



DERMATOLOGIA INTERWENCYJNA

pod redakcją Agnieszki Owczarczyk-Saczonek



Dermatologia interwencyjna

pod redakcją Agnieszki Owczarczyk-Saczonek

Dermatologia interwencyjna
pod redakcją Agnieszki Owczarczyk-Saczonek

Copyright © by Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2019

Wszystkie prawa zastrzeżone.

Żaden z fragmentów książki nie może być publikowany w jakiegokolwiek formie bez wcześniejszej pisemnej zgody wydawcy. Dotyczy to także fotokopii i mikrofilmów oraz nagrywania, a także rozpowszechniania za pośrednictwem nośników elektronicznych.

TERMEDIA

Termedia Wydawnictwa Medyczne
ul. Kleeberga 2
61-615 Poznań
tel./faks +48 61 822 77 81
e-mail: termedia@termedia.pl
<http://www.termedia.pl>

Termedia Wydawnictwa Medyczne
Poznań 2019
Wydanie I

ISBN: 978-83-7988-290-8

Wydawca dołożył wszelkich starań, aby cytowane w podręczniku nazwy leków, ich dawki oraz inne informacje były prawidłowe. Wydawca ani autorzy nie ponoszą odpowiedzialności za konsekwencje wykorzystania informacji zawartych w niniejszej publikacji. Każdy produkt, o którym mowa w książce, powinien być stosowany zgodnie z odpowiednimi informacjami podanymi przez producenta. Ostateczną odpowiedzialność ponosi lekarz prowadzący.

Spis treści

Zespół autorów | 5

Recenzja | 7

- Rozdział 1.1a **Choroby bakteryjne** | 9
Agnieszka Markiewicz
- Rozdział 1.1b **Rumień wędrujący** | 22
Natalia Zdanowska, Agnieszka Markiewicz
- Rozdział 1.2 **Choroby wirusowe** | 27
Agnieszka Markiewicz
- Rozdział 1.3 **Infekcje grzybicze i drożdżakowe** | 37
Natalia Zdanowska
- Rozdział 1.4 **Choroby pasożytnicze** | 52
Agnieszka Owczarczyk-Saczonek, Natalia Zdanowska, Małgorzata Orylska
- Rozdział 2.1 **Kontaktowe zapalenie skóry** | 76
Natalia Zdanowska
- Rozdział 2.2 **Atopowe zapalenie skóry** | 85
Małgorzata Orylska
- Rozdział 3 **Pokrzywka i wstrząs anafilaktyczny** | 98
Ewa Wygonowska
- Rozdział 4 **Choroby rumieniowe** | 112
Joanna Rybak-d'Obyrn
- Rozdział 5 **Reakcje nadwrażliwości na leki** | 124
Agnieszka Owczarczyk-Saczonek
- Rozdział 6 **Erytrodermia** | 169
Anna Kruszewska
- Rozdział 7 **Działanie czynników fizycznych na skórę – fotodermatozy, oparzenia, odmrożenia** | 191
Anna Kruszewska
- Rozdział 8 **Ukąszenia i użądlenia** | 220
Paulina Klimek
- Rozdział 9 **Choroby grudkowo-rumieniowe wymagające pilnej interwencji** | 243
Marta Kasprowicz-Furmańczyk

- Rozdział 10 **Plamice jako objaw chorób wymagających pilnej interwencji** | 264
Ewelina Woźniak
- Rozdział 11 **Wykwity pęcherzowe wymagające pilnej interwencji** | 289
Agnieszka Owczarczyk-Saczonek
- Rozdział 12 **Owrzodzenie goleni jako objaw chorób wymagających pilnej interwencji** | 398
Aleksandra Znajewska-Pander, Monika Matławska, Jacek Znajewski, Waldemar Placek, Agnieszka Owczarczyk-Saczonek
- Rozdział 13 **Zespół antyfosfolipidowy** | 312
Magdalena Krajewska-Włodarczyk
- Rozdział 14 **Infekcje przenoszone drogą płciową** | 324
Hubert Aleksandrowicz, Waldemar Placek
- Rozdział 15 **Wybrane psychodermatozy wymagające pilnej interwencji** | 349
Agnieszka Owczarczyk-Saczonek

Zespół autorów

lek. Hubert Aleksandrowicz

Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej,
Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie

lek. Marta Kasprowicz-Furmańczyk

Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej,
Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie

lek. Paulina Klimek

Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej,
Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie

dr hab. n. med. Magdalena Krajewska-Włodarczyk

Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej,
Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie

lek. Anna Kruszewska

Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej,
Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie

lek. Agnieszka Markiewicz

Katedra i Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii
Klinicznej, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

lek. Monika Matławska

Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej,
Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie

lek. Małgorzata Orylska

Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej,
Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie

dr hab. n. med. Agnieszka Owczarczyk-Saczonek

Katedra i Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii
Klinicznej, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

prof. dr hab. n. med. Waldemar Placek

Katedra i Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii
Klinicznej, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

dr n. med. Joanna Rybak-d'Obyrn

Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej,
Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie

lek. Ewelina Woźniak

Katedra i Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii
Klinicznej, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

dr n. med. Ewa Wygonowska

Katedra i Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii
Klinicznej, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

lek. Natalia Zdanowska

Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej,
Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie

lek. Aleksandra Znajewska-Pander

Katedra i Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii
Klinicznej, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

lek. Jacek Znajewski

NZOZ Chirurgia Jednego Dnia w Golubiu-Dobrzyniu

Recenzja

Wydanie książki *Dermatologia interwencyjna* pod redakcją dr hab. n. med. Agnieszki Owczarczyk-Saczonek można uznać za wydarzenie na polskim, dermatologicznym rynku wydawniczym. Jest ona pierwszym podręcznikiem poświęconym nagłym przypadkom chorób skóry, które mogą stanowić zagrożenie dla życia pacjenta.

Należy podkreślić, że autorzy poszczególnych rozdziałów wykazali się dogłębną wiedzą prezentowanych zagadnień i pod okiem znakomitych dermatologów praktyków stworzyli razem dzieło potrzebne w pracy nie tylko lekarzy naszej specjalności.

Podręcznik ten powinien być pomocą nie tylko dla dermatologów zajmujących się pilnymi przypadkami w poradni i na dyżurze, lecz także dla lekarzy innych specjalności pracujących w ambulatoriach pomocy doraźnej oraz lekarzy rodzinnych.

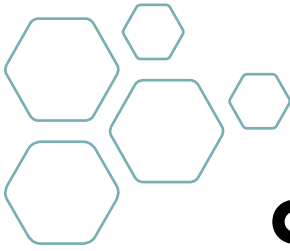
Niewątpliwą zaletą tej publikacji jest dobrze i przystępnie przedstawiona diagnostyka różnicowa, podparta dużą liczbą zdjęć przypadków własnych, co w diagnostyce dermatologicznej jest szczególnie ważne. Każdy lekarz praktyk doceni przedstawione schematy leczenia „krok po kroku” uwzględniające postępowanie terapeutyczne również u dzieci i kobiet w ciąży. Przedstawiona wiedza jest dobrze uporządkowana, a autorzy przyjęli spójny schemat opisywania poszczególnych problemów, co zdecydowanie ułatwia ich przyswojenie.

Uważam, że *Dermatologia interwencyjna* to podręcznik o dużej wartości naukowej, dydaktycznej, praktycznej i edytorskiej, który – mam nadzieję – zagości na biurku każdego lekarza praktyka chcącego poszerzyć swoją wiedzę.

Chciałbym pogratulować autorom odważnego pomysłu i jego realizacji oraz podziękować wydawnictwu Termedia za podjęcie się procesu edytorskiego tego dzieła.

Czytelnikom życzę przyjemnej lektury.

prof. dr hab. n. med. Andrzej Kaszuba



Choroby bakteryjne

Agnieszka Markiewicz

Bakteryjne zapalenie tkanki podskórnej, róża

Zapalenie tkanki podskórnej o etiologii bakteryjnej jest ciężką, ostrą chorobą z towarzyszącymi objawami ogólnymi. Klasycznie chorobę spowodowaną paciorkowcem nazywa się różą.

Czynnik etiologiczny: *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, mieszana flora bakteryjna.

Objawy

Pierwszym objawem jest bolesny rumień o wzmożonym uciepleniu, który stopniowo się rozszerza. Zmiana jest ostro odgraniczona od otaczającej zdrowej skóry. Najczęstszą lokalizacją są kończyny dolne, górne i twarz. Choroba może rozpocząć się poprzez nadkażenie innej zmiany skórnej obecnej na pierwotnie zdrowej skórze, np. w miejscu ukąszenia przez owada, zadrapania czy urazu mechanicznego. Wtedy w zakresie rumienia widoczna jest też zmiana będąca wrotami infekcji. Zapalenie tkanki podskórnej może mieć także charakter przyranny w przypadku przewlekłych ran i owrzodzeń.

Pacjent prezentuje liczne mocno wyrażone objawy ogólne: gorączkę do 40°C, dreszcze, osłabienie, uczucie rozbicia. Objawy zazwyczaj pojawiają się nagle i towarzyszą powstaniu zmiany na skórze.

W badaniu przedmiotowym stwierdza się również limfadenopatię okolicznych węzłów chłonnych.

Wyróżnia się kilka klinicznych odmian róży:

- > krwotoczną,
- > pęcherzową,
- > martwiczą,
- > ropowiczą,
- > nawrotową.

Różnicowanie

Różę należy różnicować z zapaleniem tkanki podskórnej, zakrzepicą żył głębokich i wypryskiem (tab. 1.).

Tabela 1. Diagnostyka różnicowa róży

	Zapalenie tkanki podskórnej	Zakrzepica żył głębokich	Wyprysk
Morfologia zmian	rumień, obrzęk wzmożone ucieplenie	rumień, bolesność, objaw Homansa (+)	rumień, grudki, złuszczenie; zmiany nieostro odgraniczone od zdrowej skóry
Badania dodatkowe	podwyższone parametry stanu zapalnego (CRP, OB, leukocytoza)	w USG dopplerowskim cechy zakrzepicy; niskie wartości parametrów stanu zapalnego	w USG dopplerowskim bez cech zakrzepicy, niskie wartości parametrów stanu zapalnego; często dodatnie testy alergiczne płatkowe
Wywiad	objawy ogólne; gorączka, złe samopoczucie; szybki początek choroby	bez objawów ogólnych, dolegliwości bólowe; umiarkowanie krótki wywiad chorobowy	świad, możliwy przewlekły wywiad chorobowy; możliwy wywiad współistniejącej niewydolności żyłnej

CRP – białko C-reaktywne; OB – odczyn Biernackiego; USG – badanie ultrasonograficzne

Postępowanie

W leczeniu najistotniejsze jest szybkie ustalenie rozpoznania i włączenie odpowiedniej antybiotykoterapii. Z tego powodu niezbędne jest wykonanie podstawowych badań laboratoryjnych i w określonych przypadkach USG dopplerowskiego (w przypadku zajęcia kończyn) w celu wykluczenia zakrzepicy żył głębokich. Po stwierdzeniu typowych objawów oraz istotnie podwyższonych wskaźników stanu zapalnego należy rozpocząć intensywne leczenie.

Rutynowo nie wykonuje się badań bakteriologicznych, gdyż typowo zmiana ma charakter rumienia. W przypadku jednak, gdy widoczne są także zmiany mogące stanowić materiał do badania mikrobiologicznego (pęcherze, rany, nadżerki), wskazane jest pobranie materiału do hodowli bakteryjnej. W przypadku pacjenta hospitalizowanego w cięższym stanie rutynowo pobiera się także krew na posiew w celu wykluczenia posocznicy.

Wskazania do hospitalizacji

Choroba, choć ciężka, w większości przypadków wymaga leczenia w warunkach ambulatoryjnych, jednak w sytuacjach szczególnych wskazana jest hospitalizacja i leczenie drogą parenteralną:

- > zapalenie tkanki podskórnej okolicy twarzy,
- > zapalenie tkanki podskórnej o charakterze nawrotowym,
- > zapalenie tkanki podskórnej u pacjentów w immunosupresji/obciążonych chorobami przewlekłymi wpływającymi na układ odpornościowy (choroby hematologiczne lub onkologiczne),
- > pacjent w poważnym stanie ogólnym, brak możliwości podawania leku doustnie.

Leczenie

Antybiotykoterapia + heparyna drobnocząsteczkowa + lek przeciwgorączkowy lub przeciwbólowy

Wybór antybiotyku do leczenia bakteryjnego zapalenia tkanki podskórnej nie jest łatwy. Klasyczna postać choroby spowodowana jest paciorkowcem (róża), natomiast coraz częściej obserwuje się zapalenie tkanki podskórnej o etiologii mieszanej (łącznie z gronkowcami), niereagujące na standardowe schematy antybiotykoterapii. Bakterie z grupy gronkowców w większości są odporne na działanie penicyliny G i amoksycyliny, ponieważ produkują β -laktamazę. W przypadku zmian o niewielkim nasileniu można rozważyć zastosowanie antybiotyku działającego głównie na paciorkowce (penicylina, amoksycylina, cefalosporyny). W przypadku podejrzenia etiologii mieszanej należy zastosować leczenie działające na szersze spektrum (z wyłączeniem penicyliny G i amoksycyliny). W praktyce najczęściej wybiera się lek działający na większość możliwych czynników etiologicznych lub kombinację dwóch leków, aby nie wydłużać czasu leczenia i nie zwiększać ryzyka wystąpienia powikłań. W przypadku zastosowania antybiotyku o spektrum nieuwzględniającym gronkowca i bakterii beztlenowych (np. amoksycyliny) wskazana jest ocena kliniczna oraz badań laboratoryjnych po maksymalnie 48 godzinach i w przypadku braku poprawy – modyfikacja leczenia.

Leczenie w warunkach ambulatoryjnych i szpitalnych

Zasady leczenia w warunkach ambulatoryjnych przedstawiono w tabeli 2. Leczenie szpitalne najczęściej rozpoczyna się od antybiotykoterapii empirycznej, a po uzyskaniu wyników badań bakteriologicznych można je modyfikować. Z doświadczeń własnych w ośrodku autorów najskuteczniejsze wydają się schematy złożone z 2 antybiotyków (penicylina G + klindamycyna; tab. 3.).

Leczenie miejscowe

Nie zaleca się stosowania miejscowo antybiotyków. Największe zastosowanie mają środki miejscowo odkażające (np. oktenidyna, chlorheksydyna). W przypadku powstania pęcherzy należy je odbarzyć i nie usuwać pokrywy pęcherza. W przypadku owrzodzeń należy stosować opatrunki specjalistyczne stosowane do etapu gojenia rany (np. opatrunki siatkowe z chlorheksydyną lub srebrem).

Czas leczenia

Leczenie zapalenia tkanki podskórnej nie powinno być krótsze niż 7–10 dni, a w przypadkach nawrotowych ponad 2 tygodnie. Wskazane jest monitorowanie stanu klinicznego pacjenta, stanu miejscowego oraz parametrów stanu zapalnego i zakończenie antybiotykoterapii dopiero po normalizacji parametrów.



Rycina 1. Róża pęcherzowa małżowiny usznej

Zdjęcie: Agnieszka Markiewicz

Tabela 2. Leczenie ambulatoryjne

Shorzenie	Dorośli	Kobiety w ciąży	Dzieci
zapalenie tkanki podskórnej (podejrzenie etiologii mieszanej)	<ul style="list-style-type: none"> > amoksycylina z kwasem klawulanowym w dawce 1000 mg (875 + 125) 2 razy dziennie doustnie <i>lub</i> > cefuroksym w dawce 500 mg 2 razy dziennie doustnie > do rozważenia dotychczasowe klindamycyny 600 mg 2 razy dziennie doustnie 	<ul style="list-style-type: none"> > amoksycylina z kwasem klawulanowym w dawce 1000 mg (875 + 125) 2 razy dziennie doustnie <i>lub</i> > cefuroksym w dawce 500 mg 2 razy dziennie doustnie > do rozważenia dotychczasowe klindamycyny 600 mg 2 razy dziennie doustnie (kategoria B) 	<ul style="list-style-type: none"> > amoksycylina w dawce 25–50 mg/kg m.c. w 3 dawkach podzielonych > do rozważenia dotychczasowe klindamycyny w dawce 8–25 mg/kg m.c./dobę w 3–4 dawkach podzielonych
zapalenie tkanki podskórnej bez alergii na antybiotyki <i>lub</i> zmiany o umiarkowanym nasileniu bez przerwania ciągłości skóry, bez zmian ropnych	<ul style="list-style-type: none"> > penicylina fenoksymetylowa w dawce 1,5 mln j. 3 razy dziennie doustnie <i>lub</i> > amoksycylina w dawce 1 g 3 razy dziennie doustnie 	<ul style="list-style-type: none"> > penicylina fenoksymetylowa w dawce 1,5 mln j. 3 razy dziennie doustnie <i>lub</i> > amoksycylina w dawce 1 g 3 razy dziennie doustnie 	<ul style="list-style-type: none"> > penicylina fenoksymetylowa w dawce 50 000–100 000 j.m./kg m.c. w 3 dawkach podzielonych <i>lub</i> > amoksycylina w dawce 25–50 mg/kg m.c. w 3 dawkach podzielonych
zapalenie tkanki podskórnej i alergii na penicylinę	<ul style="list-style-type: none"> > klarytromycyna w dawce 500 mg 2 razy dziennie doustnie <i>lub</i> > erytromycyna w dawce 500 mg 2 razy dziennie doustnie 	<ul style="list-style-type: none"> > erytromycyna w dawce 500 mg 2 razy dziennie doustnie (kategoria B) 	<ul style="list-style-type: none"> > erytromycyna w dawce 30–50 mg/kg m.c. w dawkach podzielonych
zapalenie tkanki podskórnej o charakterze nawrotowym	<ul style="list-style-type: none"> > penicylina fenoksymetylowa w dawce 1 g dziennie przez 15 miesięcy <i>lub</i> > penicylina benzatydowa w dawce 2,4 mln j. i.m. raz na 3 tygodnie przez rok <i>lub</i> > erytromycyna w dawce 250 mg raz dziennie przez 18 miesięcy 	<ul style="list-style-type: none"> > penicylina fenoksymetylowa w dawce 1 g dziennie po przez 15 miesięcy <i>lub</i> > penicylina benzatydowa w dawce 2,4 mln j. i.m. raz na 3 tygodnie przez rok <i>lub</i> > erytromycyna w dawce 250 mg raz dziennie przez 18 miesięcy (kategoria B) 	



Rycina 2. Róża pęcherzowo-krwotoczna powikłana owrzodzeniem (A, B)

Zdjęcia: Agnieszka Markiewicz

Tabela 3. Leczenie szpitalne

	Dorośli	Kobiety w ciąży	Dzieci > 4. roku życia
Bez alergii na penicylinę	<p>penicylina prokainowa w dawce 1,2 mln <i>i.m.</i> raz dziennie + klindamycyna 600 mg 2 razy dziennie <i>i.v.</i></p> <p><i>lub</i></p> <p>cefuroksym w dawce 500 mg 2 razy dziennie <i>i.v.</i> + klindamycyna 600 mg 2 razy dziennie <i>i.v.</i></p> <p><i>lub</i></p> <p>(szczególnie w przypadku postaci nawrotowej)</p> <p>penicylina krystaliczna w dawce 6 mln j. 4 razy dziennie <i>i.v.</i> + klindamycyna 600 mg 2 razy dziennie <i>i.v.</i></p>	<p>penicylina prokainowa w dawce 1,2 mln <i>i.m.</i> raz dziennie + klindamycyna 600 mg 2 razy dziennie <i>i.v.</i></p> <p><i>lub</i></p> <p>cefuroksym w dawce 500 mg 2 razy dziennie <i>i.v.</i> + klindamycyna 600 mg 2 razy dziennie <i>i.v.</i></p>	<p>penicylina prokainowa w dawce 1,2 mln <i>i.m.</i> raz dziennie + klindamycyna w dawce 8–25 mg/kg m.c./dobę w 3–4 dawkach podzielonych</p> <p><i>lub</i></p> <p>cefuroksym w dawce 30–100 mg/kg m.c. w dawkach podzielonych + klindamycyna w dawce 8–25 mg/kg m.c./dobę w 3–4 dawkach podzielonych</p>
Alergia na penicylinę	<p>klarytromycyna w dawce 500 mg 2 razy dziennie <i>i.v.</i> + klindamycyna 600 mg 2 razy dziennie <i>i.v.</i></p> <p><i>lub</i></p> <p>ciprofloksacyna w dawce 500 mg 2 razy dziennie <i>i.v.</i> + klindamycyna 600 mg 2 razy dziennie <i>i.v.</i></p>	<p>erytromycyna w dawce 500 mg 2 razy dziennie <i>i.v.</i></p>	<p>erytromycyna 30–50 mg/kg m.c./dobę w dawkach podzielonych</p>

Zalecenia dodatkowe

W związku z unieruchomieniem i ciężką infekcją każdy pacjent leczony z powodu zapalenia tkanki podskórnej powinien dostawać profilaktykę przeciwzrzepową w postaci heparyny drobnocząsteczkowej w dawce profilaktycznej (0,4 ml enoksaparyny raz dziennie s.c. lub 0,4 ml nadroparyny raz dziennie s.c.) w okresie antybiotykoterapii aż do powrotu do sprawności ruchowej.

Wskazane jest codziennie badanie palpacyjne zmienionych chorobowo tkanek w poszukiwaniu organizujących się zbiorników płynowych. W przypadku braku poprawy klinicznej, stwierdzenia objawu chełbotania w zakresie zmiany lub ogniska wzmożonego napięcia niezbędne jest pilne wykonanie badania ultrasonograficznego. W przypadku stwierdzenia ropnia lub zbiornika płynowego konieczne jest leczenie chirurgiczne poprzez nacięcie, ewentualnie punkcję zmiany w celu ewakuacji płynu. Materiał należy poddać badaniu mikrobiologicznemu (jego wynik może służyć do modyfikacji leczenia na antybiotykoterapię celowaną).

Pacjent w ciężkim stanie ogólnym musi mieć regularnie monitorowane parametry stanu zapalnego (CRP, OB, ale również prokalcytonina), parametry nerkowe, wątrobowe oraz elektrolity. Ponadto należy kontrolować bilans płynów i ciepłotę ciała.

W przypadku gorączki wskazane jest stosowanie leków ją obniżających (paracetamol w dawce 10–15 mg/kg m.c. 3–4 razy dziennie, ibuprofen w dawce 3 razy 400 mg u dorosłych lub 30 mg/kg m.c. w 3–4 dawkach podzielonych, metamizol u dorosłych w maksymalnej dawce dobowej 3 g w dawkach podzielonych).

U pacjentów leczonych z powodu zapalenia tkanki podskórnej w zakresie kończyn dolnych i u których obserwuje się utrzymujące się obrzęki należy rozważyć zastosowanie kompresjoterapii w celu poprawy krążenia i redukcji obrzęków. Kompresjoterapię należy stosować także w przypadku utrzymujących się obrzęków po zakończeniu leczenia.



Rycina 3. Róża twarzy

Zdjęcie: Agnieszka Markiewicz



Rycina 4. Róża pęcherzowa twarzy

Zdjęcie: Agnieszka Markiewicz

Powikłania

1. Posocznica – infekcja bakteryjna może rozszerzyć się drogą krwi (bakteriemia) na cały organizm i prowadzić do niewydolności wielonarządowej. Z tego powodu ważne jest szybkie wdrażanie odpowiedniej antybiotykoterapii oraz szczególna selekcja pacjentów w gorszym stanie ogólnym wymagających hospitalizacji.
2. Ropień – w zakresie zmiany o charakterze zapalenia tkanki podskórnej mogą organizować się zbiorniki ropne i płynowe. Wymagają one leczenia chirurgicznego.
3. Martwicze zapalenie powięzi – jest ciężkim z powikłaniem o piorunującym przebiegu. Na podstawie dostępnego piśmiennictwa wydaje się, że może dotyczyć ok. 20% pacjentów z ciężkimi infekcjami paciorkowcem. Częściej występuje u pacjentów starszych, obciążonych chorobami internistycznymi, naczyniowymi, z obniżoną odpornością. Często choroba rozpoczyna się urazem lub po zabiegu chirurgicznym. Dochodzi wtedy do szybko postępującego zapalenia tkanki podskórnej oraz głębokich tkanek aż do powięzi mięśni. Na skórze na podłożu zmian rumieniowych pojawiają się nagle rozległe pęcherze, krwotoczne strupy, a później masywne ogniska martwicy. W badaniu palpacyjnym wyczuwa się trzeszczenia, a pacjent jest w ciężkim stanie ogólnym i zgłasza silne dolegliwości bólowe. Jedyną metodą leczenia jest rozległe chirurgiczne usunięcie objętych martwicą zmian łącznie z antybiotykoterapią. Pacjent wymaga opieki internistycznej, kontroli bilansu płynów i monitorowania parametrów życiowych. Śmiertelność wynosi ok. 20–30%.
4. Owrzodzenie – mogą powstawać wtórnie do ropnia lub ognisk martwicy w zakresie zapalenia tkanki podskórnej. Mogą wymagać wielomiesięcznego leczenia zachowawczego lub chirurgicznego.

Liszajec zakaźny

Czynnik etiologiczny: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* (rzadko).

Objawy

Liszajec zakaźny jest chorobą łagodną zajmującą powierzchowne warstwy skóry. Na początku pojawiają się zmiany w postaci czerwonych plam, na których później pojawiają się drobne pęcherze wypełnione przezroczystą treścią. Treść pęcherzy stopniowo staje się bardziej mętna i zmiany pękają. Pojawiają się nadżerki pokryte żółtymi strupami. Niektóre ze zmian mogą pozostać głównie rumieniowe. Zmiany często zlokalizowane są na twarzy dookoła ust i nosa, a także na rękach.

Różnicowanie

Liszajec zakaźny należy różnicować z opryszczką, wypryskiem, atopowym zapaleniem skóry (tab. 4).

Tabela 4. Diagnostyka różnicowa liszajca zakaźnego

	Liszajec zakaźny	Opryszczka	Wyprysk	Atopowe zapalenie skóry
Morfologia zmian	nadżerki pokryte strupami barwy miodowożółtej	zmiany rumieniowe pokryte pęcherzykami	zmiany rumieniowo-grudkowe ze złuszczeniem, możliwy kształt pieniążkowaty	zmiany rumieniowe, lichenifikacja, możliwe zliszajcowacenie; lokalizacja typowa do wieku
Etiologia	bakteryjna	wirusowa	alergiczny/ z podrażnienia	atopia + alergia
Badania dodatkowe	obraz kliniczny; rzadko wymaz + posiew	obraz kliniczny	testy płatkowe	testy alergiczne (płatkowe, prick, IgE specyficzne)
Wywiad	krótki, częściej u dzieci	objawy prodromalne – świąd, pieczenie, swędzenie; często wywiad wcześniejszych epizodów choroby	wywiad przewlekły, z nawrotowymi zaostrzeniami	wywiad przewlekły, dodatni wywiad rodzinny, cięższy przebieg choroby

Leczenie

Rozpoznanie najczęściej ustala się na podstawie obrazu klinicznego. Można pobrać wymaz do badania mikrobiologicznego, ale nie zaleca się opóźnienia rozpoczęcia leczenia w oczekiwaniu na jego wyniki. Czas leczenia zależny jest od poprawy klinicznej i powinien wynosić 7–10 dni. W większości przypadków wystarczające jest leczenie preparatami miejscowymi (tab. 5.), niekiedy konieczne jest włączenie antybiotykoterapii doustnej (tab. 6.).

Wskazania do leczenia antybiotykiem doustnie:

- > zmiany rozsiane, rozległe,
- > brak poprawy po leczeniu miejscowym (tab. 6.).

W leczeniu liszajca zakaźnego szczególną rolę odgrywają zabiegi mające na celu zmniejszenie ryzyka rozsiewu zmian na zdrową skórę, takie jak:

- > częsta wymiana ręczników,
- > używanie ręczników osobnych dla wszystkich mieszkańców,

Tabela 5. Leczenie miejscowe liszajca zakaźnego

Lek/postać	Dorośli	Kobiety ciężarne	Dzieci
kwas fusydowy (krem/maść)	3–4 razy dziennie przez 7–12 dni	brak badań	3–4 razy dziennie
mupirocyna (krem/maść)	3 razy dziennie przez 7–10 dni	brak badań	3 razy dziennie
retapamulina (maść) wskazana szczególnie przy braku efektu leczenia pozostałymi lekami	2 razy dziennie przez 5 dni	brak badań	(> 9. miesiąca życia) 2 razy dziennie

Tabela 6. Antybiotykoterapia doustna liszajca zakaźnego

Lek/postać	Dorośli	Kobiety ciężarne	Dzieci
amoksycylina z kwasem klawulonowym	2 razy 1000 (875/125) mg p.o. przez 7 dni	2 razy 1000 (875/125) mg p.o. przez 7 dni	25–45 mg/kg m.c./dobę w 2 dawkach podzielonych przez 7 dni
klindamycyna	300–600 mg co 6–7 godzin przez 7 dni	(kat. B) 300–600 mg co 6–7 godzin przez 7 dni (kategoria B)	8–25 mg/kg m.c./dobę w 3–4 dawkach podzielonych
erytromycyna	klarytromycyna 500 mg 2 razy dziennie	erytromycyna 500 mg 2 razy dziennie	erytromycyna 30–50 mg/kg m.c. w dawkach podzielonych



Rycina 5. Liszajec zakaźny kąta oka

Zdjęcie: Agnieszka Owczarczyk-Saczonek



Rycina 6. Zliszajcowacenie zmian skórnych w przebiegu odczynu kontaktowego na farbę do włosów

Zdjęcie: Agnieszka Markiewicz



Rycina 7. Liszajec zakaźny na poślądkach

Zdjęcie: Agnieszka Owczarczyk-Saczonek



Rycina 8. Zliszajcowacenie zmian w przebiegu świerzbu u 16-letniego pacjenta

Zdjęcie: Agnieszka Owczarczyk-Saczonek

- > stosowanie kąpeli odkażających,
- > stosowanie środków dezynfekcyjnych,
- > wycieranie papierowym ręcznikiem.

Niesztowica

Czynnik etiologiczny: *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*.

Objawy

Jest to choroba występująca częściej u dzieci żyjących w krajach tropikalnych. W rejonach uprzemysłowionych można ją spotkać u turystów wracających z rejonów tropikalnych oraz u osób bezdomnych, alkoholików oraz pacjentów obciążonych cukrzycą. Jej pojawienie się jest związane z niedostateczną higieną oraz stanami obniżonej odporności.

Najczęściej zmiany zaczynają się od dużych krost na podłożu rumieniowym. Później zmiany, naciekając głębokie warstwy skóry i tkanki podskórnej, powodują powstawanie licznych owrzodzeń. Zazwyczaj są one zlokalizowane na kończynach dolnych, ale mogą być rozsiane na całym ciele.

Tabela 7. Diagnostyka różnicowa niesztowicy

	Niesztowica	Liszajec zakaźny	Wyprysk rozsiany	Piodermia zgorzelinowa	Zapalenie naczyń
Morfologia	głębokie liczne owrzodzenia z wysztancowanym brzegiem pokryte surowiczo-ropną wydzieliną	zmiany płytke, powierzchowne, pokryte pęcherzykami oraz żółtomiodowym strupem	zmiany rumieniowo-grudkowe ze złuszczeniem, czasem o układzie pieniążkowatym	głębokie owrzodzenie, często pojedyncze, wysztancowany brzeg; objaw patergii	drobne zmiany plamicze, drobne owrzodzenia lub krwotoczne grudki i pęcherze
Badania dodatkowe	wymaz + posiew	obraz kliniczny, rzadko wymaz + posiew	testy alergiczne płatkowe	obraz kliniczny, badanie histopatologiczne	wymagana diagnostyka immunologiczna, ocena zajęcia narządów wewnętrznych, biopsja na badanie histopatologiczne oraz immunohistochemiczne (rozdział 10.).
Wywiad	pacjent w immunosupresji lub zaniedbany higienicznie	częściej dzieci	przewlekły wywiad, świąd skóry	objaw patergii, czasem choroby towarzyszące (nieswoiste zapalenia jelit, choroby hematologiczne, nowotwory)	objawy ogólne, obrzęk i bóle stawów; możliwy początek choroby po infekcji

Różnicowanie

Niesztowicę należy różnicować z liszajcem zakaźnym, wypryskiem rozsianym, piodermią zgorzelinową i zapaleniem naczyń (tab. 7.).

Postępowanie

Wskazane jest pobranie materiału do badania mikrobiologicznego oraz rozpoczęcie antybiotykoterapii empirycznej (później można zmodyfikować na leczenie celowane na podstawie antybiogramu). W związku z możliwością etiologii mieszanej zaleca się stosowanie antybiotyków skutecznych zarówno wobec paciorkowców, jak i gronkowców.

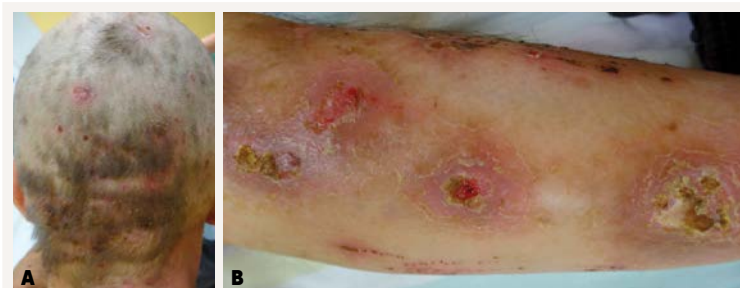
Leczenie zazwyczaj może być prowadzone w warunkach ambulatoryjnych. Jedynie pojedyncze przypadki, w których zmiany są mocno nasilone lub pacjent prezentuje nasilone objawy ogólne, wymagają hospitalizacji.

Leczenie

W tabeli 8. przedstawiono leki stosowane w terapii niesztowicy.

Zalecenie dodatkowe

Wskazane jest stosowanie okładów ze środków dezynfekujących w miejscach zmian skórnych (oktenidyna, chlorheksydyna, microdacyn).



Rycina 9. Niesztowica u 51-letniego bezdomnego w wyniku infestacji świerzbowcem, wszawicą głową i odzieżową na skórze owłosionej głowy, karku (A) oraz podudziu (B)

Zdjęcia: Agnieszka Owczarczyk-Saczonek

Tabela 8. Leki stosowane w terapii niesztowicy

Lek/postać	Dorośli	Kobiety ciężarne	Dzieci
amoksylicyna z kwasem klawulonowym	1000 mg (875–125 mg) 2 razy dziennie przez 7–10 dni	1000 mg (875–125 mg) 2 razy dziennie przez 7–10 dni	25–45 mg/kg m.c./dobę w 2 dawkach podzielonych przez 7 dni
cefuroksym	500 mg 2 razy dziennie	500 mg 2 razy dziennie	
klindamycyna	300–600 mg co 6–7 godzin przez 7 dni	300–600 mg co 6–7 g przez 7 dni (kategoria B)	8–25 mg/kg m.c./dobę w 3–4 dawkach podzielonych

Czyrak, czyrak gromadny, czyraczność

Czynnik etiologiczny: *Staphylococcus aureus*.

Objawy

Zapalenie mieszka włosowego w postaci żółtobiałej krosty z towarzyszącym zapaleniem otaczającej tkanki, tworzący czop martwicy (ryc. 10.). Zmiana jest duża i bolesna. Gdy zmian jest wiele na całym ciele w różnym stadium rozwoju, stan ten nazywa się czyracznością. Gdy zmiana składa się z wielu skupionych czyraków, nazywa się ją czyrakiem gromadnym (karbunkuł). Zmianom skórny zazwyczaj nie towarzyszą objawy ogólne. Gdy jednak obserwuje się gorączkę, podwyższone parametry stanu zapalnego i ogólne złe samopoczucie, należy przeprowadzić diagnostykę w kierunku posocznicy.

Różnicowanie

Zmiany mają charakter typowy, rozpoznanie nie sprawia trudności. Zmiana pojedyncza na kończynach może być podobna do postaci pęcherzowej lub krostowej piodermii zgorzelinowej.

Postępowanie

Zmiany zlokalizowane w określonych miejscach wymagają szczególnej uwagi. Należy rozważyć hospitalizację lub leczenie drogą parenteralną lub co najmniej częstsze kontrole u pacjentów:

- > u których zmiany zlokalizowane są w środkowej części twarzy (ryzyko wystąpienia zakrzepicy zatoki jamistej),
- > u których zmiany zlokalizowane są na wardze górnej,
- > u których stwierdzono objawy ogólne.



Rycina 10. Czyrak w okolicy podżuchwowej u mężczyzny

Zdjęcie: Agnieszka Markiewicz

We wszystkich przypadkach niezbędna jest antybiotykoterapia, najlepiej na podstawie antybiogramu (tab. 9.). Postępowanie w przypadku konieczności stosowania antybiotykoterapii parenteralnie przedstawiono w tabeli 10.

Tabela 9. Antybiotyki stosowane w przypadku czyraczności

Lek/postać	Dorośli	Kobiety ciężarne	Dzieci
amoksycylina z kwasem klawulonowym*	1000 mg (875–125) mg 2 razy dziennie	2 razy 1000 (875/125) mg przez 7 dni (kategoria B)	25–45 mg/kg m.c./dobę w 2 dawkach podzielonych przez 7 dni
cefuroksym*	500 mg 2 razy dziennie	500 mg 2 razy dziennie (kategoria B)	cefuroksym 30–100 mg/kg m.c./dobę w dawkach podzielonych
klindamycyna	300–600 mg co 6–8 godzin przez 7 dni	300–600 mg co 6–7 g przez 7 dni (kategoria B)	8–25 mg/kg m.c./dobę w 3–4 dawkach podzielonych

*w cięższych przypadkach do rozważenia leczenie łącznie z klindamycyną

Tabela 10. Antybiotykoterapia w przypadku konieczności stosowania jej parenteralnie

Dorośli	Kobiety ciężarne	Dzieci
amoksycylina z kwasem klawulonowym 2 razy (1000 mg + 200 mg) <i>i.v.</i> <i>lub</i> cefuroksym 2 razy 500 mg <i>i.v.</i>	cefuroksym 2 razy 500 mg <i>i.v.</i> <i>lub</i> w przypadku konieczności amoksycylina z kwasem klawulonowym 2 razy 1000 + 200 mg <i>i.v.</i>	amoksycylina z kwasem klawulonowym 25 + 5 mg/kg m.c. w 3 dawkach podzielonych

Piśmiennictwo

- Bologna J.L., Schaffer J.V., Cerroni L. *Dermatology*. Elsevier 2017.
- Bonnetblanc J.M., Bédane C. Erysipelas: recognition and management. *Am J Clin Dermatol* 2003; 4: 157–163.
- Burgdorf W.H.C., Plewig G., Wolf H.H., Landthaler M. Branun-Falco *Dermatologia*. Czelej, Lublin 2011.
- Charakterystyki Produktu Leczniczego wszystkich wymienionych antybiotyków.
- Hartman-Adams H., Banvard C., Juckett G. Impetigo: Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician* 2014; 90: 229–235.
- Konsensus Brytyjskiego Towarzystwa Limfologicznego (British Lymphology Society – BLS) dotyczący postępowania z zapaleniem tkanki łącznej (Cellulitis) w obrzku limfatycznym.
- Kwak Y.G., Choi S.H., Kim T. Clinical Guidelines for the Antibiotic Treatment for Community Acquired Skin and Soft Tissue Infection. *Infect Chemother* 2017; 49: 301–325.
- Russo A., Concia E., Cristini F. Current and future trends in antibiotic therapy of acute bacterial skin and skin-structure infections. *Clin Microbiol Infect* 2016; 22 Suppl 2: S27–36.
- Sunderkötter C, Becker K. Frequent bacterial skin and soft tissue infections: diagnostic signs and treatment. *J Dtsch Dermatol Ges* 2015; 13: 501–524.
- Teng C.S., Lo W.T., Wang S.R. The role of antimicrobial therapy for treatment of uncomplicated skin and soft tissue infections from community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in children. *J Microbiol Immunol Infect* 2009; 42: 324–328.



Książka powstała w odpowiedzi na potrzeby młodych lekarzy, stawiających pierwsze kroki na dyżurach dermatologicznych i w poradniach, pracujących w ośrodkach pomocy doraźnej i podstawowej opieki zdrowotnej. Na podstawie aktualnej wiedzy i własnych doświadczeń stworzyliśmy praktyczne kompendium omawiające najczęstsze problemy kliniczne spotykane w codziennej praktyce, z którymi sami musimy się mierzyć.

dr hab. n. med. **AGNIESZKA OWCZARCZYK-SACZONEK Z ZESPOŁEM**
Katedry Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii
Klinicznej na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.

