

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

## КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ ЛЕЧЕНИЯ

### ИМПЕТИГО

#### I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1. Название протокола: Импетиго.

2. Код протокола:

3. Код (коды) МКБ 10:

L 01 Импетиго.

4. 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;

5. Дата разработки/пересмотра протокола: 2015 год.

6. Категория пациентов: дети, взрослые.

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

#### II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Оценка на степень доказательности приводимых рекомендаций.

Шкала уровня доказательности:

Шкала уровня доказательности:

А	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или
---	---

	крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
В	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.
С	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.
Д	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование, или мнение экспертов.
GPP	Наилучшая фармацевтическая практика.

## 8. Определение: [1,2].

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 покрышка более плотная, они быстро мутнеют и не имеют красного венчика.

## 9. Клиническая классификация [1,2]:

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

## 10. Показания к госпитализации с указанием типа госпитализации:

**Показания к экстренной госпитализации:** нет.

**Показания к плановой госпитализации:** нет.

## 11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий:

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

- ОАК;

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

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

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

**12. Диагностические критерии постановки диагноза [1,2,3,4]:**

**12.1 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.

**12.2. 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).

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

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

**12.4 Инструментальные исследования: нет.**

**12.5 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.

## 12.6 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, характеризуются
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
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.

## 13. Цели лечения [1,2]:

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

## 14. Тактика лечения:

### 14.1 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.

### 14.2. Медикаментозное лечение:

#### 14.2.1. 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.
- Фукорцин, 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) + окситерациклина 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, лимфангит).

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.

**14.2.2 Медикаментозное лечение, оказываемое на стационарном уровне: нет.**

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

**14.3. Другие виды лечения: нет.**

**14.4. Хирургическое вмешательство: нет.**

**14.5. 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.

**14.6. Дальнейшее ведение**

- Диспансерный учет по месту жительства у дерматолога.

**15. Индикаторы эффективности лечения:**

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

### **III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:**

#### **16. 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».

**17. Указание на отсутствие конфликта интересов:** нет.

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

**19. 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.

#### **20. Список использованной литературы:**

- 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.