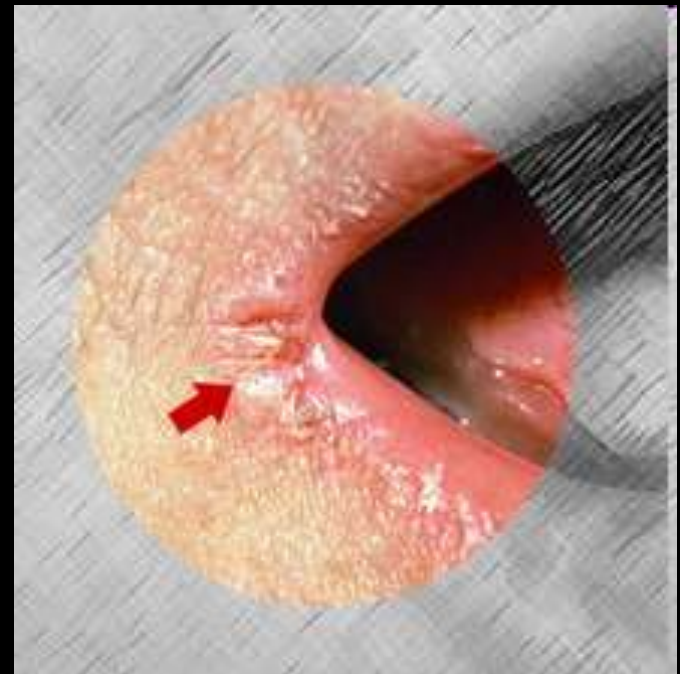
Суб'єктивно відзначається незначний свербіж. Процес триває 3 - 4 дні.

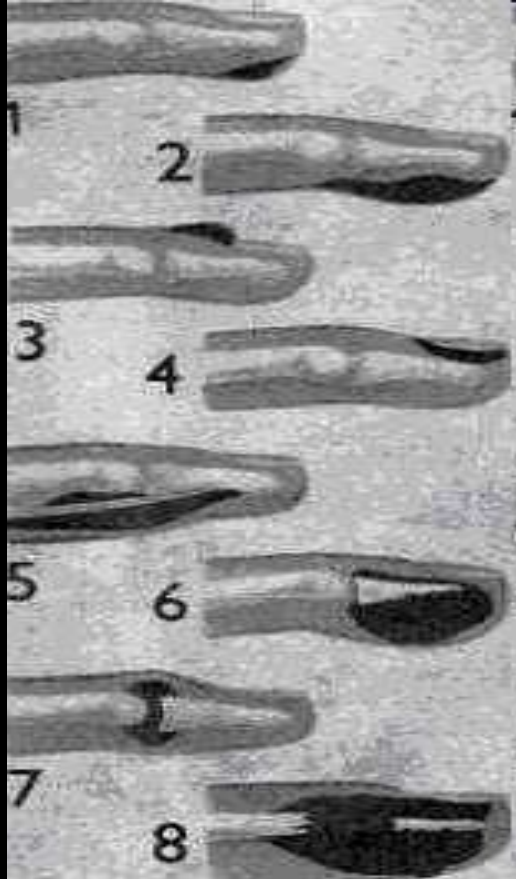
Локалізується як правило на шкірі обличчя, але може вражати червону крайку губ, слизові оболонки рота, порожнини носа, бронхів, очей. Можлива дисемінація процесу з однієї ділянки на іншу та виникнення ускладнень у вигляді лімфангіту, лімфаденіту.

імпетиго стрептококове бульозне
локалізується на кистях, стопах, гомілках та
представлене великими пухирями до 1см у діаметрі.;



*заїда (ангуляційний
стоматит) локалізується у куті рота,
шкіра якого набрякла та гіперемічна,
представлена болючою щілеподібною
ерозією з жовтуватими кірочками навколо*





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.



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.



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.



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.



Ектима - глибокий стрептококовий піодерміт, що розміщується переважно на гомілках 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.



Змішані піодермії

Стрето – стафілококове імпетиго (вульгарне імпетиго) контагіозна форма імпетиго, особливо у дитячих колективах; у дорослих зустрічається як ускладнення корост, 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



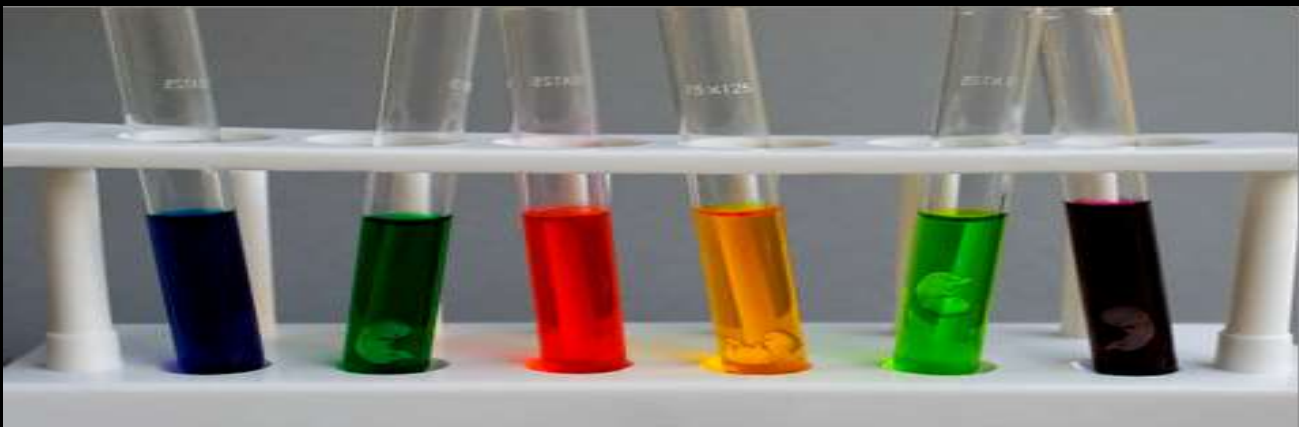


Вульгарна ектима – глибоке обмежене виразкове ураження шкіри , що виникає у осіб зі зниженою реактивністю організму. Може починатися зі стрептококової фліктени або фолікулярної пустули, на місці яких виникає пухир з гнійно – геморагічним вмістом. Після його розкривання утворюється округла виразка з валикоподібними 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.

Хронічна дифузна стрептодермія (хронічна дифузна піодермія, піококовий епідермодерміт, ексфоліативна стрептодермія) – розвивається на місці вогнища гострої дифузної стрептодермії, що затягнулася, або тривалого вульгарного імпетиго. У вогнищах уражень розвивається виражена інфільтрація шкіри з 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 луцаться та ліхеніфікуються, нагадуючи бляшковий псоріаз. Під час загострення відбувається мокнуття, почервоніння, набряк та поява нових висипів.



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 аналізу крові, серологічних реакціях, патоморфологічних змінах у шкірі. Для більш достовірної діагностики підермій 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 x 4 рази на добу), ампіокс (по 0,5 г x 3 рази на добу); антибіотики групи цефалоспоринів: цепорин (0,5 г x 3 р. в/м), цефазолін (0,25 - 0,5 г в/м кожні 8 годин), цефалексін (по 0,25 - 0,5 г x 4 рази на добу); тетрацикліни : тетрациклін (по 0,25 г x 4 р.), доксіцикліна гідрохлорид (по 0,1 г x 2 рази); аміноглікозиди: гентаміцина сульфат (в/м по 1-2 мл 4% розчину x 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 x 4р.); фторхінолони : офлоксацин (по 0,25г x 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); імунорегуючі 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: ессенціале форте (в/в по 5 мл щоденно, курс – 10), карсил (по 1 табл. x 3 р на добу протягом місяця); системну ензимотерапію: вобензим (по 5 табл. x 3 р. на добу , протягом 2-3 місяців). Окрім того призначають вітамінотерапію: вітаміни групи В (В 6, В 12) , 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 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; рекомендовані дезинфікуючі засоби у вигляді мазей, пластирів, які забезпечують більш глибоке проникнення лікарської речовини. Для санації усієї шкіри рекомендується загальне УФ – опромінення чи дезінфекція шкіри 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.

