

Гнойничковые заболевания кожи относятся к группе самых распространенных дерматологических патологий и в своей практике с ними может столкнуться врач любой специальности.

ГНОЙНИЧКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ

ПИОДЕРМИИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРЯМЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ КОСМЕТИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР

Гнойничковые заболевания кожи — **пиодермии (от греческого *puon* — «гной», *derma* — «кожа») — это большая группа дерматозов, вызываемых гноеродными кокками.** Чаще это стафило- и стрептококки, но возможна их ассоциация с другими микроорганизмами (вульгарным протеем, кишечной и синегнойной палочками, микоплазмами и др.). Пиодермии возникают как первичные заболевания кожи или как осложнения других дерматозов (чесотка, экзема и др.). Инфицирование происходит при попадании на кожу экзогенной инфекции или активации и внедрения микробной аутофлоры.

Особое внимание отводится золотистому (патогенному) стафилококку, которым особенно обсеменены кожа и складки, ногти у свободного края, нос и зев у здоровых людей, являющихся носителями инфекции. Большое клиническое и эпидемиологическое значение в этиологии пиодермий имеют также стрептококки группы А, пиогенные стрептококки, которые обнаруживаются в складках кожи и высеиваются из слизистой носа. Возбудителями гнойничковых заболеваний кожи так же могут быть стрептококки групп G, C, F и другие, которые преимущественно располагаются на коже и слизистых дыхательных путей.

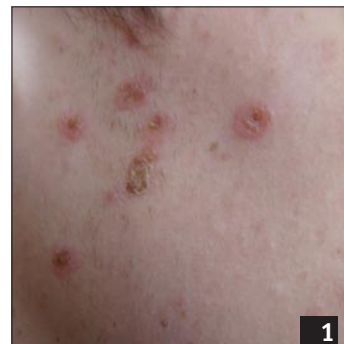
Основная причина развития пиодермий — снижение общей и местной антибактериальной резистентности организма, вызванное неполноценным питанием, переутомлением, хроническими интоксикациями, гиповитаминозом,

диабетом, заболеваниями пищеварительных органов, хроническими очагами гнойной инфекции, первичной и вторичной недостаточностью иммунокомпетентной системы. **Существенную роль в возникновении заболевания также играют экзогенные факторы, нарушающие барьерную функцию кожи:** загрязнение кожи, микротравмы, воздействие на кожу обезжиривающих и раздражающих химических веществ, переохлаждение, мацерация кожи и др. Все это способствует проникновению и активации пиококковой инфекции.

Пиодермии классифицируются по этиологическому признаку и глубине залегания.

1. Стафилококковые:
 - поверхностные (остеофолликулит, сикоз);
 - глубокие (фурункул, гидраденит).
 2. Стрептококковые:
 - поверхностные (стрептококковое импетиго);
 - глубокие (эктима).
 3. Смешанные:
 - поверхностное стрептостафилококковое импетиго;
 - смешанные хронические пиодермии (пиогенная гранулема, шанкриформная пиодермия, хроническая язвенная пиодермия).
- Рассмотрим клинические проявления следующих патологий, с которыми в своей практике могут встретиться косметологи.

Характерной особенностью для стрептодермий является поражение гладкой кожи, складок (чаще подмышечных, паховых и молочных желез). Очаги имеют склонность к перифери-



1

ческому росту, при этом поражая придатки кожи (потовые железы, фолликулы волос). Чаще болят дети и женщины с тонкой и нежной кожей.

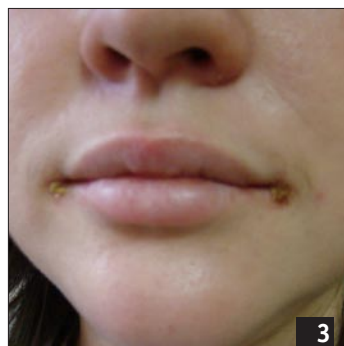
Импетиго стрептококковое (импетиго Фокса) характеризуется высыпаниями в виде поверхностных пузырьков с тонкой дряблой покрывкой и прозрачным содержимым, локализованными на гиперемизованном фоне. Размеры фликтен (от греч. *phlktaina* — прыщ, пузырь) — от 0,5 до 1,0 см в диаметре. Через некоторое время содержимое пузырьков мутнеет и ссыхается в тонкую, рыхлую корку соломенно-желтого цвета, после отпадания которой временно остается шелушение, гемосидериновая пигментация или легкая гиперемия. Обычно эволюция фликтены занимает 3-4 дня, но у лиц с более толстым роговым слоем эпидермиса пузырьки могут сохранять покрывку дольше и даже увеличиваться в размерах. В случае насильственного удаления корок обнажается розовая или розово-красная эрозия, имеющая четкие границы и выделяющая светлый опалесцирующий экссудат. Иногда патологический процесс поражает



Татьяна Святенко, д. м. н., профессор кафедры кожных и венерических болезней Днепропетровской медицинской академии



Леся Андрицья, врач дерматовенеролог, косметолог, Центр дерматологии и косметологии профессора Святенко



не только кожу, но и слизистые оболочки. При поражении красной каймы губ заболевание проявляется отеком, трещинами, покраснением, шелушением, геморрагическими серозно-гнойными корками и сопровождается выраженной болью при движении губами, кровотечением из трещин (фото 1, 2).

Стрептококковое импетиго в уголках рта (заеда) может быть единственным проявлением стрептодермии, но может сочетаться с поражением и других участков кожного покрова. Клинически на коже уголков рта отмечается гиперемия, отек и фликтена с дряблой покрывкой, после вскрытия которой в глубине складки остается щелевидная эрозия белесоватым венчиком отслоившегося эпидермиса и ободком гиперемии (фото 3). В дальнейшем на поверхности эрозии формируется корка, которая легко разрывается при движении губ. Для данного заболевания характерны контагиозность и хроническое рецидивирующее течение [8, 14].

Стрептодермия острая диффузная — это острое очаговое диффузное поражение кожи, возбудителем которого являются стрептококки. Болеют взрослые. Развитию заболеванию способствуют нарушение трофики, травматизация кожи и др. Частой локализацией патологического процесса являются нижние конечности. Клинически этот вид стрептодермии характеризуется наличием фликтен с прочной покрывкой, склонностью к периферическому росту и слиянию в диффузные очаги. Также отмечаются выраженные явления отека и гиперемии, обильное диффузное мокнутие и участки, покрытые серозными корками. У лиц с сопутствующими патологиями на очагах диффузной стрептодермии могут возникать поверхностные изъязвления с серозно-гнойно-геморрагическими корками. Данный патологический процесс осложняется лимфангитом и лимфаденитом. Выделяют несколько форм этой патологии: диффузную стрептодермию, которая возникает вокруг травмированной повер-

хности кожи, называют **паратравматической**, а возникающую в складках кожи — **интертригинозной** (стрептококковая опрелость) [10, 19].

Возбудителями стафилодермий являются стафилококки, которые располагаются в устьях волосяных мешочков, потовых и сальных желез [11].

При **стафилококковом импетиго** высыпания локализуются на лице, конечностях, туловище. На гиперемизованном фоне в течение первых суток заболевания возникает полостной элемент от 3 до 20 мм в диаметре с островоспалительным красным венчиком по периферии. Содержимое пузыря серозное, но вскоре оно становится гнойным. Покрывка пузыря по истечению 4-5 дней ссыхается в корку или вскрывается, оставляя после себя эрозию, экссудат которой в дальнейшем подсыхает и образуется рыхлая грязно-серая корка, после отпадения которой остается гиперпигментированное пятно [9].

При **остиофолликулите (импетиго Бокхарда)** первичным элементом является пустула, которая локализуется в устье волосяного фолликула в области бороды, усов, волосистой части головы, туловища и конечностей. Вначале вокруг волоса появляется воспалительное пятно до 5-7 мм в диаметре, и через несколько часов появляется пустула размером 3-5 мм, имеющая плотную покрывку и полусферическую форму. Вокруг нее имеется венчик гиперемии. После вскрытия пустулы выделяется желтый гной. Образовавшаяся эрозия в дальнейшем покрывается коркой, после отторжения которой остается шелушение и временное розово-коричневое пятно. Заболевание часто регрессирует без лечения на 3-4-й день, не оставляя после себя рубцов [17].

Фолликулит — это острое гнойное воспаление волосяного фолликула. Этим заболеванием чаще болеют взрослые, редко — дети, начиная с двухлетнего возраста. Локализуется

На фото:

1. Стрептодермия
2. Остеофолликулит
3. Ангулярный стоматит (стрептококковая заеда). Эрозии, линейные трещины, серозные корки в углах рта
4. Фолликулит. Множественные фолликулярные пустулы на коже груди
5. Фурункул. Воспалительный узел с некротическим центром, геморрагиями и эритематозной зоной на коже бедра

патологический процесс на тех участках кожного покрова, где имеются волосяные фолликулы и никогда не возникают на ладонях, подошвах и губах. Развитию заболевания способствуют загрязнение, травмы, трение и мацерация кожи при повышенной потливости, нарушение целостности кожного покрова при бритье или зудящих дерматозах. Часто фолликулит развивается из остеофолликулита, при этом усиливается краснота, появляется инфильтрат и болезненность. Обычно фолликулит — величиной с чечевицу и имеет коническую форму, а в центре пронизан пушковым волосом (фото 4, 5). После его вскрытия остается язвочка, которая в дальнейшем покрывается гнойно-кровянистой корочкой. Через некоторое время корочка отпадает, оставляя после себя пигментированное пятно или рубчик. Данное заболевание иногда сопровождается лимфангитом, недомоганием и повышением температуры тела [2, 18]. При несоблюдении гигиенического режима, снижением естественной резистентности организма и других неблагоприятных условиях могут появляться фолликулиты, из которых развиваются фурункулы и карбункулы [12].

Фурункул представляет собой острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула, сальной железы и окружающей перифолликулярной ткани. Возбудителями этого заболевания являются белый и золотистый стафилококки. В начальной стадии фурункул имеет вид ограниченного инфиль-

трата ярко-красного цвета, который возникает в глубине дермы. Данная патология характеризуется значительной болезненностью, возникающей не только при пальпации, но и самопроизвольно. Через некоторое время в центре инфильтрата появляется пустула. Этот процесс сопровождается появлением значительной гиперемии, отека, размягчением инфильтрата. Когда вскрывается пустула и отделяется гной, в центре очага просматривается некротический стержень, который отделяется постепенно вместе с оставшимся гноем, после чего отмечается уменьшение болезненности и воспаления (**фото 6**). Патологический процесс завершается образованием язвы, которая через некоторое время выполняется грануляциями и зарубцовывается [15].

Гидраденит — это острое или рецидивирующее гнойное воспаление апокриновых потовых желез, которое чаще локализуется в подмышечных областях, реже — в области лобка, пупка, половых губ, околососкового ареола, перенальной области. Заболевание вызывается белым и золотистыми стафилококками. Развитию патологии способствуют несоблюдение правил личной гигиены, усиленная потливость и щелочная реакция пота апокриновых желез. Чаще гидрадениты развиваются в летнее время, особенно у людей, работающих в жарких помещениях с повышенной влажностью воздуха [5,16]. Вначале патологический процесс представлен болезненным инфильтратом величиной с горошину, который постепенно увеличивается в размере, приобретая коническую форму. В дальнейшем происходит размягчение и вскрытие инфильтрата с выделением густого гноя. Процесс завершается образованием рубца [4].

Сикозом чаще страдают мужчины. Заболевание представляет собой хроническое рецидивирующее воспаление фолликулов в зоне роста коротких толстых волос. Излюбленная локализация — область бороды и усов, реже — волосистой части головы, область шеи, лобка, подмышечных впадин. Развитию заболевания способствуют некоторые факторы: нарушения деятельности нейроэндокринной системы, функции половых желез, внутренних органов и нервно-психические расстройства. Возбудителем данной патологии является золотистый стафилококк или ассоциации разных штаммов стафилококков. Выделяют некоторые особенности, характерные для сикоза:

- торпидное вялое течение заболевания;
- вовлечение в процесс почти всех фолликулов в пораженной области;
- непрерывное возникновение рецидивов в виде остеофолликулитов и фолликулитов, возникающих в одном и том же фолликуле [2, 3].

Субъективные жалобы больных заключаются в наличии жжения, зуда, болезненности. Нередко сикоз начинается со слизистой оболочки носа у лиц, страдающих хроническим ринитом и блефаритом. Клиническая картина этого заболевания формируется постепенно, начиная с появления остеофолликулитов и фолликулитов, число которых нарастает. В дальнейшем появляются очаги с выраженной инфильтрацией кожи синюшно-багряного цвета, на поверхности которых видны эрозии, пустулы и серогнойные корки. Волосы в области поражения легко выдергиваются, при этом в корневой их части видны набухшие корневые влагалища. Разрушается патологический процесс без образования рубцов [15, 17].

Все вышеописанные состояния являются прямым противопоказанием к проведению косметических процедур, так как они не только могут усугубить течение процесса, но способствуют распространению инфекционного процесса.

При выявлении гнойничкового заболевания косметолог должен не только отложить на некоторое время запланированную процедуру, но и направить пациента к врачу дерматологу, который, в свою очередь, распишет правильное питание и режим больному, а также назначит терапию с учетом остроты, глубины, локализации, распространенности процесса и переносимости препаратов.

Литература

1. Leibovici L. Местное применение некоторых антимикробных препаратов // Международный журнал медицинской практики. — 2002. — № 3. — С.27-31
2. Skov L., Baadsgaard O. Bacterial superan-tigens and inflammatory skin diseases / L. Skov, O. Baadsgaard // Clin. Exp. Dermatol., 2000. — Vol. 25. — P. 57-61
3. Айзятупов Ю.Ф. Стандарты диагностики и лечения в дерматовенерологии: Иллюстрированное руководство / Ю.Ф. Айзятупов. — Донецк: «Каштан», 2010. — С. 54-71
4. Антибактериальная терапия / Практическое руководство. Под ред. Л.С. Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова. — М, 2000. — С. 190

5. Атлас по медицинской микробиологии, вирусологии и иммунологии: Учебное пособие для студентов медицинских вузов / Под ред А.А.Воробьева, А.С.Быкова. — М.: Медицинское информационное агентство, 2003. — С. 236

6. Бактериальные заболевания кожи и их значение в клинической практике дерматолога // С.А.Масюкова, В.В.Гладыко, М.В.Устинов и соавт. — 2004. — № 3. — С. 78

7. Березняков И.Г. Принципы разумного применения антибиотиков // Клиническая антибиотикотерапия. — 2004. — № 1. — С. 34

8. Дифференциальная диагностика кожных болезней: Руководство для врачей / Под ред. проф. Б.А. Беренбейна, проф. А.А.Студницина. Издание второе, переработанное и дополненное. М., «Медицина», 1989. — С. 272-298

9. Знаменская Л.Ф. Инфицированные дерматозы. / Л.Ф. Знаменская, О.Ф. Кульчиева // Consilium Provisorum, 2003. — № 2. — С.34-39

10. Иванов О.Л. Кожные и венерические болезни: Справочник / О.Л. Иванов. — М.: Медицина, 1997. — С. 324

11. Компендиум. Лекарственные препараты. К., 2008. — Том 2. — С. 1413

12. Мавров И.И., Болотная Л.А., Сербина И.М. Основы диагностики и лечения в дерматологии и венерологии / И.И. Мавров, Л.А. Болотная, И.М. Сербина. — Харьков, 2008. — С. 436

13. Плотичер С.М. Лабораторная диагностика кожных и венерических болезней / С.М. Плотичер. — К., 1958. — С. 428

14. Савчак В. Болезни кожи в практике семейного врача / В. Савчак, М. Ковальчук. — Тернополь ТДМУ «Укрмедкнига», 2005. — С. 31-42

15. Сидоренко С.В. Перспективы в области создания препаратов для лечения инфекций, вызываемых грамположительными микроорганизмами // Антибиотики и химиотерапия. — 2000. — Т. 45, №10. — С.3-4

16. Сидоренко С.В. Происхождение, эволюция и клиническое значение антибиотикорезистентности. // Антибиотики и химиотерапия. — 1999. — Т. 44, №12. — С.19-22

17. Слепцов В.П. Антимикробные препараты в практической медицине. Практическое руководство / Издание третье, переработанное и дополненное. — Симферополь, 2009. — С. 198

18. Уніфікація лабораторних методів дослідження в діагностиці захворювань, що передаються статевим шляхом / Укладачі І.І.Мавров, О.П.Белозоров, Л.С.Тацька та ін.. — Х.: Факт, 2000. — С. 120.