

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ

**ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ ПИОДЕРМИЯМИ**

Москва - 2015

Персональный состав рабочей группы по подготовке федеральных клинических рекомендаций по профилю "Дерматовенерология", раздел «Пиодермии»:

1. Самцов Алексей Викторович – заведующий кафедрой кожных и венерических болезней ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им С.М. Кирова», доктор медицинских наук, профессор, г. Санкт-Петербург.
2. Рахматулина Маргарита Рафиковна – заместитель директора ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России по научно-клинической работе, доктор медицинских наук, г. Москва.
3. Знаменская Людмила Федоровна – ведущий научный сотрудник отдела дерматологии ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России, доктор медицинских наук, г. Москва.
4. Чикин Вадим Викторович – старший научный сотрудник отдела дерматологии ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России, кандидат медицинских наук, г. Москва.

МЕТОДОЛОГИЯ

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:
поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:
доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кокрановскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- Консенсус экспертов;
- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (схема прилагается).

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций:

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

Методы, использованные для анализа доказательств:

- Обзоры опубликованных мета-анализов;
- Систематические обзоры с таблицами доказательств.

Методы, использованные для формулирования рекомендаций:

Консенсус экспертов.

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций:

Сила	Описание
A	По меньшей мере один мета-анализ, систематический обзор или РКИ, оцененные как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
B	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 1++ или 1+
C	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2+

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии рецензированы независимыми экспертами.

Комментарии, полученные от экспертов, систематизированы и обсуждены членами рабочей группы. Вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не были внесены, то зарегистрированы причины отказа от внесения изменений.

Консультация и экспертная оценка:

Предварительная версия была выставлена для обсуждения на сайте ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России для того, чтобы лица, не участвующие в разработке рекомендаций, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации повторно проанализированы членами рабочей группы.

Основные рекомендации:

Сила рекомендаций (A–D) приводится при изложении текста рекомендаций.

Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10
A46, A48.3, L00, L01, L02, L08.0, L73.8, L74.8, L98.4, P39.4

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Пиодермии – группа дерматозов, в основе которых лежит гнойное воспаление кожи, ее придатков, а также подкожной жировой клетчатки.

ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Возбудителями заболевания чаще всего являются представители семейства *Micrococcaceae*: стафилококки (Грам-положительные факультативно-анаэробные бактерии) и стрептококки (Грам-положительные аэробные и факультативно-анаэробные бактерии), наиболее часто – *Staphylococcus aureus*, *S. haemolyticus*, *S. epidermidis*, β -гемолитический стрептококк. Патогенные свойства 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 др., выступающие, как правило, в ассоциациях со стафилококками и стрептококками. В эпидемиологии стафилококковой инфекции большое значение придается стафилококконосительству.

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.

К эндогенным факторам риска развития заболевания относятся различные эндокринопатии и, 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.

КЛАССИФИКАЦИЯ

В зависимости от возбудителя и глубины поражения пиодермии подразделяют на следующие виды:

- I. *Стафилодермии*
 1. Поверхностные
 - 1.1. остиофолликулит
 - 1.2. фолликулит
 - 1.3. сикоз
 - 1.4. везикулопустулез
 - 1.5. эпидемическая пузырчатка новорожденных
 - 1.6. дерматит эксфолиативный (болезнь Риттера)

- 1.7. синдром стафилококковой обожженной кожи (SSSS)
- 1.8. синдром стафилококкового токсического шока (TSS)
2. Глубокие
 - 2.1. фурункул
 - 2.2. фурункулез
 - 2.3. карбункул
 - 2.4. абсцесс
 - 2.5. псевдофурункулез
 - 2.6. гидраденит
- II. *Стрептодермии*
 1. Поверхностные
 - 1.1. импетиго стрептококковое
 - 1.2. щелевое импетиго
 - 1.3. паронихия
 - 1.4. папуло-эрозивная стрептодермия
 - 1.5. интритригинозная стрептодермия
 - 1.6. рожа
 - 1.7. синдром стрептококкового токсического шока (STSS)
 - 1.8. стрептодермия острая диффузная
 2. Глубокие
 - 2.1. целлюлит
 - 2.2. эктима вульгарная
- III. *Стрептостафилодермии*
 - Поверхностное импетиго вульгарное

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Стафилодермии

Остиофолликулит (импетиго Бокхарта)

Возбудителем является *S. aureus*, реже - *S. epidermidis*. Характеризуется появлением остроконечной желтовато-белой пустулы размером с булавочную головку, пронизанной волосом. Возникает в результате воспаления устья волосяного фолликула. Наиболее часто высыпания локализуются на лице в области бороды, усов, груди, на конечностях в местах волосяного покрова. На 3–4-е сутки пустула ссыхается с образованием желтоватой корки, после которой остается розовое пятно.

Фолликулит – гнойное воспаление всего волосяного фолликула. Возбудителем заболевания является *S. aureus*. Заболевание характеризуется возникновением ограниченного воспалительного инфильтрата в виде узелка ярко-красного цвета, болезненного при пальпации. На 2–3-й 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 остифолликулитов и фолликулитов рубцов не образуется.

Сикоз вульгарный (сикоз стафилококковый, сикоз непаразитарный) – хроническое рецидивирующее воспаление фолликулов в зоне роста щетини-

стых волос (борода, усы, брови, лобок, подмышечные ямки). Возбудителем заболевания является *S. aureus* или ассоциации разных штаммов стафилококков. Заболевание характеризуется появлением очагов с выраженной инфильтрацией кожи синюшно-бурого цвета, на которых имеются пустулы, эрозии, серозно-гнойные корки.

Везикулопустулез (перипорит, остеопорит) – гнойное воспаление устьев мерокринных потовых желез. Возбудителем является *S. aureus*. Заболевание часто встречается у новорожденных. Появлению везикулопустулеза предшествует потница. Вначале появляется красная потница в виде множественных красных точечных пятен, затем на их поверхности появляются пузырьки с молочно-белым содержимым. Высыпания локализуются на туловище, в складках кожи, на волосистой части головы.

Эпидемическая пузырчатка новорожденных (пиококковый пемфигонд, пиококковый пемфигус) – поверхностное гнойное поражение кожи, появляющееся на 3-5-й день, реже – на 8-15-й день после рождения. Характеризуется появлением диссеминированных «вялых» пузырей (фликтен) размером от горошины до лесного ореха с мутным содержимым на неинфильтрированной коже. 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. Вызывается стафилококком II фаговой группы, фаготипом 71 или 55/71. Заболевание развивается у недоношенных детей, тяжелее протекает у детей 2–4-го дня жизни, чем у детей на 2–3-ей 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 появляется серозное пропитывание кожи и возникает эпидермолиз, напоминающий ожог II степени, симптом Никольского положительный. На различных участках кожного покрова появляются дряблые пузыри. Процесс в течение 6–12 часов распространяется от головы 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 аналогичное эксфолиативному дерматиту, наблюдающееся у детей в возрасте от 1 месяца до 5 лет. Заболевание связано со стафилококковой инфекцией, относящейся к фаговой группе II, которая обуславливает выработку токсина (эксфолиатин А или В). Он вызывает отслойку эпидермиса непосредственно под зернистым слоем. Клинически характеризуется появлением распространенных эритематозных пятнистых высыпаний, чаще всего после гнойного конъюнктивита, отита или инфекций верхних дыхательных путей. В паховых и подмышечных складках отмечаются очаги мацерации. Вокруг естественных отверстий скапливаются импетигиозные корки. Поражение кожи прогрессирует в течение 24–48 часов от скарлатиноподобной сыпи до спонтанных крупных пузырей. Отмечается положительный симптом Никольского. В течение 5–7 дней отмечается эпителизация эрозий с последующим отшелушиванием.

Синдром стафилококкового токсического шока (TSS) характеризуется внезапным повышением температуры тела, артериальной гипотонией, покраснением кожи и слизистых оболочек и полиорганной недостаточностью. Возбудителем является *S. aureus* (фагогруппа I, типы 16, 29, 35, 36, 52), продуцирующий токсин TSST-1. Факторами риска являются использование тампонов во время менструации, инфекции хирургических ран, ожоги, язвы, травмы кожи, послеродовые инфекции. Заболевание характеризуется появлением мелкоточечной пятнистой сыпи по всему кожному покрову, более выраженной вокруг очагов инфекции, редко наблюдается петехии, пузыри. Отмечается плотный отек, более выраженный на лице, кистях, стопах, в последующем (через 10–20 дней от начала заболевания) – шелушение и слущивание эпидермиса на ладонях и подошвах. Язык малинового цвета, отмечается нарушение общего состояния в виде мышечной слабости, боли в мышцах, головной боли, судорог, диареи, рвоты, одышки. Возможен летальный исход (у 5% больных).

Фурункул – гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула и окружающей подкожно-жировой клетчатки. Характеризуется образованием 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, может иметь диссеминированный характер. Возможны рецидивы заболевания на протяжении от нескольких недель до нескольких лет.

Карбункул – конгломерат фурункулов, объединенных общим инфильтратом. Представляет собой плотный узел темно-красного или багрового цвета диаметром 5–10 см, нечетко отграниченный от окружающей ткани, на поверхности которого имеется несколько пустул. После вскрытия этих пустул формируется глубокий некроз подлежащих тканей с образованием глубокой обширной язвы.

Абсцесс кожи – отграниченное гнойное воспаление, сопровождающееся некрозом. Возбудителем заболевания является *S. aureus*. Локализуется в

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

Псевдофурункулез (множественные абсцессы новорожденных) встречается у детей первых месяцев жизни, нередко на фоне дистрофии, при сопутствующих тяжелых заболеваниях (пневмония, анемия). Возбудителем заболевания является *S. aureus* или его ассоциация с другими возбудителями. Характеризуется возникновением подкожных узлов величиной от горошины до лесного ореха багрово-красного с синюшным оттенком. Высыпания локализуются в области затылка, спины, ягодиц, задней поверхности бедер. 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.

Гидраденит – гнойное воспаление апокриновых желез. Локализуется гидраденит чаще в подмышечной области, вокруг сосков, пупка, половых органов и заднего прохода. В толще кожи образуются небольшие инфильтраты 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.

Стрептодермии.

Стрептодермии характеризуются чаще 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. Является высоко контагиозным заболеванием. Характеризуется образованием фликтен с серозным или серозно-гнойным содержимым. В результате вскрытия пузырей образуются эрозии. Гнойное содержимое ссыхается 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 характеризуется пузырьными высыпаниями, наполненными серозно-гнойным содержимым и окруженными розовым венчиком. После вскрытия пузырей образуются эрозии, покрытые тонкими листовидными корочками. Преимущественная локализация заболевания – нижние конечности, тыл кистей.

Щелевое импетиго (заеда) характеризуется наличием фликтен, быстро вскрывающихся с образованием неглубоких щелевидных линейных трещин и эрозий и мацерированным эпидермисом по периферии. Локализуется в углах рта, области наружных углов глазных щелей, основании крыльев носа.

Паронихия (поверхностный панариций) представляет собой фликтену

на воспаленном основании, локализирующуюся вокруг ногтевой пластинки.

Папуло-эрозивная стрептодермия наблюдается у детей грудного возраста. Локализуется на коже ягодиц, задней и внутренней поверхности бедер, в области промежности, мошонки. Характеризуется наличием плотных папул синюшно-красного цвета, окруженных островоспалительным венчиком. На поверхности папул образуются фликтены, которые быстро вскрываются с образованием эрозий и корочек.

Интертригинозная стрептодермия локализуется на соприкасающихся поверхностях крупных складок: паховых, подмышечных, шейной, ягодичной областей, за ушными раковинами. Характеризуется наличием фликтен, быстро вскрывающихся с образованием мокнущих эрозий с резкими фестончатыми границами и пиококковыми отсевами по периферии. Данная форма стрептодермии часто встречается у детей с избыточной массой тела, сахарным диабетом, повышенной потливостью.

Рожа представляет собой острое воспаление кожи. Возбудителями заболевания являются стрептококки группы А (*Streptococcus pyogenes*), а также *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, пневмококки. Чаще болеют дети в возрасте до 3 лет и пожилые люди. 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. Воспаление представлено эритемой 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.

Синдром стрептококкового токсического шока (STSS) характеризуется острым развитием шока и мультисистемной органной недостаточностью. Возбудителем заболевания является *Streptococcus pyogenes* группы А 3, 12 и 28 типов штамма М 1, которые продуцируют стрептококковый экзотоксин А и В (SPE-A, SPE-B). Заболевание может развиваться у здоровых людей, чаще в месте травмы кожи, которые являются входными воротами для инфекции. Факторами риска развития заболевания являются сахарный диабет, заболевания периферических сосудов. У пациента быстро развивается гипотензивный шок с почечной недостаточностью. Инфекция мягких тканей развивается у 80% больных и в большинстве случаев (у 70% больных) протекает по типу тяжелых подкожных инфекций (некротический фасциит, миозит). Везикулы и пузыри на поверхности воспалительного очага появляются позднее, у 5-7% больных, и являются неблагоприятным прогностическим признаком. У пациентов без инфекции мягких тканей наблюдаются очаги фокальной инфекции: остеомиелит, миозит, пневмония, перитонит, миокардит. Ранними признаками STSS могут быть гиперемия конъюнктивы и слизистой оболочки ротоглотки, малиновый язык. 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 окончания болезни (у 20–30% пациентов), одновременно с десквамацией. Ле-

тальность достигает 30%.

Стрептодермия острая диффузная – острое диффузное поражение кожи. Чаще встречается у взрослых лиц. Характеризуется наличием 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. Процесс локализуется, в основном, на нижних конечностях, а также вокруг инфицированных ран, свищей, ожогов.

Целлюлит – острое инфекционное воспаление дермы и подкожно-жировой клетчатки. Возбудителями являются *Streptococcus pyogenes* группы А, а также *Staphylococcus aureus*. Наиболее подвержены инфекции больные сахарным диабетом, циррозом печени, почечной недостаточностью, онкологической патологией. Целлюлит развивается на местах повреждения кожи, вблизи хирургических ран, а также на видимо здоровой коже. Воспалительный очаг ярко-красного цвета, с нечеткими контурами, отечный, инфильтрированный, горячий и болезненный 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 лимфангиит и гломерулонефрит. Рецидивирующая инфекция нижних конечностей может осложниться развитием фиброза дермы, лимфоотеклом и утолщением эпидермиса.

Эктима (стрептодермия язвенная) – глубокое поражение тканей с изъязвлением на ограниченном участке. Возбудителем является *Streptococcus pyogenes*. Развитие заболевания начинается с появления фликтены с гнойным содержимым, которое в течение нескольких дней сохнет в корку. Под коркой выявляется глубокая язва с отечными воспаленными мягкими краями и дном. Дно покрыто некротическим, гнойно-слизистым налетом. В течение 2–4 недель язва рубцуется. Процесс локализуется чаще всего на коже нижних конечностей. Факторами риска служат хронические заболевания, зудящие дерматозы.

Стрептостафилодермии.

Импетиго стрептостафилококковое проявляется фликтенами, располагающимися на эритематозном фоне. Содержимое фликтен сохнет 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 высоко контагиозно. Стрептостафилококковое импетиго нередко осложняет зудящие кожные заболевания (экзема, чесотка, atopический дерматит и др.).

ДИАГНОСТИКА

Диагностика пиодермии проводится на основании клинических проявлений заболевания.

Лабораторные исследования:

- бактериологическое исследование гнойного отделяемого с определением чувствительности к антибактериальным препаратам;
- исследование уровня глюкозы в крови;
- клинический анализ крови.

По показаниям назначаются консультации других специалистов: терапевта, эндокринолога.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Пиодермии	Дифференциальная диагностика
Заболевания, связанные с действием токсинов продуцируемых штаммов стафилококка и стрептококка (эпидемическая пузырчатка новорожденных, дерматит эксфолиативный, синдромы стафилококковой обожженной кожи, стафилококкового токсического шока и стрептококкового токсического шока).	Сифилитическая пузырчатка – раннее проявление сифилиса у новорожденного. Характеризуется полиморфной сыпью, пузыри локализуются преимущественно в области ладоней и подошв, наряду с пустулами имеются папулы, папулезные инфильтраты. Сифилитические пустулы полусферические, имеют «напряженную» толстую крышку, густое гнойное содержимое, в размерах почти не увеличиваются. В содержимом пустул и других сифилидах обнаруживают бледную трепонему. Отмечается наличие других симптомов врожденного сифилиса. Серологические реакции на сифилис у ребенка и матери – положительные.
	Врожденный буллезный эпидермолиз (БЭ) – характеризуется появлением пузырей с серозным, серозно-геморрагическим содержимым на местах, подверженных травмам – колени, локти, ягодицы, голени, кисти (простой БЭ) или появляющихся спонтанно (дистрофический БЭ). Пузыри появляются на невоспаленном фоне, на месте вскрывшихся пузырей образуются эрозии с серозно-геморрагическими корочками. Эрозии эпителизируются быстро без образования рубцов (простой БЭ) или характеризуются медленным заживлением с образованием гипер- или атрофических рубцов (дистрофический рецессивный БЭ).
	Многоформная эритема – острое, рецидивирующее заболевание слизистых оболочек и кожи. Вызывается инфекционными агентами, лекарственными препаратами, вакцинами, наблюдается при болезнях соединительной ткани и др. Высыпания локализуются симметрично и представлены отечными синюшно-красными пятнами с папулой или пузырьком в центре.

Синдром Стивенса-Джонсона является тяжелой формой многоформной эритемы. Начинается остро с высокой лихорадки, артрита, артралгий, миалгий. В процесс вовлекаются кожные покровы, слизистые, внутренние органы. Высыпания на коже имеют ограниченный характер и представлены пятнисто-папулезными элементами, пузырьками, пустулами, геморрагиями. На слизистой оболочке полости рта появляются пузыри, эрозии. Поражение глаз характеризуется тяжелым катаральным и гнойным конъюнктивитом с развитием пузырьков и эрозий. Течение заболевания продолжается около 6 недель. При отсутствии лечения летальный исход наступает в 5–10% случаев.

Токсический эпидермальный некролиз Лайелла обусловлен главным образом лекарственными препаратами. Первые признаки заболевания появляются через несколько часов или через 2–3 дня после приема лекарственного средства. Общее состояние больного крайне тяжелое. Кожные высыпания аналогичны таковым при многоформной эритеме. На воспаленном фоне и на видимо здоровой коже появляются признаки отслойки эпидермиса (симптом «смоченного белья»), в дальнейшем появляются пузыри с дряблой крышкой, эпидермис отторгается с образованием обширных, болезненных эрозий (чаще в виде перчаток и носок), кожа приобретает вид ошпаренной кипятком. Симптом Никольского резко положительный. Периоральная десквамация эпидермиса отсутствует. Летальный исход отмечается в 20–30% случаев.

Болезнь Kawasaki – острый слизисто-кожный синдром с поражением лимфатических узлов и коронарных артерий. Болеют чаще всего новорожденные и дети в возрасте до 5 лет. Заболевание характеризуется наличием лихорадки, продолжающейся 5 дней и более, гиперемией конъюнктивы, эритемой, сухостью, трещинами, корками на губах, покраснением слизистой оболочки полости рта и глотки, острым воспалением шейных лимфоузлов. Полиморфная сыпь – кореподобная, по типу многоформной эритемы, пятнисто-папулезная, уртикарная наблюдается у 85–90% больных, локализуется на туловище и конечностях. Спустя 2–5 дней после начала заболевания появляются эритема и отечность на ладонях и подошвах с последующей десквамацией эпидермиса концевых фаланг. Характерны сосудистые аневризмы, тромбоцитоз, повышение уровня С-реактивного белка, СОЭ.

	<p>Скарлатина – инфекционное заболевание вызванное <i>Streptococcus pyogenes</i>. Чаще всего встречается у детей в возрасте от 4 до 8 лет. Сыпь возникает на 1-4 сутки после начала лихорадки и симптомов фарингита. На коже лица, затем на шее и туловище появляются красные пятнистые высыпания, носогубный треугольник бледный, ладони и стопы не поражаются. В кожных складках – петехии. Через неделю от начала заболевания появляется мелкопластинчатое шелушение кожных покровов.</p>
Импетиго	<p>Простой герпес характеризуется сгруппированными пузырьками с прозрачным, затем мутным содержимым на отечном эритематозном фоне. На месте вскрывшихся пузырьков образуются эрозии с полициклическими краями, сопровождающиеся зудом и жжением. Преимущественная локализация – губы, генитальная область. Молекулярно-биологическими методами выявляют вирус герпеса.</p>
	<p>Дисгидроз – высыпания на ладонях и стопах в виде пузырьков с плотной крышкой, напоминающих саговые зерна, существуют длительно.</p>
Панариций	<p>Шанкр-панариций – проявление первичного сифилиса, чаще в результате профессионального заражения у акушеров-гинекологов, хирургов. Палец имеет булавовидную форму, синюшно-красную окраску. В основании язвы пальпируется плотный инфильтрат. Положительные специфические серологические реакции на сифилис.</p>
	<p>Кандидоз ногтевых валиков чаще наблюдается у женщин и детей. Отмечается гиперемия ногтевых валиков и подушкообразное набухание, гной из-под ногтевого валика не выделяется, ногтевая пластинка буровато-коричневого цвета с поперечной полосатой исчерченностью. В отделяемом из-под ногтевых валиков обнаруживают дрожжеподобные грибы.</p>
Эктима	<p>Эритема индуративная Базена – одна из форм туберкулеза кожи. Характеризуется образованием плотного, спяного с кожей малоблезненного узла синюшно-красного цвета. Впоследствии узел регрессирует с образованием рубцовой атрофии. Иногда узлы изъязвляются в центральной части (форма Гетчинсона) и заживают с образованием рубца. Диагноз ставят по данным анамнеза, результатам туберкулиновых проб, гистологического исследования (гранулемы из эпителиоидных клеток, окруженных лимфоцитами, наличие гигантских клеток Лангханса и казеозного некроза в центре бугорка).</p>

	<p>Сифилитическая гумма – глубокий узловатый сифилид величиной с грецкий орех, плотноэластической консистенции, с резкими границами, багрово-красного цвета, ограниченно подвижный. Впоследствии отмечаются размягчение и распад гуммы с образованием глубокой язвы с характерными валикообразными толстыми, плотноэластическими, синюшно-красными краями. Язва заживает с образованием депигментированного рубца. Течение гуммозной язвы длительное. Положительные специфические серологические реакции на сифилис.</p>
<p>Хронические пиодермии</p>	<p>Туберкулез кожи колликувативный характеризуется наличием плотных безболезненных узелков, которые увеличиваются в размерах и превращаются в узел синюшного цвета, плотно спаянный с подлежащими тканями. В дальнейшем узел вскрывается с выделением гнояного содержимого. На месте узла образуется язва с мягкими краями, желтоватым налетом и грануляциями на дне. После ее заживления остаются «рваные» рубцы неправильной формы, покрытые сосочковидными выростами кожи. Преимущественная локализация – область шеи, реже конечности. Туберкулиновые реакции положительные.</p>
	<p>Туберкулез кожи бородавчатый характеризуется безболезненными узелками красного цвета с синюшным оттенком, которые сливаются в инфильтративные элементы, на их поверхности появляются бородавчатые разрастания, покрытые роговыми массами, периферическая зона свободна от разрастаний и имеет вид красноватого ободка. Высыпания чаще располагаются на пальцах рук, тыльной и ладонной поверхности кистей, подошвах. Туберкулиновые реакции положительные.</p>
	<p>Паракокцидиоидоз – глубокий, часто системный, хронический микоз, характеризующийся поражением слизистых оболочек и внутренних органов с образованием гранулем и язв. Возбудитель – диморфный гриб <i>Paracoccidioidis brasiliensis</i>. Отмечается поражение слизистых оболочек рта, носа, носоглотки, анальной области. Клинически воспаление представлено гранулематозно-язвенными очагами, легко изъязвляющимися подкожными инфильтратами. Характерны островоспалительные лимфангиты и лимфадениты в области носа, рта, шеи с последующим образованием свищей. Диагноз устанавливают на основании клинических данных, обнаружении возбудителя в патологическом материале.</p>

Споротрихоз – глубокий микоз подострого и хронического течения с поражением кожи, подкожной клетчатки, слизистых оболочек, лимфатической системы, редко – костей и висцеральных органов. Возбудитель – *Sporotrichum schenckii*, аэроб, относится к гифомицетам. На месте внедрения гриба, чаще на коже верхних и нижних конечностей, возникают плотные красно-коричневые бугорки, которые спаиваются с окружающими тканями, изъязвляются и формируют «споротрихозные шанкры» – поверхностные язвы с неровным или папилломатозным дном и подрывными краями. Бугорки и гуммозные узлы также располагаются по ходу лимфатических сосудов.

Актиномикоз характеризуется появлением на шее, щеках или под нижней челюстью глубоких узлов деревянистой плотности и образованием длительно незаживающих свищей. В гнойно-кровянистом отделяемом обнаруживают друзы актиномицет.

Пузырчатка вегетирующая – разновидность вульгарной пузырчатки, отличается преобладанием вегетирующих элементов и доброкачественным течением. Пузыри локализуются на слизистой оболочке полости рта, в области кожных складок и вокруг естественных отверстий. При вскрытии пузырей на поверхности эрозий формируются сочные вегетации розово-красного цвета, мягкой консистенции, покрытые серым налетом с гнойным отделяемым, зловонным запахом. В дальнейшем вегетирующие эрозии сливаются в обширные очаги, поверхность становится сухой, гиперкератотической, покрытой трещинами. Субъективно отмечаются болезненность и зуд кожи. Симптом Никольского положительный вблизи очагов.

ЛЕЧЕНИЕ

Цели лечения

- разрешение элементов;
- эпителизация эрозий;
- уменьшение частоты рецидивов заболевания при хронических формах пиодермий.

Общие замечания по терапии

При поверхностных формах пиодермий рекомендуется применение топических антисептиков, анилиновых красителей, антибактериальных препаратов наружного действия.

Антибактериальные средства системного действия назначают при распро-

страненных, глубоких, хронических, рецидивирующих пиодермиях, при отсутствии эффекта от наружной терапии, наличии общих явлений (лихорадка, недомогание) и регионарных осложнений (лимфаденит, лимфангит), локализации глубоких пиодермий на лице.

Глюкокортикостероидные средства для системного применения назначают при высокой активности патологического процесса, при хронической язвенно-вегетирующей и гангренозной пиодермиях.

Системные ретиноиды назначают в случае келоидных акне, абсцедирующего фолликулита и перифолликулита головы.

Иммунобиологические средства назначают в случаях рецидивирующих, упорно протекающих форм пиодермий.

Режим больного пиодермией предполагает рациональный уход за кожей как в очаге поражения, так и вне его. При диссеминированном процессе не рекомендуются частые водные процедуры и удаление волос путем их сбривания. Волосы в области расположения пиодермических элементов рекомендуется состригать.

При длительно текущих инфекционно-воспалительных процессах, а также при множественных высыпаниях определенное внимание должно быть уделено диете: питание должно быть полноценным, богатым витаминами, резко ограничивают количество соли и углеводов; полностью исключается алкоголь.

Показания к госпитализации

- заболевания, связанные с действием токсинов продуцируемых штаммов стафилококка и стрептококка;
- распространенные высыпания, сопровождающиеся нарушением общего состояния.

Схемы лечения.

Медикаментозная терапия.

Наружная терапия

1. Антисептические препараты для наружного применения (D) [1–3]

- раствор бриллиантового зеленого, спиртовой 1% наружно на область высыпаний 2–3 раза в сутки в течение 7–14 дней

или

- фукорцин, спиртовой раствор наружно на область высыпаний 2–3 раза в сутки в течение 7–14 дней

или

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

или

- калия перманганат, водный раствор 0,01–0,1% наружно на область высыпаний 2–3 раза в сутки в течение 7–14 дней

или

- раствор перекиси водорода 1–3% наружно на область высыпаний 2–3 раза в сутки в течение 7–14 дней

или

- хлоргексидин, спиртовой раствор 0,5%; водный раствор 0,05–1% наружно на область высыпаний 2–3 раза в сутки в течение 7–14 дней

или

- повидон-йод, раствор 10% наружно на область высыпаний 2–3 раза в сутки в течение 7–14 дней

2. Антибактериальные препараты для наружного применения

- неомидина сульфат (5000 МЕ/5мг)+ бацитрацин цинк (250 МЕ) (А) наружно на область высыпаний 2–3 раза в сутки в течение 7–14 дней [5]

или

- гентамицина сульфат, мазь или крем 0,1% (D) наружно на область высыпаний 3–4 раза в сутки в течение 7–14 дней [5]

или

- фузидовая кислота, крем или мазь 2% (А) наружно на область высыпаний 3–4 раза в сутки в течение 7–14 дней [4, 5, 7, 14]

или

- мупироцин, мазь 2% (А) наружно на область высыпаний 2–3 раза в сутки в течение 7–14 дней [4, 5, 7, 8, 14]

или

- эритромицин, мазь (10000 ЕД/г) (D) наружно на область высыпаний 2–3 раза в сутки в течение 7–14 дней [5]

или

- линкомицина гидрохлорид, мазь 2% (D) наружно на область высыпаний 2–3 раза в сутки в течение 7–14 дней [1]

или

- сульфатиазол серебра, 1% крем (С) наружно на область высыпаний 1–2 раза в сутки в течение 7–10 дней в течение 7–14 дней [1]

3. Глюкокортикостероидные топические средства, комбинированные с антибактериальными препаратами

назначают в случае острого воспалительного процесса, сопровождающегося эритемой, отеком, зудом, и чаще при наличии зудящих дерматозов, осложненных вторичной пиодермией.

- тетрациклина гидрохлорид + триамцинолона ацетонид, аэрозоль (В) наружно на область высыпаний 2–4 раза в сутки в течение 5–10 дней [5]

или

- гидрокортизона ацетат + окситерациклина гидрохлорид, мазь, аэрозоль (В) наружно на область высыпаний 1–3 раза в сутки в течение 5–10 дней [5]

или

- фузидовая кислота + бетаметазон, крем (В) наружно на область высыпаний 2–3 раза в сутки в течение 7–14 дней [5]

или

- фузидовая кислота + гидрокортизон, крем (В) наружно на область высыпаний 3 раза в сутки в течение 7–14 дней [5]

или

- бетаметазона валерат + гентамицина сульфат, крем, мазь (В) наружно на область высыпаний 1–2 раза в сутки в течение 7–14 дней [5].
- бетаметазона дипропионат + гентамицина сульфат, крем, мазь (В) наружно на область высыпаний 2 раза в сутки в течение 7–14 дней [5].

Системная терапия.

1. Антибактериальные препараты группы пенициллина

- бензилпенициллина натриевая соль (А): детям - 25 000–50 000 ЕД на кг массы тела в сутки внутримышечно, взрослым – 2 000 000–12 000 000 ЕД в сутки внутримышечно. Препарат вводят каждые 4–6 часов в течение 7–10 дней [6, 8]

или

- амоксициллина тригидрат (А): детям в возрасте до 2 лет – 20 мг на кг массы тела в сутки перорально, детям в возрасте от 2 до 5 лет – 125 мг 3 раза в сутки перорально, детям в возрасте от 5 до 10 лет – 250 мг 3 раза в сутки перорально, детям в возрасте старше 10 лет и взрослым – 500 мг 3 раза в сутки перорально. Курс лечения 7–10 дней [5, 7, 8]

или

- амоксициллин (А): детям в возрасте до 3 лет – 30 мг на кг массы тела в сутки в 2–3 приема перорально, детям в возрасте от 3 до 10 лет – 375 мг 2 раза в сутки перорально, детям в возрасте старше 10 лет и взрослым – 500–750 мг 2 раза в сутки перорально. Курс лечения 7–10 дней [5, 7]

или

- амоксициллин тригидрат + клавулановая кислота (А): детям в возрасте от 3 месяцев до 1 года 2,5 мл суспензии 3 раза в сутки перорально, детям в возрасте от 1 года до 7 лет – 5 мл суспензии 3 раза в сутки перорально, детям в возрасте от 7 до 14 лет – 10 мл суспензии или 5 мл суспензии форте 3 раза в сутки перорально, детям в возрасте старше 14 лет и взрослым – по 1 таблетке (250+125 мг) 3 раза в сутки или по 1 таблетке (500+125 мг) 2 раза в сутки перорально. Курс лечения 7–10 дней [5, 7].

2. Антибактериальные препараты группы цефалоспоринов

- цефалексин (А): детям с массой тела менее 40 кг – 25–50 мг на кг массы тела в сутки перорально, взрослым и детям в возрасте старше 10 лет - 250 – 500 мг перорально 4 раза в сутки. Курс лечения 7–14 дней [5, 6, 8]

или

- цефазолин (А): детям – 20–40 мг на кг массы тела в сутки внутримы-

шечно или внутривенно, взрослым – 1 г в сутки внутримышечно или внутривенно. Частота введения 2–4 раза в сутки. Курс лечения 7–10 дней [5, 6, 8]

или

- цефаклор (А): детям в возрасте до 6 лет 30 мг на кг массы тела в сутки перорально в 3 приема, детям в возрасте от 6 до 10 лет – 250 мг перорально 3 раза в сутки, детям в возрасте старше 10 лет и взрослым – 500 мг перорально 3 раза в сутки. Курс лечения 7–10 дней [5, 6, 8]

или

- цефуроксим (А): детям – 125–250 мг 2 раза в сутки перорально, взрослым – 250–500 мг перорально 2 раза в сутки. При парентеральном введении: детям в возрасте до 3 месяцев – 30 мг на кг массы тела (суточная доза) 2–3 раза в сутки, детям в возрасте старше 3 месяцев – 60 мг на кг массы тела (суточная доза) 3–4 раза в сутки, взрослым – 750 мг–1,5 г 3 раза в сутки. Курс лечения 7–10 дней [5, 6, 8]

или

- цефотаксим (В): детям с массой тела менее 50 кг – 50–100 мг на кг массы тела в сутки внутривенно или внутримышечно с интервалом введения 6–8 часов, детям с массой тела более 50 кг и взрослым – 2,0–6,0 г в сутки внутривенно или внутримышечно с интервалом введения 8–12 часов. Курс лечения 5–10 дней [5, 6, 8]

или

- цефтриаксон (В): детям в возрасте до 12 лет – 50–75 мг на кг массы тела 1 раз в сутки внутримышечно, детям в возрасте старше 12 лет и взрослым – 1,0–2,0 г 1 раз в сутки внутримышечно. Курс лечения 7–10 дней [6, 8].

3. Антибактериальные препараты группы макролидов

- эритромицин (А): детям в возрасте до 3 месяцев – 20–40 мг на кг массы тела в сутки, детям в возрасте от 3 месяцев до 18 лет – 30–50 мг на кг массы тела в сутки, взрослым – 1,0–4,0 г перорально в сутки в 4 приема. Курс лечения – 5–14 дней [5, 8]

или

- азитромицин (А): детям – 10 мг на кг массы тела 1 раз в сутки перорально в течение 3 дней, взрослым – 500 мг перорально 1 раз в сутки течение 3 дней [5]

или

- кларитромицин (А): детям – 7,5 мг на кг массы тела в сутки перорально, взрослым – 500–1000 мг перорально в сутки. Кратность приема 2 раза в сутки. Курс лечения – 7–10 дней [5].

4. Антибактериальные препараты группы тетрациклина

- доксициклин (А): детям в возрасте старше 12 лет и/или с массой тела менее 50 кг – 4 мг на кг массы тела 1 раз в сутки в 1-ый день, 2 мг на кг

массы тела 1 раз в сутки в последующие дни; детям в возрасте старше 12 лет и/или с массой тела более 50 кг и взрослым – 100 мг перорально 2 раза в сутки в течение 10–14 дней [7, 10].

5. *Антибактериальные препараты группы фторхинолонов*

– ципрофлоксацин (В) 250–500 мг 2 раза в сутки перорально в течение 5–15 дней [17]

или

– левофлоксацин (А): 250–500 мг перорально 1–2 раза в сутки в течение 7–14 дней [17]

или

– офлоксацин (В): 200–400 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7–10 дней [17].

6. *Антибактериальные препараты группы линкозамидов*

– клиндамицин (А): детям – 3–6 мг на кг массы тела перорально 4 раза в сутки, взрослым 150–450 мг перорально 4 раза в сутки; при парентеральном введении детям 15–40 мг на кг массы тела в сутки, взрослым – 600 мг–2,7 г в сутки, кратность введения 3–4 раза в сутки. Курс лечения – 10 дней [5, 7, 9, 10].

7. *Антибактериальные сульфаниламидные препараты*

– сульфаметоксазол + триметоприм (А): детям в возрасте от 3 до 5 лет – 240 мг перорально 2 раза в сутки; детям в возрасте от 6 до 12 лет – 480 мг перорально 2 раза в сутки; взрослым и детям в возрасте старше 12 лет – 960 мг перорально 2 раза в сутки. Курс лечения от 5 до 14 дней. [7, 10]

8. *Глюкокортикостероидные препараты для системного применения (при язвенной, язвенно-вегетирующей пиодермии) (С) [1]*

– преднизолон 25–30 мг в сутки внутримышечно в течение 5–7 дней с постепенным снижением дозы вплоть до отмены

или

– дексаметазона фосфат 4 мг (1 мл) 4–6 мг в сутки внутримышечно в течение 5–7 дней с постепенным снижением дозы вплоть до отмены

или

– бетаметазона динатрия фосфат + бетаметазона дипропионат 1–2 мл внутримышечно однократно, при необходимости повторить введение через 10 дней.

9. *Системные ретиноиды*

– изотретиноин (D) 0,5–1,0 мг на кг массы тела в сутки перорально в течение 3–4 месяцев [1].

10. Иммунобиологические средства

- анатоксин стафилококковый очищенный жидкий в 1 мл 12 ± 2 ЕС стафилококкового анатоксина (D): в нарастающих дозах: 0,1, 0,3, 0,5, 0,7, 0,9, 1,2 и 1,5 мл подкожно с интервалом 2 суток; на курс лечения – 7 инъекций. Препарат не применяют одновременно с лечением сывороточными антистафилококковыми препаратами (иммуноглобулином и плазмой) [1].

или

- вакцина стафилококковая лечебная жидкая (антифагин стафилококковый), 1 мл (D): детям в возрасте от 6 месяцев до 7 лет – 0,1 мл подкожно ежедневно; детям в возрасте старше 7 лет начальная доза – 0,2 мл подкожно, затем ежедневно увеличивать дозу на 0,1 мл в течение 8 дней. Повторный курс лечения через 10–15 суток в случае обширных поражений кожи с рецидивами [1].

или

- иммуноглобулин антистафилококковый человека жидкий, 100 МЕ (D): при легких формах пиодермий 100 МЕ в сутки внутримышечно, при генерализованной инфекции 5 МЕ на кг массы тела в сутки внутримышечно, курс лечения – 3–5 инъекций ежедневно или через день [1]

При лечении заболеваний стафилококковой этиологии, сопровождающихся бактериемией и сепсисом применяют:

- иммуноглобулин антистафилококковый человека для внутривенного введения, 10, 25 и 50 мл во флаконах, в 1 мл не менее 20 МЕ (C): детям 5–7 МЕ на кг массы тела, не более 25 МЕ (однократная доза) внутривенно капельно со скоростью 8–10 капель в 1 мин. На курс 10 инфузий, которые проводят через 24–72 часа. Взрослым: 5–7 МЕ на кг массы тела (однократная доза) внутривенно капельно со скоростью не более 40 капель в 1 мин. На курс 10 инфузий, которые проводят через 24–72 часа. Препарат совместим с другими лекарственными средствами [1].

или

- иммуноглобулин нормальный человека для внутривенного введения, 10, 25 и 50 мл во флаконах (C). Детям: 3–4 мл на кг массы тела, не более 25 МЕ (однократная доза) внутривенно капельно со скоростью 8–10 капель в 1 мин в течение 3–5 дней. Взрослым: 25–50 мл внутривенно капельно со скоростью не более 40 капель в 1 мин через 1–3 суток, курс лечения – 3–10 инфузий. Препарат совместим с другими лекарственными средствами [1].

Немедикаментозная терапия.

УВЧ–терапия – применяется при глубоких формах пиодермии (D). Курс лечения 5–10 процедур [1].

Требования к результатам лечения

- разрешение патологических кожных элементов;

- эпителизация, рубцевание язв;
- уменьшение частоты рецидивов заболевания при хронических формах пиодермий.

ПРОФИЛАКТИКА

Первичная профилактика пиодермий состоит в своевременной антисептической обработке микротравм, трещин, раневых поверхностей. Следует проводить лечение выявленных общих заболеваний, на фоне которых могут развиваться гнойничковые поражения кожи (сахарный диабет, болезни пищеварительного тракта, дыхательной системы и др.)

Вторичная профилактика пиодермий включает периодические медицинские осмотры, при необходимости проведение противорецидивной терапии (общие УФ-облучения, уход за кожей, санация фокальной инфекции).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дерматовенерология. Национальное руководство. (Под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова) М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1024 с.
2. Европейское руководство по лечению дерматологических заболеваний (Под ред. А.Д. Кацамба, Т.М. Лотти) Изд-во "МЕДпресс-информ", 2009 г., 736 с.
3. Родионов А.Н. Дерматовенерология. Полное руководство для врачей. – Спб: Наука и техника, 2012. – 1200 с.
4. Белькова, Ю. А. Пиодермии в амбулаторной практике / Ю. А. Белькова // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2005. Т. 7. № 3. С. 255 – 270.
5. Interventions for impetigo. [Cochrane Database Syst Rev.](#) 2012 Jan 18;1:CD003261.
6. Interventions for cellulitis and erysipelas. [Cochrane Database Syst Rev.](#) 16 JUN 2010. CD004299.
7. Stevens, D. L. Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft-Tissue Infections / D. L. Stevens [et al.] // Clinical Infectious Diseases 2005; 41(15 November):1373 – 406.
8. Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America for the Treatment of Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus Infections in Adults and Children. Clinical Practice Guidelines d CID 2011:52
9. Williams D.J., Cooper W.O., Kaltenbach L.A., Comparative Effectiveness of Antibiotic Treatment Strategies for Pediatric Skin and Soft-Tissue Infections. Pediatrics. 2011 Aug 15.
10. Dellit TN, Duchin J. Guidelines for Evaluation & Management of Community-Associated MRSA SSTI in Outpatient Settings. December, 2007.
11. Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America for the Treatment of Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus Infections in Adults and Children. Clinical Practice Guidelines d CID 2011:52
12. Garau, J. Management of methicillin-resistant Staphylococcus aureus infections / J. Garau [et al.] // Clinical Microbiology and Infection, Volume 15 Number 2, February 2009; 125 – 126.
13. Gosbell, I. B. Epidemiology, clinical features and management of infections due to community methicillin resistant Staphylococcus aureus / I. B. Gosbell // Internal Medicine Journal 2005; 35: S120 – S135.
14. Cunha, B. A. Methicillin-resistant Staphylococcus aureus: clinical manifestations and antimicrobial therapy / B. A. Cunha // Clin Microbiol Infect 2005; 11 (Suppl. 4): 33–42.
15. Bryan L. Love, PharmD, BCPS. Management of Complicated Skin and Soft Tissue Infections in Hospitalized Patients // US Pharm. – 2007. – № 32(4). – P. 5–12.
16. Guidelines on the management of cellulites in adults, 2005. Clinical Resource Efficiency Support Team (CREST).
17. Graham D.R., Talan D.A. et al. Once-daily, high-dose levofloxacin versus ticarcillin-clavulanate alone or followed by amoxicillin-clavulanate for complicated skin and skin-structure infections: a randomized, open-label trial. [Clin Infect Dis.](#) 2002 Aug 15;35(4):381-389.