

«Пиодермии: от теории к клинической практике»

Тамразова О.Б.

Д.м.н., профессор кафедры
дерматовенерологии ФПК МР РУДН

Определение:

- **Пиодермии**, или гнойничковые заболевания кожи, - инфекционные заболевания кожи, развивающиеся при внедрении в нее патогенных микроорганизмов. Наиболее часто причиной возникновения пиодермий являются пиококки: **стафилококки** и **стрептококки**.
- **Эпидемиология**
Пиодермии занимают первое место среди поражений кожи.

Патогенез пиодермий заключается в сочетанном воздействии 3 основных факторов:

Пиодермии представляют собой многочисленную группу кожных заболеваний, характеризующиеся разнообразной клинической картиной.



Микробиота кожи

- Синантропная или сапрофитная флора (не приносящими вред хозяину)
- Мутуалистическая флора (комменсализм, симбиоз)

Взаимная выгода может заключаться в ингибировании роста патогенных м/о путем конкуренции за питательные вещества, либо выделяя продукты обмена, подавляющие рост флоры или стимулирующие иммунную систему.

- Патогенная флора: *Staphylococcus aureus*, β - гемолитический *Streptococcus* группы A, а также *Enterobacter*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Clostridium perfringens*



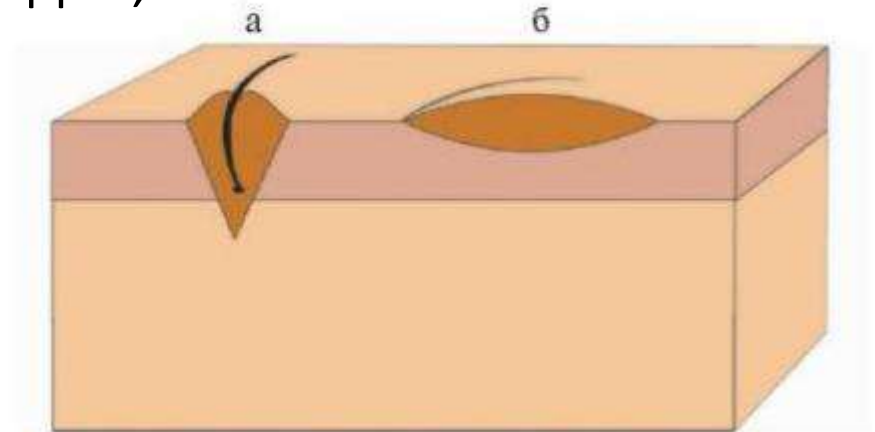
Роль золотистого стафилококка

Наиболее частый возбудитель

- продуцирует токсины (энтеротоксины А, В, токсин синдрома токсического шока), которые являются суперантигенами. SsAgs проходят через кожный барьер, стимулируют Т-клетки и способствуют сохранению и обострению аллергического воспаления
- вырабатывает дельта-токсин, который воздействует на рецепторы тучных клеток и вызывает дегрануляцию и высвобождение БАВ
- играет роль аллергенов. На антигены Staph. Aureus образуются специальные антитела IgE
- вырабатывает экзогенные протеазы (ферменты, разрушающие корнеодесмосомы) усиливают десквамативные процессы в поверхностных слоях эпидермиса, ксероз кожи и нарушение барьерных свойств эпидермиса

Гнойничок

- Гнойничок (pustula) — первичный, рельефный полостной экссудативный элемент сыпи, заполненный гнойным экссудатом.
- Поверхностный гнойничок (импетиго) залегает в эпидермисе или сосочковом слое дермы, а глубокий (эктима) — в сетчатом слое дермы или в подкожной жировой клетчатке.
- Импетиго разрешается бесследно, эктима — образованием рубца.



Клинико-морфологическая классификация:

- **фолликулярная коническая пустула:** остеофолликулиты, фолликулиты, фурункулы, карбункулы
- **импетиго** (поверхностная плоская пустула):
 - а) буллезное импетиго (эпидемическая пузырчатка, эксфолиативный синдром Риттера, токсический шоковый синдром, буллезное импетиго)
 - б) небуллезное импетиго (заеда, паронихия, импетиго складок, простой лишай)
- **эктима** (глубокая плоская пустула)
- **воспаление потовых желез** (гидраденит, потница, псевдофурункулез Фингера)
- **лимфангаиты** (рожа, болезнь кошачьих царапин),
шанкриформные язвы, флегмоны, абсцессы, некротические фасцииты и т.д.

Клинические формы пиодермий

Фолликулиты

Пустулы, сформированные вокруг выводных протоков сальных желез носят фолликулярный характер.



Фурункул

Фурункул (*furunculus*) – острое гнойно-некротическое поражение всего фолликула и окружающей его подкожной жировой клетчатки. Начинается остро как глубокий фолликулит с мощным перифолликулярным инфильтратом и быстро развивающимся некрозом в центре.



Фурункулез

Размеры инфильтрата зависят от реактивности тканей. Особенно большие инфильтраты с глубокими и обширными некрозами наблюдаются при диабете.

Фурункул локализуется на любом участке кожи, за исключением *ладоней и подошв* (где отсутствуют волосяные фолликулы).



Фурункул у пациента с атопическим дерматитом



Импетиго

Поверхностные нефолликулярные пустулы – фликтены – имеют покрывку, дно и полость с мутноватым содержимым, окруженную венчиком гиперемии. Они располагаются в эпидермисе и внешне выглядят как пузыри с содержимым. Наблюдаются при импетиго.



Распространенное импетиго



Терапия акне изотретиноином.

Импетиго лица



Распространенное буллезное импетиго



Распространенное буллезное импетиго



Ангулярный хейлит, или заеда

– это воспаление кожи и слизистой оболочки уголков рта, вследствие которого образуются болезненные заеды.

Чаще встречается у детей и женщин пожилого возраста.



Возбудители: стрептококки и грибы рода *Candida*
Сопутствующие факторы:
дефицит витаминов группы В,
мацерация кожи или сахарный
диабет, которые снижают
резистентность организма к
кожным инфекциям.

Импетиго лица, заеды



Сначала в уголках рта образуются пузырьки. Везикулы лопаются и на их месте образуются щелевидные эрозии. Через 1-2 часа заеды покрываются гнойно-геморрагической коркой, при удалении которой обнажается красная, легко кровоточащая поверхность. Стрептококковые заеды характеризуются болезненностью при движении губ, вследствие чего нарушается артикуляция и прием пищи.



Стрептодермия



Эктимы

Глубокие нефолликулярные пустулы.
Исход- рубец.



Эктима



Вросший волос, или псевдофолликулит

Заболевание, развивающееся при врастании под кожу сбритого волоса,

Чаще встречается у мужчин с темной кожей и курчавыми волосами.

Может возникнуть на любой коже, которая подвергается регулярному бритью, независимо от ее фототипа.



Вросший волос, или псевдофолликулит



Паронихия



Эритразма

- псевдомикоз, вызываемый бактерией *Corynebacterium minutissimum*, проявляющийся ограниченными очагами желтовато-коричневого или розового цвета с четкими контурами и мелким отрубевидным шелушением на поверхности; локализуется в складках



Состояние после проведения БЦЖ



Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика: герпесвирусная инфекция



Экзема Капоши, осложненная вторичной инфекцией



Простой герпес



Простой герпес



Простой герпес



Простой герпес



Опоясывающий лишай



Вирусная пузырчатка конечностей и полости рта (Hand-Foot-Mouth disease)



Чесотка у маленьких детей



Кожный зоонозный лейшманиоз

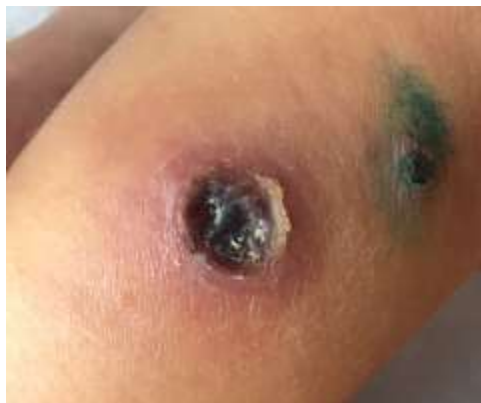
В месте входных ворот появляется первичная лейшманиома, - болезненная язва до 1-1,5 см в d, с подрытыми краями, мощным ободком инфильтрата и обильным серозно-гнойным или сукровичным экссудатом



Вокруг язвы часто формируются мелкие вторичные бугорки, так называемые «бугорки обсеменения»



Сибирская язва



Дифференциальная диагностика: нейтрофильные дерматозы

- Пустулезный псориаз (ладоней и подошв Барбера и Цумбуша)
- Острый фебрильный нейтрофильный дерматоз-синдром Свита
- Субкорнеальный пустулезный дерматоз Снеддона-Уилкинсона
- Пустулезный бактериид Эндрюса
- Герпетиформное импетиго Гебры и т.д.

- Клиническая характеристика различна: от стерильных пустул, глубокие некрозы, поверхностная или глубокая инфильтрация тканей без некроза.
- Гистологически отмечается массивная миграция нейтрофилов в эпидермис, дерму или гиподерму.

Гангренозная пиодермия



Гангренозная пиодермия



Острый фебрильный нейтрофильный дерматоз-синдром Свита

- Причина неизвестна: аутоиммунная теория и реакция гиперчувствительности
- Стимулировать иммунную систему могут бактерии, опухоли, вирусы
- Чаще всего синдром Свита появляется после перенесённого ОРВИ. Также в роли провоцирующего фактора могут служить стрептококковые поражения, иерсиниоз, язвенный колит, аутоиммунные болезни, прием лекарств



Синдром Свита

Характерно поражение кожи с выраженной нейтрофильной инфильтрацией.

Внезапное появление на фоне лихорадки болезненных бляшек и узлов синюшно-красного цвета.

Узлы вскрываются, формируются язвы.



Нейтрофильный дерматоз- синдром Свита



При поступлении



На 5-ый день



На 8-ой день

Нейтрофильный дерматоз-синдром Свита



Через 2 дня терапией преднизолоном 1мг/кг/сутки



Через 5 дней

Генерализованный пустулезный псориаз Цумбуша



Пустулезный псориаз Барбера



АКРОДЕРМАТИТ ПУСТУЛЕЗНЫЙ СТОЙКИЙ АЛЛОПО

- дерматоз неясного генеза, характеризуется пустулёзными небактериальными высыпаниями, локализирующимися на пальцах кистей и стоп.

Клиника.

На коже дистальных фаланг пальцев кистей и стоп, преимущественно вокруг ногтевых пластинок, на фоне эритемы с чёткими границами возникают пустулёзные высыпания по типу плоских асептических фликтен небольших размеров (до 0,5 см), которые могут сливаться между собой.



Субкорнеальный пустулез Снеддона-Вилькинсона



Первичным элементом является субкорнеальная пустула, возникающая на нормальной коже или на фоне предшествующей эритемы.

Гной скапливается в нижней половине, оставляя прозрачную жидкость в верхней половине. Величина первичных элементов колеблется от 2-3 мм в диаметре до размера горошины; очертания их округлые или овальные. Элементы группируются, сливаясь и образуя кольца, серпигинирующие гирлянды, дуги.



Абсцедирующий подрывающий фолликулит и перифолликулит Гоффмана



Фото любезно предоставлено Глухих С.И.

При отсутствии лечения или
при неграмотной терапии
пиодермия может приобретать
распространенные септические
формы

Эктима и начинающаяся флегмона голени



Флегмона



-острое разлитое гнойное воспаление подкожной жировой клетчатки. Не имеет четких границ.

Развивается при попадании м\о через поврежденную кожу (фолликулит, фурункул, импетиго, эктима)



Флегмона голени



Распространенное импетиго



Эктима и начинающаяся флегмона голени. Микробная экзема.



Стафилококковый синдром обожженной КОЖИ



Стафилококковый синдром обожженной кожи



Стафилококковый синдром обожженной кожи



Лечение

Топическая (местная) терапия

При поверхностных формах пиодермий:

- Антисептики,
- Анилиновые красители,
- **Антибактериальные препараты (АБ)**
- Комбинированные (ГКС+АБ)



Необходимо учитывать:

- Характер дерматоза (острый, подострый, хронический);
- Стадии процесса (прогрессирующая, стационарная, регрессирующая);
- Глубину и локализацию высыпаний;
- Фармакологические свойства и концентрации назначаемого средства;
- Показания и противопоказания к применению препарата;
- Форму лекарственного средства.

Топические антибиотики



- **Банеоцин® (неомицина сульфат (5000МЕ/5мг) + бацитрацин цинк (250МЕ)), порошок, мазь**
- Фузидовая кислота, крем или мазь 2%
- Мупироцин, мазь 2%
- Гентамицина сульфат, мазь или крем 0,1%
- Эритромицин, мазь (10000ЕД/г) или
- Линкомицина гидрохлорид, мазь 2% сульфатиазол серебра, 1% крем

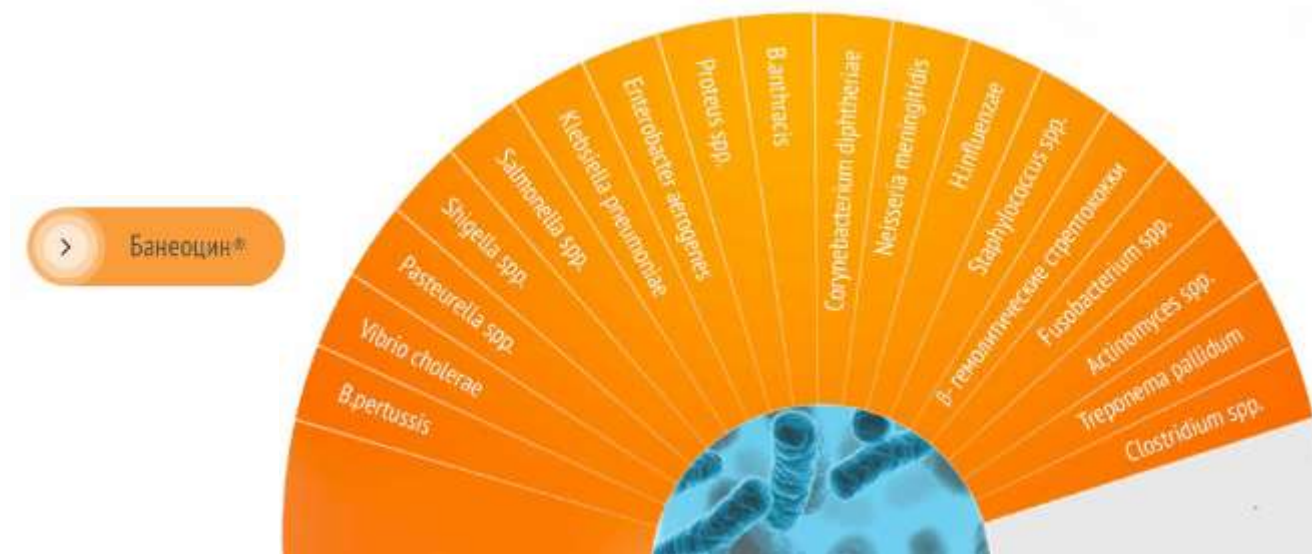
Критерии, которым должен отвечать топический антибиотик

- Широкий спектр антибактериальной активности
- Бактерицидное действие
- Низкий уровень резистентности

Комбинация двух бактерицидных антибиотиков в составе Банеоцин® обеспечивает широкий спектр и синергизм действия

«...Одним из подходов к **повышению эффективности** топической антимикробной терапии является применение средств, содержащих **несколько антибиотиков, оказывающих синергичное действие**»

Спектр действия препарата Банеоцин®



Инструкция по медицинскому применению препарата Банеоцин®

Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. Под редакцией Страчунского Л.С., Белоусова Ю.Б., Козлова С.Н., Смоленск Кунгуров Н.В., Кохан М.М., Кениксфест Ю.В. и др. Клиническая эффективность и алгоритмы применения препарата Банеоцин в терапии больных дерматозами. Клин дерматол и венерол 2005; 4: 69-76.

Резистентность к комбинации неомицин + бацитрацин отмечается редко

«...антибиотик для
местного применения
не должен иметь форму
для системного
применения»

Резистентность штаммов S. Aureus к антимикробным препаратам	
Тетрациклин	73,4 %
Пенициллин	52,0 %
Эритромицин	50,0 %
Хлорамфеникол	37,5 %
Азитромицин	23,1 %
Доксициклин	16,7 %
Цефазолин	12,5 %
Фузидин	7,7 %
Оксациллин	8,3 %
Неомицин	2,0 %
Клиндамицин	0,0 %

Резистентность к комбинации неомицин + бацитрацин отмечается редко



- **97,8%** штаммов *S. aureus* чувствительны к препарату **Банеоцин®**
- **22%** штаммов *S. aureus* имеют устойчивость к хлорамфениколу

Банеоцин® (бацитрацин + неомидин) - рациональная комбинация для лечения пиодермий

Банеоцин® демонстрирует высокую клиническую эффективность и благоприятный профиль безопасности в лечении пиодермий



- Активен в отношении основных возбудителей первичных и вторичных пиодермий
- Наличие двух форм делает возможным применение препарата для различных форм пиодермии
- Обладает мощным противовоспалительным эффектом
- Хорошо переносится пациентами

Кунгуров Н.В. Клиническая эффективность и алгоритмы применения препарата Банеоцин® в терапии дерматозов. Клиническая дерматология. 2005, № 4, с. 69–76,

Зорин А.Н., Гузей Т.Н. Клинический опыт применения препарата банеоцин в терапии инфекционных поражений кожи. Клиническая дерматология и венерология 2005;1:65—67

**Спасибо за
внимание!**

Благодарю за внимание!

Перед назначением препарата, ознакомьтесь, пожалуйста, с полной инструкцией по применению

Подготовлено при поддержке ЗАО «Сандоз»
125315, Москва, Ленинградский проспект, д. 72, корп. 3
тел. +7(495) 660-75-09
www.sandoz.ru

RU1905685372