

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждения высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет им.проф. В.Ф Войно-Ясенецкого» МЗ РФ**

**Институт последипломного образования**

**Кафедра Дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им.проф. В.И.Прохоренкова**

Рецензия д.м.н,проф. Карачевой Юлии Викторовны на реферат ординатора кафедры специальности Дерматовенерология  
Екимовой Дианы Александровны  
На тему: Пиодермии

Основные критерии рецензии на реферат

<b>Оценочный критерий</b>	<b>Положительный/отрицательный</b>
1. Структурированность	<b>полож</b>
2. Наличие орфографических ошибок	<b>полож</b>
3. Соответствие текста реферата по его теме	<b>полож</b>
4. Владение терминологией	<b>полож</b>
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий тем	<b>полож</b>
6. Логичность доказательной базы	<b>полож</b>
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	<b>полож</b>
8. Круг использования известных научных источников	<b>полож</b>
9. Умение сделать общий вывод	<b>полож</b>

Подпись проверяющего



Подпись ординатора



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧЕРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «КРАСНОЯРСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. В.Ф.  
ВОЙНОЯСЕНЕЦКОГО» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им.проф. В.И. Прохоренкова  
Зав.кафедрой д.м.н., доцент Карачёва Юлия Викторовна

РЕФЕРАТ

Пиодермии

Выполнила:

ординатор 1-го года обучения

Екимова Диана Александровна

Содержание:

Определение	4
Этиология и патогенез	5
Эпидемиология	6
МКБ 10	7
Классификация	8
Клиническая картина	9
Стрептодермии	12
Лечение	15
Список литературы	16

**Определение:**

Пиодермии – группа дерматозов, характеризующихся гнойным воспалением кожи, ее придатков, а также подкожной жировой клетчатки.

## Этиология и патогенез

Возбудителями пиодермий, как правило, являются представители семейства *Micrococcaceae*: стафилококки (грамположительные факультативно-анаэробные бактерии) и стрептококки (грамположительные аэробные и факультативно-анаэробные бактерии), наиболее часто – *S. aureus*, *S. haemolyticus*, *S. epidermidis*,  $\beta$ -гемолитический стрептококк. Патогенные свойства данных микроорганизмов определяются их способностью в процессе жизнедеятельности вырабатывать токсины, ферменты и другие биологически активные вещества. Токсические поражения кожи, сопровождающиеся эксфолиацией, вызывают стафилококки II фагогруппы, лизирующиеся фагами 3А, 3В, 3С, 55, 71.

Этиологическими агентами пиодермий могут являться и другие микроорганизмы – вульгарный протей, пневмококки, синегнойная палочка и другие, выявляющиеся в большинстве случаев в ассоциациях со стафилококками и стрептококками.

К экзогенным факторам, способствующим развитию пиодермий и их рецидивов, относят нарушение целостности эпидермиса (микротравмы, мацерации кожи), загрязнение кожи, повышенное потоотделение, смещение рН кожи в щелочную сторону, действие высоких и низких температур. Факторами риска синдрома стафилококкового токсического шока являются: использование тампонов во время менструации, инфекции хирургических ран, ожоги, язвы, травмы кожи, послеродовые инфекции.

К эндогенным факторам риска развития пиодермий относятся различные эндокринопатии, прежде всего нарушение углеводного обмена (сахарный диабет), недостаточное поступление белков в организм, наличие тяжелых соматических заболеваний, гиповитаминоз, хронические интоксикации, наличие очагов стафилококковой инфекции в различных органах и тканях.

## **Эпидемиология**

Пиодермии относятся к наиболее распространенным заболеваниям кожи. Тем не менее, точно оценить их распространенность среди населения сложно из-за разнообразия клинических проявлений и быстрого (в течение 7-10 дней) разрешения высыпаний в большинстве случаев заболевания. Среди больных пиодермиями преобладают мужчины, у которых диагностируется 60–70% всех случаев заболевания. Наиболее часто пиодермии регистрируются у лиц в возрасте от 45 до 65 лет.

В эпидемиологии стафилококковой инфекции большое значение имеет стафилококконосительство.

## **Кодирование по МКБ 10**

A46 – Рожа;

A48.3 – Синдром токсического шока;

L00 – Синдром стафилококкового поражения кожи в виде ожогоподобных пузырей;

L01 – Импетиго;

L02 – Абсцесс кожи, фурункул и карбункул;

L08.0 – Пиодермия. Дерматит: гнойный, септический, гноеродный;

L73.8 – Другие уточненные болезни фолликулов. Сикоз бороды;

L73.9 – Болезнь волосяных фолликулов неуточненная;

L74.8 – Другие болезни мерокринных потовых желез;

L98.4 – Хроническая язва кожи, не классифицированная в других рубриках. Хроническая язва кожи БДУ Тропическая язва БДУ Язва кожи БДУ;

R39.4 – Неонатальная инфекция кожных покровов. Пиодермия новорожденных.

## Классификация

В зависимости от возбудителя заболевания и клинических особенностей поражения пиодермии подразделяют на следующие виды:

Стафилодермии:

### 1. Поверхностные:

- остиофолликулит;
- фолликулит;
- сикоз;
- везикулопустулез;
- эпидемическая пузырчатка новорожденных;
- дерматит эксфолиативный (болезнь Риттера);
- синдром стафилококковой обожженной кожи (SSSS);
- синдром стафилококкового токсического шока (TSS).

### 2. Глубокие:

- фурункул;
- фурункулез;
- карбункул;
- абсцесс;
- псевдофурункулез;
- гидраденит.

Стрептодермии:

### 1. Поверхностные:

- импетиго стрептококковое;
- целевое импетиго;
- паронихия;
- папуло-эрозивная стрептодермия;
- интритригинозная стрептодермия;
- рожа;
- синдром стрептококкового токсического шока (STSS);
- стрептодермия острая диффузная.

### 2. Глубокие:

- целлюлит;
- эктима вульгарная.

Стрептостафилодермии: поверхностное импетиго вульгарное.



## **Клиническая картина**

### **Стафилодермии**

#### *Остиофолликулит (импетиго Бокхарта)*

Заболевание характеризуется появлением остроконечной желтовато-белой пустулы размером с булавочную головку, пронизанной волосом. Возникает в результате воспаления устья волосяного фолликула. На 3-4 сутки пустула ссыхается с образованием желтоватой корки, после которой остается розовое пятно. Преимущественная локализация заболевания – кожа в области бороды, усов, груди, конечностей в местах волосяного покрова.

#### *Фолликулит*

Заболевание характеризуется появлением ограниченного воспалительного инфильтрата в виде узелка ярко-красного цвета, болезненного при пальпации. На 2-3 день формируется пустула, наполненная желтовато-зеленым содержимым, в центре которой виден волос или устье фолликула. Через 5-7 суток пустула ссыхается с образованием желтоватой корочки. После разрешения остиофолликулитов и фолликулитов рубцов не образуется.

#### *Сикоз вульгарный (сикоз стафилококковый, сикоз непаразитарный)*

Заболевание характеризуется появлением очагов с выраженной инфильтрацией кожи синюшно-бурого цвета, на которых имеются пустулы, эрозии, серозно-гнойные корки.

#### *Везикулопустулез (перипорит, остеопорит)*

Заболевание часто встречается у новорожденных. Появлению везикулопустулеза предшествует потница в виде множественных красных точечных пятен, на поверхности которых появляются пузырьки с молочно-белым содержимым. Преимущественная локализация заболевания – кожа туловища, волосистой части головы, складки кожи.

#### *Фурункул*

Заболевание характеризуется появлением конусовидной пустулы с формированием некротического стержня и зоной воспаления, отека, болезненности при пальпации кожи вокруг очага. На месте отделившегося некротического стержня формируется язва.

*Фурункулез* характеризуется появлением множественных фурункулов на ограниченных участках кожи, может иметь диссеминированный характер. Возможны рецидивы заболевания на протяжении от нескольких недель до нескольких лет.

#### *Карбункул*

Заболевание характеризуется появлением плотного узла темно-красного или багрового цвета диаметром 5-10 см, нечетко отграниченного от окружающей ткани, на поверхности которого имеется несколько пустул. После вскрытия пустул формируется глубокий некроз подлежащих тканей с образованием глубокой обширной язвы.

#### *Абсцесс кожи*

Заболевание характеризуется появлением болезненного узла с последующим образованием в центре элемента полости, заполненной гноем. Локализуется в дерме и подкожной клетчатке, может поражаться мышечная ткань. Для сформировавшегося абсцесса характерна флюктуация.

#### *Псевдофурункулез (множественные абсцессы новорожденных)*

Наблюдается у детей первых месяцев жизни, нередко на фоне дистрофии, при сопутствующих тяжелых заболеваниях (пневмония, анемия). Заболевание характеризуется появлением подкожных узлов багрово-красного цвета с синюшным оттенком величиной от горошины до лесного ореха. В центре узлов наблюдается флюктуация, при вскрытии узлов выделяется желто-зеленый сливкообразный гной. Некротического стержня не образуется. После разрешения процесса остаются рубчики, так как поражается вся эккринная потовая железа. Преимущественная локализация заболевания – кожа в области затылка, спины, ягодиц, задней поверхности бедер.

#### *Гидраденит*

Заболевание характеризуется появлением в толще кожи небольших инфильтратов размером с горошину, которые постепенно увеличиваются, спаиваются между собой и с окружающими тканями, образуя сплошной болезненный воспалительный инфильтрат синюшно-багрового цвета. Через 4-5 суток появляется флюктуация, узлы вскрываются с образованием фистул и появлением гнойного отделяемого. Для заболевания характерно торпидное хроническое рецидивирующее течение. Преимущественная локализация заболевания – кожа в подмышечной области, вокруг сосков, пупка, половых органов и заднего прохода.

#### *Эпидемическая пузырчатка новорожденных (пиококковый пемфигоид, пиококковый пемфигус)*

Заболевание появляется на 3-5 день, реже – на 8-15 день после рождения и характеризуется появлением на неинфильтрированной коже диссеминированных «вялых» пузырей (фликтен) размером от горошины до лесного ореха с мутным содержимым. На месте вскрывшихся пузырей наблюдаются влажные эрозии с остатками покрышки из отслоившегося эпидермиса, на поверхности которых корки не образуются. Период высыпания пузырей длится от нескольких дней до 2-3 недель. Высыпания локализуются на коже в области пупка, нижней части живота, аногенитальной области, области естественных складок, при обширном поражении – на коже груди, спины, конечностях,

редко – на ладонях и подошвах. Заболевание протекает с повышением температуры тела. Эпидемическая пузырчатка высоко контагиозна для новорожденных детей. Заражение новорожденных происходит от матерей и медицинских работников, страдающих пиодермией.

#### *Эксфолиативный дерматит Риттера (эпидермолиз новорожденных острый)*

Является наиболее тяжелой формой стафилодермии новорожденных и рассматривается как тяжелый вариант эпидемической пузырчатки новорожденных. Заболевание развивается у недоношенных детей, тяжелее протекает у детей на 2-4 день жизни, чем у детей на 2–3 неделе после рождения. Выделяют три стадии болезни – эритематозную, эксфолиативную и регенеративную. Заболевание начинается с покраснения кожи, появления трещин, слущивания верхних слоев эпидермиса вокруг рта или около пупка. Затем наблюдается серозное пропитывание кожи и возникает эпидермолиз, напоминающий ожог II степени. На различных участках кожного покрова появляются дряблые пузыри. Симптом Никольского положительный. Воспалительный процесс в течение 6-12 часов распространяется по всему кожному покрову. В течение 8-15 дней высыпания разрешаются с последующим шелушением. Рубцов не образуется. Общее состояние больных тяжелое, заболевание протекает с высокой температурой тела до 40–41°C, возможно развитие токсико-септического состояния и сепсиса.

#### *Синдром стафилококковой обожженной кожи (Staphylococcal Scalded Skin Syndrome)*

Поражение кожи аналогично таковому при эксфолиативном дерматите. Наблюдается у детей в возрасте от 1 месяца до 5 лет. Заболевание характеризуется появлением распространенных эритематозных пятнистых высыпаний, чаще всего возникающих после перенесенного гнойного конъюнктивита, отита или инфекций верхних дыхательных путей. В паховых и подмышечных складках наблюдаются очаги мацерации. Вокруг естественных отверстий образуются импетигиозные корки. Поражение кожи прогрессирует в течение 24-48 часов от скарлатиноподобной сыпи до спонтанных крупных пузырей. Симптом Никольского положительный. В течение 5-7 дней отмечается эпителизация эрозий с последующим отшелушиванием.

#### *Синдром стафилококкового токсического шока (TSS – toxic shock syndrome)*

Заболевание характеризуется появлением мелкоточечной пятнистой сыпи по всему кожному покрову, более выраженной вокруг очагов инфекции, реже наблюдаются петехии, пузыри. Отмечается плотный отек, более выраженный на лице, кистях, стопах, в последующем (через 10-20 дней от начала заболевания) наблюдается шелушение и слущивание эпидермиса на ладонях и подошвах. Заболевание сопровождается внезапным повышением температуры тела, артериальной гипотонией и полиорганной недостаточностью. Отмечается нарушение общего состояния больного в виде мышечной слабости, боли в мышцах, головной боли, судорог, диареи, рвоты, одышки. Возможен летальный исход (у 5% больных).

## **Стрептодермии.**

Стрептодермии чаще характеризуются поверхностным поражением гладкой кожи и складок со склонностью к периферическому росту очагов поражения. Придатки кожи не поражаются.

### *Импетиго стрептококковое*

Наблюдается у детей разных возрастных групп и является высоко контагиозным заболеванием. Заболевание характеризуется появлением фликтен с серозным или серозно-гнойным содержимым. В результате вскрытия пузырей образуются эрозии. Гнойное содержимое сохнет с образованием желтоватых корок, отпадающих через 3-4 суток. Рубцов и атрофии не образуется. Преимущественная локализация заболевания – кожа лица (область вокруг носа, рта).

### *Буллезное импетиго*

Заболевание характеризуется появлением пузырных высыпаний, наполненных серозно-гнойным содержимым и окруженных розовым венчиком. После вскрытия пузырей образуются эрозии, покрытые тонкими листовидными корочками. Преимущественная локализация заболевания – нижние конечности, тыл кистей.

### *Щелевое импетиго (заеда)*

Заболевание характеризуется появлением фликтен, быстро вскрывающихся с образованием неглубоких щелевидных линейных трещин и эрозий и мацерированным эпидермисом по периферии. Преимущественная локализация заболевания – углы рта, область наружных углов глазных щелей, основание крыльев носа.

### *Паронихия (поверхностный панариций)*

Заболевание характеризуется появлением фликтены на воспаленном основании, локализующейся вокруг ногтевой пластинки.

### *Папуло-эрозивная стрептодермия*

Наблюдается у детей грудного возраста. Заболевание характеризуется появлением плотных папул синюшно-красного цвета, окруженных островоспалительным венчиком. На поверхности папул образуются фликтены, которые быстро вскрываются с образованием эрозий и корочек. Преимущественная локализация заболевания – кожа ягодиц, задней и внутренней поверхности бедер, области промежности, мошонки.

### *Интертригинозная стрептодермия*

Заболевание характеризуется появлением фликтен, быстро вскрывающихся с образованием мокнущих эрозий с резкими фестончатыми границами и пиококковыми

отсевами по периферии. Преимущественная локализация заболевания – кожа соприкасающихся поверхностей крупных складок: паховых, подмышечных, шейной, ягодичной областей, за ушными раковинами. Данная форма стрептодермии часто встречается у детей с избыточной массой тела, сахарным диабетом, повышенной потливостью.

### *Рожа*

Чаще наблюдается у детей в возрасте до 3 лет и пожилых лиц. Заболевание характеризуется появлением эритемы с приподнятыми краями, четкими границами, неправильных очертаний, различных размеров. Очаг воспаления отечный, блестящий, горячий на ощупь, болезненный при пальпации. Иногда на поверхности очага образуются пузыри, подкожные абсцессы, некроз. Преимущественная локализация заболевания у взрослых лиц – голени, верхние конечности, туловище (в месте операционных ран), лицо (осложнения ринита и конъюнктивита), у детей – щеки, периорбитальная область, голова, шея, конечности.

### *Синдром стрептококкового токсического шока (STSS)*

Характеризуется острым развитием шока и мультисистемной органной недостаточностью. Заболевание может развиваться у здоровых людей, чаще в месте травм кожи, которые являются входными воротами для инфекции. У пациента быстро развивается гипотензивный шок с почечной недостаточностью. Ранними признаками STSS могут быть гиперемия конъюнктивы и слизистой оболочки ротоглотки, малиновый язык. Инфекция мягких тканей наблюдается у 80% больных и в большинстве случаев (у 70% больных) протекает по типу тяжелых подкожных поражений (некротический фасциит, миозит). Везикулы и пузыри на поверхности воспалительного очага появляются позднее (у 5-7% больных) и являются неблагоприятным прогностическим признаком. Другие кожные признаки включают петехиальные, пятнисто-папулезные и диффузные скарлатиноподобные высыпания. Высыпания могут появляться как в начале болезни, так и через 1-2 недели после ее окончания (у 20–30% пациентов), одновременно с десквамацией. У пациентов без инфекции мягких тканей наблюдаются очаги фокальной инфекции: остеомиелит, миозит, пневмония, перитонит, миокардит. Летальность достигает 30%.

### *Стрептодермия острая диффузная*

Чаще наблюдается у взрослых лиц. Заболевание характеризуется появлением фликтен, склонных к периферическому росту и слиянию с образованием больших поверхностных эрозий, окаймленных венчиком отслоившегося рогового слоя эпидермиса с фестончатыми очертаниями. Отмечается выраженный отек, гиперемия, обильное мокнутие, серозные корки. Преимущественная локализация заболевания – кожа нижних конечностей, а также кожа вокруг инфицированных ран, свищей, ожогов.

## *Целлюлит*

Может развиваться как в местах повреждения кожи, вблизи хирургических ран, так и на видимо здоровой коже. Заболевание характеризуется появлением воспалительного очага ярко-красного цвета, с нечеткими контурами, отекающего, инфильтрированного, горячего и болезненного при пальпации. В пределах очага воспаления могут наблюдаться везикулы, пузыри, геморрагии, абсцесс. Целлюлит может проявляться на любом участке кожного покрова, но чаще локализуется на коже нижних конечностей и лица. Отмечается недомогание, повышение температуры тела. Осложнениями целлюлита могут быть абсцессы, остеомиелит, септический артрит, тромбофлебит, бактериемия, некротизирующий фасциит, а также лимфангит и гломерулонефрит. Рецидивирующая инфекция нижних конечностей может осложниться развитием фиброза дермы, лимфостазом и утолщением эпидермиса.

## *Эктима (стрептодермия язвенная)*

Заболевание характеризуется появлением фликтены с гнойным содержимым, которое в течение нескольких дней ссыхается в корку. Под коркой выявляется глубокая язва с отечными воспаленными мягкими краями и дном. Дно язвы покрыто некротическим, гнойно-слизистым налетом. В течение 2-4 недель язва рубцуется. Преимущественная локализация заболевания – кожа нижних конечностей.

## **Стрептостафилодермии**

*Импетиго стрептостафилококковое* проявляется фликтенами, располагающимися на эритематозном фоне. Содержимое фликтен ссыхается с образованием рыхлых корок медово-желтого цвета. Отмечается рост элементов по периферии. Высыпания обычно диссеминированные, захватывают обширные участки кожного покрова. Длительность существования одного элемента импетиго в среднем составляет 7 дней. Заболевание высококонтагиозно. Стрептостафилококковое импетиго нередко осложняет зудящие дерматозы (экзему, чесотку, атопический дерматит и др.).

**Лечение:**

раствор бриллиантового зеленого спиртовой 1% область высыпаний 2-3 раза в сутки в течение 7-14 дней.

Или фукоцин, спиртовой раствор на область высыпаний 2-3 раза в сутки в течение 7-14 дней

Или метиленовый синий, водный раствор 1% на область высыпаний 2-3 раза в сутки в течение 7-14 дней.

Или калия перманганат\*\*, водный раствор 0,01-0,1% на область высыпаний 2-3 раза в сутки в течение 7-14 дней.

Или водорода пероксид\*\* раствор 1-3% на область высыпаний 2-3 раза в сутки в течение 7-14 дней.

## Список литературы:

1. Международные клинические рекомендации
2. <https://www.emcmos.ru/disease/piodermiya-simptomy-i-sposoby-lecheniya-v-emc/>
3. <https://www.rmj.ru/articles/dermatologiya/Piodermii/>