

Импетиго



РЦРЗ (Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК)
Версия: Клинические протоколы МЗ РК - 2015

Категории МКБ: Импетиго (L01)

Разделы медицины: Дерматовенерология

Общая информация

Краткое описание

Рекомендовано Экспертным советом
РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан
от «15» сентября 2015 года
Протокол № 9

Импетиго – это распространенное контагиозное гнойничковое заболевание кожи, основным морфологическим элементом которого является фликтена.

Стрептококковое импетиго – это поверхностный нефолликулярный полостной элемент (фликтена), имеющий прозрачный секрет и склонность к периферическому росту, располагающийся на слегка гиперемизированном и отечном основании.

Вульгарное импетиго – это гнойничковое поражение кожи при котором в патологический процесс вовлекается и сально–волосяной аппарат. Фликтены более крупные и их покрывка более плотная, они быстро мутнеют и не имеют красного венчика.

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

Название протокола: Импетиго.

Код протокола:

Код (коды) МКБ 10:

L 01 Импетиго.

Сокращения, используемые в протоколе:

в/м – внутримышечно;

в/в – внутривенно;

гр – грамм;

ПЦР – полимеразная цепная реакция;

мг – миллиграмм;

мл – миллилитр;

ОАМ – общий анализ мочи;

ОАК – общий анализ крови;

ПМСП – первичная медико–санитарная помощь;

Дата разработки/пересмотра протокола: 2015 год.

Категория пациентов: дети, взрослые.

Пользователи протокола: дерматовенерологи, педиатры, терапевты, врачи общей практики.

Оценка на степень доказательности приводимых рекомендаций.

Шкала уровня доказательности:

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с не высоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++или+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование, или мнение экспертов.
GPP	Наилучшая фармацевтическая практика.

Классификация

Клиническая классификация [1,2]:

- буллезное и щелевидное импетиго;
- стрептококковый хейлит;
- простой лишай;
- поверхностный панариций;
- интертригинозная стрептодермия (опрелость).

Диагностика

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий

Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- ОАК;

Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию: нет.

Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне (при плановой госпитализации проводятся диагностические обследования непроведенные на амбулаторном уровне): нет.

Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи: нет.

Диагностические критерии постановки диагноза [1,2,3,4]

Жалобы и анамнез:

Жалобы (УД – В) [1,2,3,4]:

- кожные высыпания;
- боль, зуд (редко).

Анамнез (УД – В) [1,2,3,4]:

- начало заболевания;
- источник заражения;
- течение кожного процесса.

Физикальное обследование (УД – В) [1,2,3,4]

Общий статус:

- осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек;
- оценка состояния периферических лимфатических узлов;
- пальпация;
- перкуссия;
- аускультация.

Локальный статус:

- характер поражения кожи;
- локализация;
- элементы сыпи (фликтены, эрозии, корочки);
- мокнутие;
- лимфаденит (редко).

Лабораторные исследования [1,2,3,4,5,6]:

- ОАК (лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, повышенное СОЭ);

Инструментальные исследования: нет.

Показания для консультации специалистов:

- терапевт – при наличии сопутствующей патологии внутренних органов или систем в стадии обострения и/или декомпенсации;
- педиатр – при наличии сопутствующей патологии внутренних органов или систем в стадии обострения и/или декомпенсации.

Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз [1,2,3,4,7,8]

В таблице 1 приведены основные клинические дифференциально–диагностические критерии импетиго.

Таблица 1. – Основные клинические дифференциально–диагностические критерии импетиго.

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. Методом ПЦР выявляют вирус герпеса.
Дисгидроз	Высыпания на ладонях и стопах в виде пузырьков с плотной покрывкой, напоминающих саговые зерна, существуют длительно, появляются одновременно
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
Кандидоз ногтевых валиков	Отмечается гиперемия ногтевых валиков и подушкообразное набухание, гной из–под ногтевого валика не выделяется, ногтевая пластинка буровато–коричневого цвета с поперечной полосатой исчерченностью. Микробиологические методы – обнаруживают дрожжеподобные грибы.

Лечение

Цели лечения [1,2]:

- купирование клинических симптомов;
- предупреждение развития осложнений;
- улучшение качества жизни и прогноза заболевания.

Тактика лечения**Немедикаментозное лечение:**

Режим III, стол №15.

Режим больного пиодермией предполагает рациональный уход за кожей как в очаге поражения, так и вне его. Волосы в области расположения пиодермических элементов рекомендуется состричь. Запрещается удаление волос путем их сбривания.

Медикаментозное лечение**Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне**Основные терапевтические подходы:

1. Местная терапия – используется при любых формах импетиго (основной вид терапии) (УД – А) [1,2,3,4,7];
2. Системная терапия (применение антибиотиков) – оправдано только при развитии осложнений (дополнительный вид терапии) (УД – В) [1,2,3,4,7].

Антисептические наружные препараты (УД –В) [1,7]:

Применяется один из нижеперечисленных препаратов:

- Бриллиантовый зеленый 1%, наружно, наносят 2–3 раза в день в среднем, в течение 7–10 дней с учетом количества очагов поражений на коже.
- Фулорцин, наружно, наносят 2–3 раза в день в среднем, в течение 7–10 дней с учетом количества очагов поражений на коже.
- Метиленовый синий, 1–3%, наружно, наносят 2–3 раза в день в среднем, в течение 7–10 дней с учетом количества очагов поражений на коже.
- Калия перманганат, наружно, 0,01–0,1%, наносят 2–3 раза в день в среднем, в течение 7–10 дней с учетом количества очагов поражений на коже.
- Перекись водорода 3%, наружно, наносят 2–3 раза в день в среднем, в течение 7–10 дней с учетом количества очагов поражений на коже.
- Хлоргексидин, 0,5% или 1%, наружно, наносят 2–3 раза в день в среднем, в течение 7–10 дней с учетом количества очагов поражений на коже.

Противомикробные лекарственные препараты для наружного применения (УД – А)

[1,7,9,10,11,12,13]:

Применяется один из нижеперечисленных препаратов:

- Гентамицина сульфат 0,1%, наружно, наносят 2 раза в день в среднем, в течение, 7–10 дней с учетом количества очагов поражений на коже.
- Мупироцин 2%, наружно, наносят 2 раза в день в среднем, в течение, 7–10 дней с учетом количества очагов поражений на коже.
- Ретапамулин 1%, наружно, наносят 2 раза в день в среднем, в течение, 7–10 дней с учетом количества очагов поражений на коже.
- Эритромицин, наружно, (10 000 ЕД/г), наносят 2 раза в день в среднем, в течение, 7–10 дней с учетом количества очагов поражений на коже.
- Линкомицина гидрохлорид, наружно, наносят 2 раза в день в среднем, в течение, 7–10 дней с учетом количества очагов поражений на коже.
- Цинка гиалурона , наружно, наносят 2 раза в день в среднем, в течение, 7–10 дней с учетом количества очагов поражений на коже.

Глюкокортикостероидные топические средства, комбинированные с антибактериальными препаратами (УД – А) [1,7,14]:

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

- Тетрациклина гидрохлорид (400 мг) + триамцинолона ацетонид (10 мг), для наружного применения, пораженные участки кожи орошают струей препарата в течение 1–3 секунды, держа препарат в вертикальном положении на расстоянии около 15–20 см от поверхности кожи. Взрослым процедуру проводят 2–4 раза/сутки. через одинаковые промежутки времени. Продолжительность терапии определяется индивидуально и в среднем составляет 5–10 дней. При упорном течении болезни курс лечения может быть продлен до 25 дней. Не рекомендуется применение более 4 недель. Детям в возрасте старше 3 лет препарат назначают в течение непродолжительного периода времени, только 1 раз/сутки и распыляют на небольших участках поверхности кожи.

или

- Гидрокортизона ацетат (10 мг) + окситетрациклина гидрохлорид (30 мг), для наружного применения. Частоту и способ применения определяет врач. Обычно наносят тонким слоем на пораженные участки кожи 2–3 раза в день (иногда применяют повязку, нанося препарат на стерильную марлю). Курс лечения 1–2 недели. У детей (особенно до 2 лет) применяют на ограниченных участках кожи коротким курсом (в течение 5–7 дней).

или

• Бетаметазона валерат (1 мг) + гентамицина сульфат (1 мг), для наружного применения. Частоту и способ применения определяет врач. Обычно наносят тонким слоем на пораженные участки кожи 2–3 раза в день (иногда применяют повязку, нанося препарат на стерильную марлю). Курс лечения 1–2 недели. У детей (особенно до 2 лет) применяют на ограниченных участках кожи коротким курсом (в течение 5–7 дней).

Антибактериальные средства системного действия (УД – В) [1,7,10]:

Назначают при распространенных, рецидивирующем импетиго. При отсутствии эффекта от наружной терапии, наличии общих явлений (лихорадка, недомогание) и регионарных осложнений (лимфаденит, лимфангиит).

Применяется один из нижеперечисленных препаратов:

Антибиотики группы пенициллина (УД – В) [1,7,10,15]:

Амоксициллин 250, 500 мг. Детям в возрасте до 3 лет – 30 мг/кг/сутки в 2–3 приема, от 3 до 10 лет – по 375 мг 2 раза в сутки, перорально. Детям старше 10 лет и взрослым – по 500–750 мг 2 раза в сутки. Курс лечения 7–10 дней.

Антибиотики группы цефалоспоринов (УД – В) [1,7,10,15]:

- Цефазолин 250, 500, 1000 мг. Детям 20–40 мг/кг/сутки. Суточная доза для взрослых – 1000 мг. Частота введения 2–4 раза в сутки, в/м. Курс лечения 7–10 дней.
- Цефтриаксон 250 мг, 1000 мг. Детям в возрасте до 12 лет – 50–75 мг/кг/сутки 1 раз в сутки, в/м. Детям старше 12 лет и взрослым – 1000 – 2000 мг 1 раз в сутки.. Курс лечения 7–10 дней.

Антибиотики группы макролидов (УД – В) [1,7,10,15,16,17,18,19]:

- Эритромицин 200 мг. Детям в возрасте до 3 месяцев – 20–40 мг/кг/сутки, детям в возрасте от 3 месяцев до 18 лет – 30–50 мг/кг/сутки. Старше 18 лет – суточная доза 1000 – 4000 мг. Кратность приема 4 раза в сутки, перорально. Курс лечения – 5–14 дней.
- Азитромицин 250, 500 мг, перорально. Детям из расчета 10 мг/кг массы тела 1 раз в сутки в течение 3–х дней или в –1–й день 10 мг/кг, затем в течение 4 дней 5 мг/кг массы тела 1 раз в сутки. Взрослым – 1 г в 1–й день, затем со 2–го по 5–й день 500 мг 1 раз в сутки.
- Кларитромицин 125 (5 мл); 250; 500 мг, перорально. Детям – 7,5 мг/кг/сутки. Взрослым – 500–1000 мг в сутки. Кратность приема – 2 раза в сутки. Курс лечения – 7 – 10 дней.

Антибиотики группы тетрациклина (УД – С) [1,7]:

- Доксициклина гидрохлорид, моногидрат 100 мг, перорально. Детям старше 12 лет с массой тела менее 50 кг в 1–й день – 4 мг/кг массы тела 1 раз в сутки, в последующие дни – 2 мг/кг массы тела 1 раз в сутки. Детям старше 12 лет с массой тела более 50 кг и взрослым в первые сутки 200 мг однократно, затем по 100 мг 1 раз в сутки. Курс лечения – 10–14 дней.

Фторхинолоны (УД – С) [1,7]:

- Ципрофлоксацин 250, 500 мг, перорально. Детям старше 18 лет и взрослым по 250–500 мг 2 раза в сутки. Курс лечения – 5–15 дней.
- Левофлоксацин 250, 500 мг, перорально. Детям старше 18 лет и взрослым по 250–500 мг 1–2 раза в сутки. Курс лечения – 7–14 дней.
- Офлоксацин 200 мг, перорально. Детям старше 18 лет и взрослым по 200–400 мг 2 раза в сутки. Курс лечения – 7–10 дней.

Антибиотики группы аминогликозидов (УД – С) [1,7]:

- Гентамицина сульфат 40 мг. Детям до 2 лет – 2–5 мг/кг/сутки, детям старше 2 лет – 3–5 мг/кг/сутки. Кратность введения 3 раза в сутки, в/м. Взрослым 3–5 мг/кг/сутки, кратность введения 2–4 раза в сутки. Курс лечения 7–10 дней.

Медикаментозное лечение, оказываемое на стационарном уровне: нет.

Медикаментозное лечение, оказываемое на этапе скорой неотложной помощи: нет.

Другие виды лечения: нет.

Хирургическое вмешательство: нет.

Профилактические мероприятия (профилактика осложнений, первичная профилактика для уровня ПМСП, с указанием факторов риска):

- обследование членов семьи;
- массовая профилактическая пропаганда, предусматривающая понятие личной и общественной профилактики стрепто–стафилодермии через средства массовой информации, памятки и мультимедийные программы;
- индивидуальные консультации и профилактические беседы с родителями по способам предотвращения или снижения риска инфицирования пиодермией.

Дальнейшее ведение:

- Диспансерный учет по месту жительства у дерматолога.

Индикаторы эффективности лечения:

- отсутствие клинических симптомов заболевания (разрешение гнойничковых элементов, эпителизация эрозий);
- отсутствие рецидивов;
- отсутствие осложнений.

Препараты (действующие вещества), применяющиеся при лечении
(<https://drugs.medelement.com/>)

Азитромицин (Azithromycin)

Амоксициллин (Amoxicillin)

Бетаметазон (Betamethasone)

Бриллиантовый зеленый (Brilliant green)

Водорода пероксид (Hydrogen peroxide)

Гентамицин (Gentamicin)

Гидрокортизон (Hydrocortisone)

Доксициклин (Doxycycline)

Калия перманганат (Potassium permanganate)

Кларитромицин (Clarithromycin)

Левифлоксацин (Levofloxacin)

Линкомицин (Lincomycin)

Метилтиониния хлорид (Methylthioninium chloride)

Мупироцин (Mupirocin)

Окситетрациклин (Oxytetracycline)

Офлоксацин (Ofloxacin)

Ретапамулин (Retapamulin)

Тетрациклин (Tetracycline)

Триамцинолон (Triamcinolone)

Фукорцин (Fucorcin)

Хлоргексидин (Chlorhexidine)

Цефазолин (Cefazolin)

Цефтриаксон (Ceftriaxone)

Цинка гиалуронат (Zinc hyaluronate)

Ципрофлоксацин (Ciprofloxacin)

Эритромицин (Erythromycin)

Госпитализация

Показания к госпитализации с указанием типа госпитализации

Показания к экстренной госпитализации: нет.

Показания к плановой госпитализации: нет.

Информация

Источники и литература

I. Протоколы заседаний Экспертного совета РЦРЗ МЗСР РК, 2015

- 1) Клинические рекомендации. Дерматовенерология. // Под ред. А. Кубановой.– М.: ДЭКС–Пресс.– 2010.– с. – 435. 2) Фицпатрик Томас Б., доктор медицинских наук, доктор философии, Клиническая дерматология, доктор технических наук (Hon)., 1999; 8. 139. Fitzpatrick Thomas B., M.D.,Ph.D., Clinical Dermatology, D. Sc.(Hon),1999;8. 3) Архангельская Е. И. Пиодермии: патогенез, терапия, профилактика. М.; Медицина, 1960. С. 14–28. 4) Масюкова С.А., Гладько В.В., Устинов М.В. с соавт. Бактериальные инфекции кожи и их значение в клинической практике дерматолога // Consilium Medicum. 2004. 6 (3). С. 180–185. 5) Pillsbury D.M., Shelly W.B., Kligman A.M. Bacterial infection of the skin. Dermatology Saunders (Philadelphia) 1956;482–489. 6) Sharma S, Verma KK. Skin and soft tissue infection. Indian J Pediatr. 2001 Jul; 68 Suppl 3:S46–50. 7) Пиодермия: этиопатогенез,

диагностика, клиника, лечение и профилактика: Учебное пособие / Гладько В.В., Масюкова С. А., Кахишвили Н.Н. // М.: ГИУВ МО РФ, 2010. С. 55. 8) «Импетиго– и склеродермоподобные формы простого герпеса» Халдин А. А., Самгин М. А. Кафедра кожных и венерических болезней (зав. проф. О. Л. Иванов) ММА им. И. М. Сеченова // Российский журнал кожных и венерических болезней №4 2003. 9) Афанасьева Т.П. Метициллинорезистентные стафилококки // Антибиотики и химиотерапия. 1998. №6. С. 29–31. 10) Антибактериальная терапия. Практическое руководство. Под ред. Л.С. Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова. Москва 2000, 190 с. 11) Hiramatsu K., Hanaki H., Ino T. et al. Methicillin-resistant Staphylococcus aureus clinical strain with reduced vancomycin susceptibility. J Antimicrob Chemother. 1997.40: 135–6. 12) Gilbert M. Topical 2% mupirocin versus 2% fusidic acid ointment in the treatment of primary and secondary skin infections. J. Am. Acad. Dermatol. 1989. 20:1083–1087. 13) Britton J. W., Fajardo J. E., Krafte–Jacobs B. Comparison of mupirocin and erythromycin in the treatment of impetigo. J. Paediatr. 1990. 117:827–829. 14) Barton L. L., Friedman A. D. Impetigo: a reassessment of etiology and therapy. Pediatr. Dermatol. 1987. 4:185–188. 15) Demidovich C. W., Wittier R. R., Ruff M. E et al. Impetigo. Current etiology and comparison of penicillin, erythromycin and cephalixin therapies. Am. J. Dis. Child. 1990. 144:1313–1315. 16) Бутов Ю.С., Волкова Е.Н., Джозамицин в терапии гнойничковых заболеваний кожи, Российский журнал кожных и венерических болезней, 2000, №5, 23–25. 17) Фомина И.П. Современные макролиды, особенности действия, значение в лечении бактериальных инфекций // Антибиотики и химиотерапия. 1995. №9 (40). С. 47–56. 18) Agache P., Amblard P., Moulin G., et al. Roxithromycin in skin and soft tissue infections. J. Antimicrob. Chemother. 1987. 20 (suppl. B): 153–156. 19) Nohara N., Akagi M., Kanzaki H. Comparative double blind test of roxithromycin and josamycin on purulent diseases. Chemotherapy Tokyo. 1989. 37: 1518–1519.

Информация

III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА

Список разработчиков с указанием квалификационных данных:

1. Батпенова Гульнар Рыскельдыевна – доктор медицинских наук, АО «Медицинский университет Астана», профессор, заведующая кафедрой дерматовенерологии, главный внештатный дерматовенеролог МЗ РК;
2. Джетписбаева Зульфия Сейтмагамбетовна – кандидат медицинских наук, АО «Медицинский университет Астана», доцент кафедры дерматовенерологии;
3. Баев Асылжан Исаевич – кандидат медицинских наук, РГП на ПХВ «Научно–исследовательский кожно–венерологический институт» МЗ РК, старший научный сотрудник;
4. Цой Наталья Олеговна – доктор PhD, РГП на ПХВ «Научно–исследовательский кожно–венерологический институт» МЗСР РК, старший научный сотрудник;
5. Шортанбаева Жанна Алихановна – кандидат медицинских наук, Казахский Национальный Медицинский Университет имени С.Д. Асфендиярова, доцент модуля дерматовенерологии;
6. Ихамбаева Айнур Ныгымановна – клинический фармаколог, АО «Национальный центр нейрохирургии».

Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

Рецензенты:

Нурушева Софья Мухитовна – доктор медицинских наук, РГП на ПХВ «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», руководитель модуля дерматовенерологии.

Указание условий пересмотра протокола: Пересмотр протокола через 3 года после его

опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с высоким уровнем доказательности.