

СОГМА, кафедра дерматовенерологии

ПИОДЕРМИИ

доц. Бетрозов В.Т.

2016

Пиодермии (П, гнойничковые болезни кожи pyon - гной + derma - кожа)

- группа дерматозов, в основе которых лежит гнойное воспаление кожи, её придатков, вызываемых, главным образом, гноеродными кокками стрепто- и стафилококками.

Частота пиодермий (П)

- Среди дерматозов П занимают 1 место.
- П составляют 30-40% всей кожной патологии у лиц трудоспособного возраста.
- У детей частота П среди дерматозов составляет 25-60%.



Стафилококки. В роду различают более 20 видов стафиллококков, среди которых на коже наиболее часто встречаются *St. Aureus*, затем *St. hemolyticus*, *St. epidermidis*.

Патогенные свойства стафилококков определяются их способностью в процессе жизнедеятельности вырабатывать токсины, ферменты и др. биоактивные в-ва.

Стрептококки – грамположительные аэробные и факультативно анаэробные бактерии.

Наиболее частым возбудителем пиодермии у человека является *β-гемолитический стрептококк*.

П могут вызвать также синегнойная палочка, вульгарный протей, кишечная палочка, грибы, пневмококки, гонококки и др. микроорганизмы.

ПАТОГЕНЕЗ ПИОДЕРМИЙ

Пиодермии возникают

первично и

вторично (как осложнение других заболеваний).

Необходимые условия для возникновения П:

1. Значительное уменьшение сопротивляемости кожи и иммунитета.
2. Значительное повышение вирулентности сапрофитов и массивность инфицирования.

Экзогенные факторы, способствующие возникновению П:

1. Простудный фактор и перегревание (особенно у детей)
2. Повышенное потоотделение и мацерация кожи (нерациональное пеленание)
3. Сухость кожи, трещины
4. Микротравматизм - порезы, ссадины, расчёсы
5. Ожоги 2 и 3 степени являются воротами инфекции
6. Различные загрязнения, в том числе профессиональные (уголь, известь, цемент, смазочные в-ва).
7. Смещение pH в щелочную сторону

Эндогенные способствующие факторы:

1. Нарушение различных видов обмена:
 - чаще углеводного (сахарный диабет),
 - белкового,
 - электролитного и др.
2. Наличие тяжёлых соматических заболеваний
3. Нарушенное питание (голодание, дефицит белков, γ -глобулинов).
4. Нарушение витаминного баланса (гипо- и авитаминозы А, С).
5. Функциональные нарушения ЦНС, переутомление. Порой достаточно сменить обстановку и болезнь заметно регрессирует.
6. Снижение активности гипофизарно-надпочечниковой системы.
7. Острые и хр. истощающие болезни и кишечные интоксикации.
8. Персистирующие очаги стафилококковой инфекции в различных органах и тканях.
9. Заболевания пищеварительных органов (в том числе дисбиотические нарушения в кишечнике, очаги хр. гнойной инфекции).

Все патологические изменения в макроорганизме обуславливают недостаточность иммунной системы: угнетение фагоцитарной активности лейкоцитов, нарушение Т- и В-клеточной системы иммунитета.

- *Характерна более высокая контагиозность* стафилококков для новорожденных и стрептококков у детей дошкольного и младшего школьного возраста.
- *Источники инфекции:*
больные пиодермией,
собственная микрофлора кожи,
очаги хр. инфекции в организме.
- *Заражение кожи происходит экзогенно и эндогенно.*

При экзогенном пути инфекционный агент попадает на кожу из окружающей среды.

Входными воротами служат:

- сально-волосистой аппарат,
- протоки потовых желёз,
- микротравмы эпидермиса.

Эндогенный путь:

гематогенно,
лимфогенно и

аутоинокулятивно.

Частота П у детей объясняется анатомо-физиологическими особенностями их кожи:

1. Повышенной влажностью, рыхлостью и нежностью рогового слоя эпидермиса
2. Лабильностью коллоидно-химического состояния
3. Высокой абсорбционностью и несовершенством физиологических барьеров.

Особенности патогенеза П у детей:

1. Низкий титр антитоксинов крови.
2. Высокий уровень токсина эксфолиатина, вызывающего отслойку эпидермиса и образование пузырей.

Аллергия и иммунитет.

У больных, страдающих П, значительно изменяется реактивность организма.

В процессе развития болезни наблюдается сенсibilизация организма к пиококковой инфекции, что можно установить при помощи внутрикожных проб с соответствующей вакциной или анатоксином.

К периоду выздоровления сенсibilизация сменяется кратковременным, нестойким иммунитетом.

КЛАССИФИКАЦИЯ ТИОДЕРМИТОВ

Единой классификации нет, предлагаются нижеследующие:

1. ПО ЭТИОЛОГИЧЕСКОМУ ФАКТОРУ:

Стафилококковые:

- остиофолликулит (импетиго Бокхарта),
- фолликулит,
- фурункул, фурункулёз,
- карбункул,
- гидраденит,
- сикоз вульгарный.

Детские стафилодермии:

- эпидем. пузырьчатка новорожденных,
- эксфолиативный дерматит Риттера,
- везикулопустулёз,
- множеств. абсцессы у детей (псевдофурункулёз Фингера),

Стрептококковые:

- импетиго Фокса (1-2-3 мм):
 - буллёзное (2-3 см),
 - щелевидное (заеда),
 - импетиго ногтевых валиков
(поверхностный панариций, турниоль),
 - папуло-эрозивная стрептодермия,
 - простой лишай (сухая стрептодермия, белый лишай).
- Интертригинозная стрептодермия,
- эктима вульгарная,
- острая и хроническая диффузная стрептодермия,
- рожа.

Смешанные (стрепто-стафилодермии):

- стрепто-стафилококковое (вульгарное) импетиго
- хр. язвенно-вегетирующая П,
- ботриомикомма (пиогенная гранулёма),
- шанкриформная П,
- гангренозная П.

2. ПО ГЛУБИНЕ ПОРАЖЕНИЯ:

- поверхностные и
- глубокие.

3. ПО ТЕЧЕНИЮ:

- острые и
- хронические.

4. ПО ОТНОШЕНИЮ К ВОЛОСУ:

- фолликулярные и
- не фолликулярные.

5. ПО РАСТПРОСТРАНЁННОСТИ:

- ограниченные и
- диффузные.

6. ПЕРВИЧНЫЕ И ВТОРИЧНЫЕ.

СТАФИЛОДЕРМИИ

ПРИЗНАКИ СТАФИЛОДЕРМИЙ:

- в центре гнойничка имеется волос.
- Поражаются сальные и потовые железы.
- Гнойнички имеют коническую или полушаровидную форму, их стенки толстые, напряжённые.
- Содержимое - густой гной жёлто-зелёного цвета.
- Не контагиозны
(кроме эпидем. пузырчатки новорожденных).

Остиофолликулит



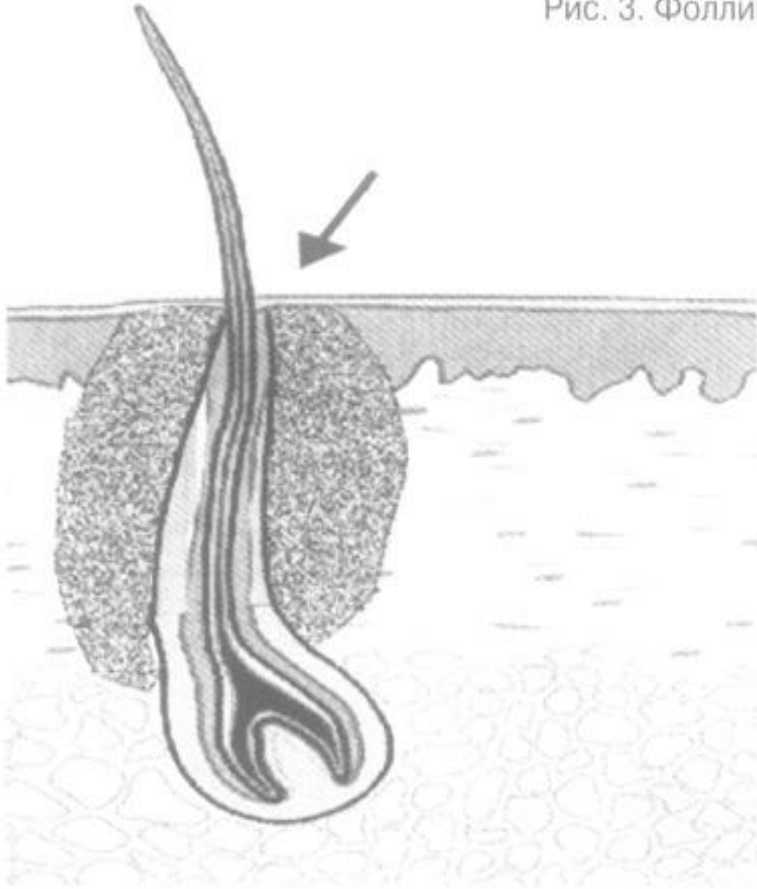
В устье волосяного фолликула формируются желтовато-белые пустулы, величиной от булавочной головки до просяного зерна; в центре пронизаны волосом и окаймлены венчиком гиперемии.

Через 2-3 дня пустула сохнет в корочку, которая вскоре отпадает, не оставляя следа. Могут быть одиночными и множественными.

Иногда пустула увеличивается до размеров
крупной горошины (импетиго Бокхарта)



Рис. 3. Фолликулит.



Фолликулит – воспаление всего волосяного фолликула.

Характеризуется высыпанием болезненных узелков розово-красного цвета величиной от горошины до лесного ореха.

В центре узелка может наблюдаться пустула, пронизанная волосом. Через 5-7 дней пустула высыхает с образованием желтоватой корочки.

Угревая
болезнь



Фолликулиты поверхностные и глубокие



DOIA

(c) University Erlangen,
Department of Dermatology



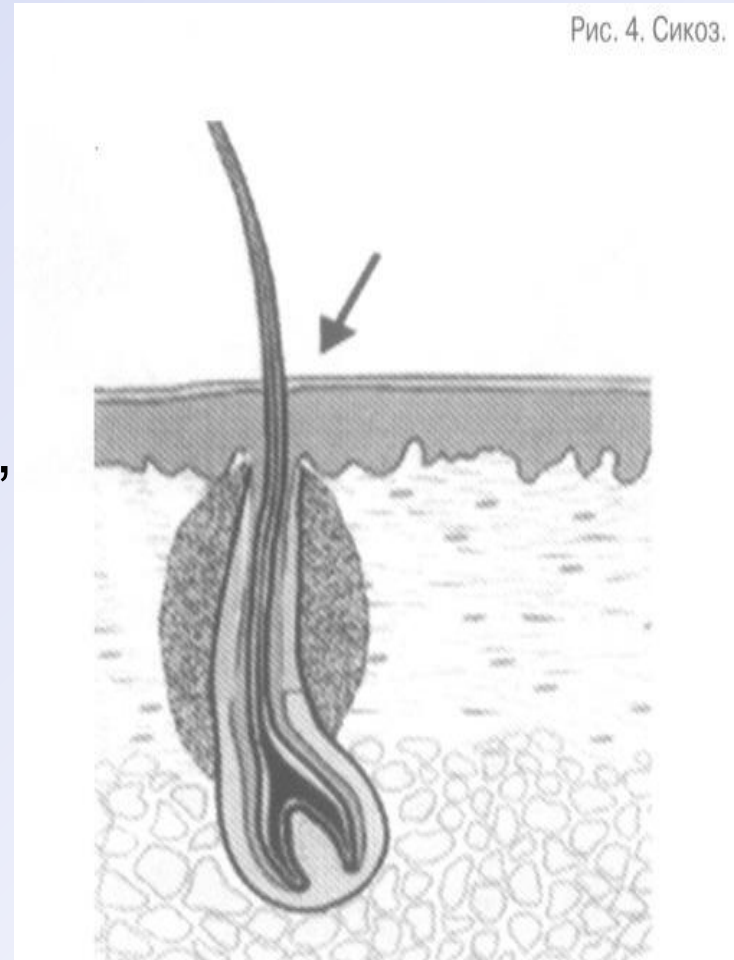
Фолликулиты



(c) University Erlangen,
Department of Dermatology
Phone: (+49) 9131- 85 - 2727

Сикоз вульгарный (стафилококковый)

- хроническая беспрерывно рецидивирующая стафилодермия с характерной локализацией в области щетинистых волос бороды и усов (реже бровей, лобка и волосистой части головы), сопровождающаяся постепенно нарастающей инфильтрацией и уплотнением кожи поражённых участков.





Сикоз вульгарный
наблюдается исключительно
у мужчин.

Начинается заболевание
с появления фолликулярных
пустул (остиофолликулитов
и фолликулитов).
Постепенно вокруг поражённых
фолликулов развивается
реактивное воспаление с
образованием разлитого
дермального инфильтрата.



На поверхности очага формируются гнойные корки.

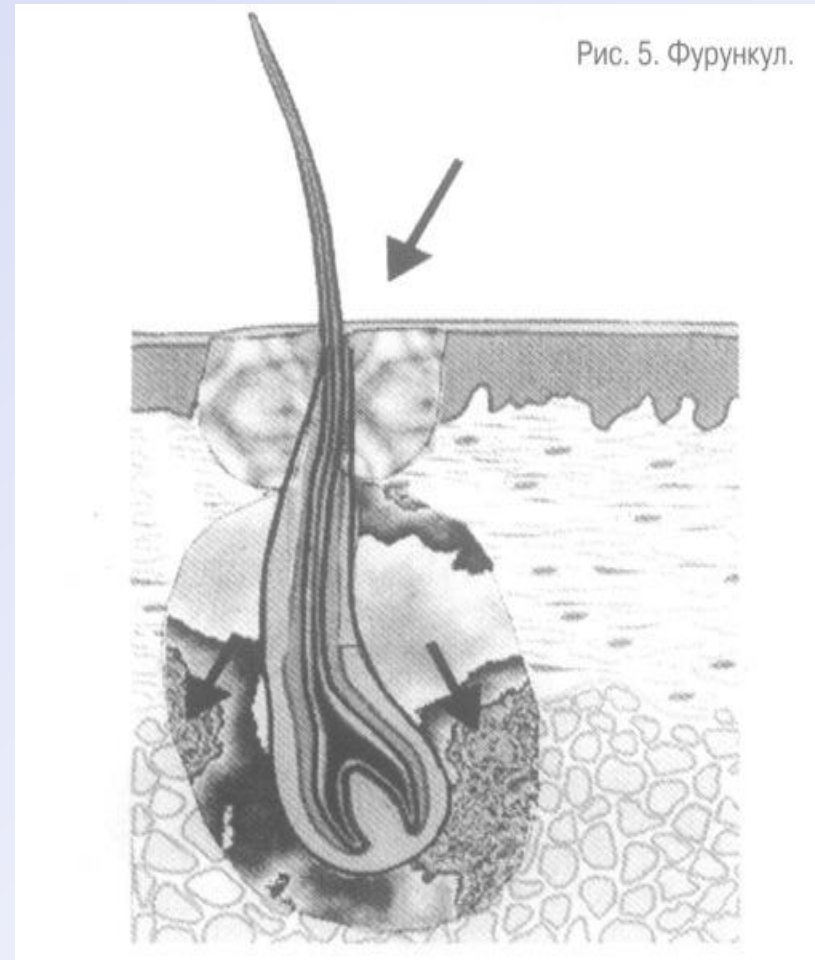
В результате появления новых пустул вокруг очага последний медленно разрастается по периферии.
После разрешения рубцов не остаётся.



Вульгарный сикоз

ФУРУНКУЛ

- острое гнойно-некротическое воспаления волосяного фолликула, окружающих тканей и сальной железы.
- Началом фурункула служит или остиофолликулит, или небольшой воспалительный узелок, пронизанный волосом.
- Через 1–2 дня формируется воспалительный узел; который быстро увеличивается в размерах, Имеет конусообразную форму,
- Он возвышается над уровнем кожи, резко болезнен при пальпации, некроз в центре.





DOIA

(c) University Erlangen,
Department of Dermatology



(c) University Erlangen,
Department of Dermatology
Phone: (+49) 9131-85-2727

Фурункул

Через несколько дней
плотность узла уменьшается,
он размягчается в
центральной части.

Затем узел вскрывается
с выделением гнойного
некротического стержня
зеленоватого цвета,
и образуется язва.



DOIA

(c) University Erlangen,
Department of Dermatology



Субъективные и
объективные явления,
как правило, после
удаления стержня
быстро исчезают.

Язва заживает путём
рубцевания.

Обычно весь цикл
развития фурункула
занимает 8-10 дней

Фурункулёз (множественные фурункулы)



(c) University Erlangen,
Department of Dermatology
Phone: (+49) 9131 - 85 - 2727

Карбункул

- конгломерат фурункулов диаметром 5 – 10 см, разлитое гнойно-некротическое воспаление глубоких слоёв дермы и гиподермы с вовлечением в процесс нескольких соседних волосяных фолликулов.

Развитие карбункула связано, с одной стороны, с высокими вирулентными и патогенными свойствами стафилококков, с другой – с выраженным влиянием эндогенных предрасполагающих причин.

Карбункулы, как правило, бывают одиночными и чаще всего локализуются на коже затылка, спины, поясницы.

Почти всегда отмечаются изменения общего состояния организма, которые проявляются ознобом, повышением температуры тела, головной болью.



DOIA

(c) University Erlangen,
Department of Dermatology
Phone: (+49) 9131-85-2727



У истощенных и ослабленных больных возможно развитие сепсиса.

Течение карбункула может усугубляться осложнениями.



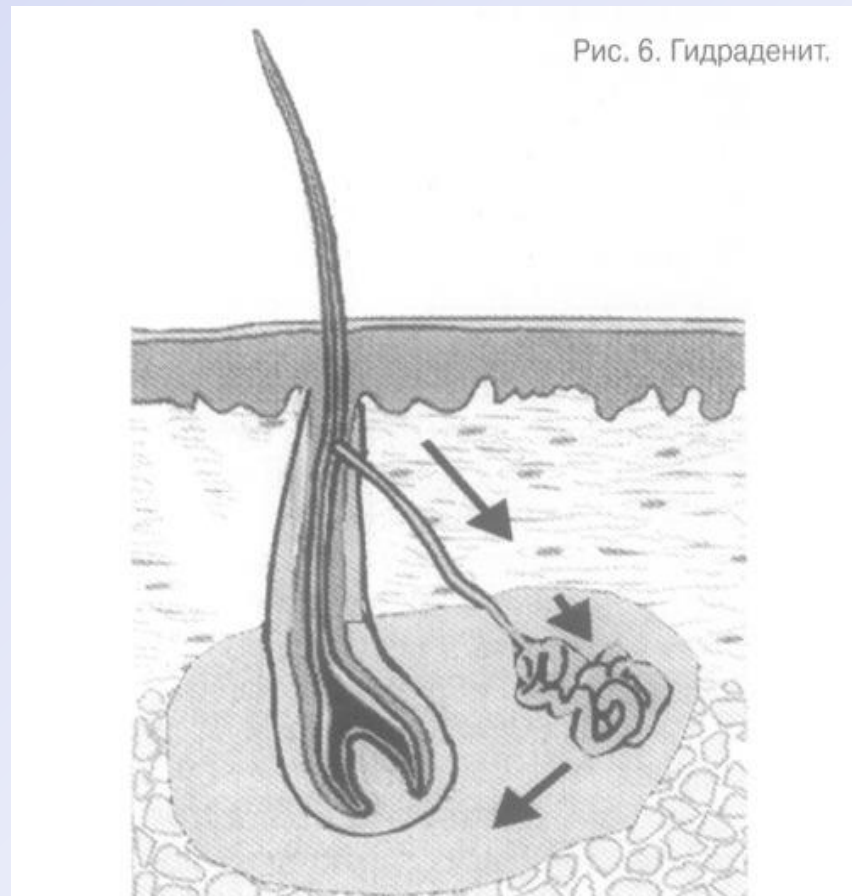
(c) University Erlangen,
Department of Dermatology
Phone: (+49) 9131-85-2727



Карбункул

Гидраденит – острое гнойное воспаление апокриновых потовых желёз в области подмышечных впадин, пупка, лобка, молочных сосков, вокруг анального отверстия, в паховой области и на мошонке.

В начальной стадии возникает **узел**, нередко достигающий размеров куриного яйца, кожа над которым окрашена в багрово-красный цвет.





- Через 4-5 дней узел размягчается, вскрывается и из него выделяется большое количество гноя.
- Иногда повышается температура тела.
- В отличие от фурункула гнойно-некротический стержень не образуется.
- После заживления остаётся небольшой втянутый рубец.

Гидраденит

(c) University Erlangen,
Department of Dermatology
Phone: (+49) 9131- 85 - 2727

Более часто и тяжело протекает гидраденит в области подмышечных впадин, где особенно легко наступает обсеменение стафилококками окружающей кожи и появляются свежие очаги поражения.



Стафилодермии у детей

Эпидемическая пузырчатка новорожденных.

- Заболевание возникает в течение 3-10 дней от момента рождения.
- Заболевание очень контагиозно, развивается остро.
- Заражение может происходить от медицинского персонала, от матери, от других новорожденных при инфекции пуповины.
- Для заболевания характерно тяжёлое состояние (повышение температуры тела, вялость, слабость, беспокойство, плохой сон, потеря аппетита),
- Поражается кожа (область пупка, живот, грудь, спина, ягодицы, конечности) и слизистые оболочки (рот, нос, глаза, гениталии).



- Типичными элементами поражения являются **пузыри с серозным содержимым**.
- Высыпание новых пузырей происходит приступообразно в первые 2 недели жизни по периферии основных очагов поражения.
- В тяжёлых случаях могут развиваться стафилококковые отиты, пневмонии, диспепсические явления, сепсис.

В этих случаях прогноз для жизни может быть сомнительным.

- Дифференцируют эпидемическую пузырчатку новорожденных с сифилитической.

сифилитическая пузырчатка



Эксфолиативный дерматит Риттера (синдром «обваренной кожи»)

- Эксфолиативный дерматит Риттера является тяжёлой формой пузырчатки новорожденных.
- Процесс начинается в области подбородка и прилежащих участков щёк образованием яркой эритемы и крупных напряжённых сферических пузырей, затем распространяется далее.

На поражённых участках развиваются обширные мокнущие эрозии, мацерация.

- Наблюдается положит. симптом Никольского (отслойка эпидермиса на видимо здоровой коже).
- Состояние очень тяжёлое.
- Осложнения: пневмонии, гнойный конъюнктивит, нефрит и др.



Рис. 3. Синдром стафилококковой обожженной кожи

Дерматит Риттера



Везикулопустулёз (перипорит).

- Распространенное доброкачественное заболевание новорожденных в первые дни жизни.
- Как правило, развивается из потницы.
- Представляет собой **воспаление устья мерокринной потовой железы**, где возникают **небольшие пустулы, окружённые гиперемизированным ободком**.
- Заболевание носит диссеминированный характер, локализуется в области груди, спины, головы, шеи, бедер.
- Диагноз особых затруднений не представляет.



Везикулопустулёз



Псевдофурункулёз Фингера (множественные абсцессы у детей).

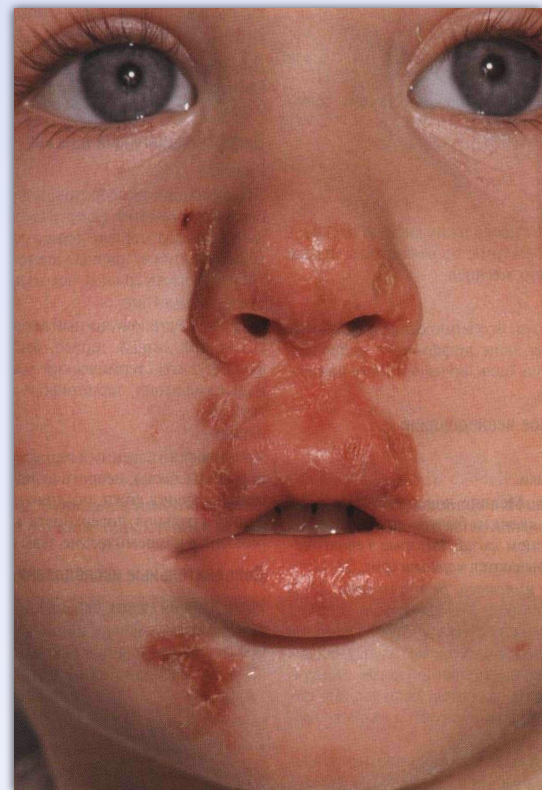
- Воспаление всей мерокринной потовой железы чаще у недоношенных детей.
- Поражается задняя поверхность тела – голова, спина, ягодицы, бедра.
- Образуются многочисленные плотные узлы с последующей флюктуацией, вскрытием, рубцеванием.
- Нередко отмечается регионарный лимфаденит, полиаденит.
- Заболевание может осложниться флегмонами, сепсисом, прогноз не всегда благоприятный.

Псевдофурункулёз Фингера



СТРЕПТОДЕРМИИ

- Поражается в основном гладкая кожа.
- Обычно носят поверхностный характер.
- Контагиозны
- Бывают: первичными, вторичными, поверхностными и глубокими
- Придатки кожи не поражаются
- Основным **первичным элементом** является фликтена:
 - вялый пузырь с серозным содержимым и склонностью к периферическому росту;
 - она быстро вскрывается, образуя эрозию, либо покрывается коркой.



Варианты стрептококкового импетиго:

- **стрептококковое импетиго (Фокса)** – нефолликулярная фликтена на гиперемизированном основании; локализация: лицо, боковые поверхности туловища, конечности;
- **буллёзное импетиго** размером с лесной орех на тыле кистей, реже – на стопах и голени;
- **щелевидное импетиго** (ангулярный стоматит, заеда): углы рта, глаз, у крыльев носа;
- **поверхностный панариций** (турниоль) – поражаются околоногтевые валики в виде подковы на воспалённом основании;
- **папуло-эрозивная стрептодермия** – развивается преимущественно у детей грудного возраста. Локализация: кожа ягодиц, половых органов, бедер. На поверхности папул возникают быстро вскрывающиеся фликтены, имеющие в основании плотный инфильтрат.

Стрептококковое импетиго





<http://dermis.net>

Щелевидное импетиго (заеда)

Буллезное импетиго



Эктима вульгарная.

Заболевание начинается с появления на коже нижних конечностей фликтены с серозным или серозно-гнойным содержимым, которое в течение нескольких дней сосыхается в корку, под которой выявляется глубокая язва с отёчными воспалёнными мягкими краями.

В течение 2–4 недель язва рубцуется. Фактором риска служат хр. заболевания и зудящие дерматозы.



Эктима вульгарная (стрептококковая)

Интертригинозная стрептодермия (стрептококковая опрелость)

- Появляется в области складок в виде сплошных эрозированных мокнущих поверхностей ярко-розового цвета с фестончатыми границами.
- Характерны отсевы, трещины.

Простой лишай (белый лишай)

- Сухая разновидность стрептококкового импетиго, локализуется на лице и конечностях.
- Появляются овальные четко отграниченные пятна беловатого или розового цвета с мелкими чешуйками.
- Наблюдается так называемый симптом скрытого шелушения.
- Может разрешаться под влиянием солнечных лучей.
- Болезнь появляется весной и осенью.

Острая диффузная стрептодермия

- Острое очаговое поражение кожи.
- Чаще встречается у взрослых.
- Процесс обычно локализуется на голенях.
- Возникающие фликтены дольше сохраняются; они увеличиваются и сливаются.
- Образуются диффузные очаги поражения.
- Воспаление имеет серозный характер,
- Образовавшиеся эрозии имеют венчик отслоившегося эпидермиса.
- Очаги отёчны, гиперемированы, мокнут, покрыты серозными корками, растут по периферии.



• Диффузная стрептодермия

СМЕШАННЫЕ ТИОДЕРМИИ
импетиго вульгарное,
(стрепто-стафилококковое)

Фолликулиты

Фликтены





Вульгарное
импетиго



Язвенно-
вегетирующая
пиодермия у
больной
сахарным
диабетом

Гангренозная пиодермия



DOIA



(c) University Erlangen,
Department of Dermatology
Phone: (+49) 91 31 - 85 - 2727



(c) University Erlangen,
Department of Dermatology
Phone: (+49) 91 31 - 85 - 2727



**Пиогенная
гранулёма
(ботриомикома)**

Шанкриформная пиодермия



ДИАГНОСТИКА ПИОДЕРМИЙ

1. Диагностика основывается на данных анамнеза и клинической картины.
2. Бактериологические методы исследования: производят забор материала из очага поражения с последующим посевом с целью выделения этиологически значимых микроорганизмов и определения бактериограммы.
3. Дифференциальную диагностику проводят с сиф. гнойничками, васкулитами, туберкулёзом, лейшманиозом, чесоткой, «глубокой» трихофитией, опухолями и др.

ЛЕЧЕНИЕ ПИОДЕРМИЙ

Лечение ПТ заключается в применении этиологических и патогенетических средств в соответствии с индивидуальной реактивностью, переносимостью и чувствительностью микрофлоры к назначаемым средствам с учётом глубины и распространённости.

При острых поверхностных пиодермиях (различные импетиго) назначают только местное антибактериальное лечение, т.к. они довольно быстро поддаются наружному лечению и не требуют общего лечения.

В то же время при глубоких, хронических и рецидивирующих формах необходимо комплексное лечение.

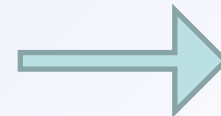
В НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ необходимо соблюсти 3 принципа:

1. **Эвакуация гноя и гнойных корок**

(со вскрытием пустул).

2. **Туалет окружающей здоровой кожи** дезинфицирующими средствами (3-5%: борным, камфорным, левомецетиновым, 2% салициловым и др. спиртами).

3. **Антимикробное лечение** в очаге поражения:



тушированием антисептическими р-рами: 2% бриллиантового зеленого или метиленовой сини, фукорцином, жидкостью Кастеллани (с фуксином или без такового) и последующим нанесением дезинфицирующих паст (5-10% левомицетиновая, паста Лассара, цинк-нафталановая и др.) или применением антибактериальных мазей (эритромициновая, тетрациклиновая, линкомициновая, бактробан, гентамициновая и др.

Мазевые препараты комбинированного состава – левомиколь и ируксол (содержат хлорамфеникол), тридерм (гентамицин), гиоксизон (окситетрациклина гидрохлорид).

При мокнутии, эрозиях назначают прижигания анилиновыми красителями или 3% KMnO_4 .

При наличии корок применяют эмульсии, мази для их размягчения. Эпителизация идёт под корками.

Лечение язвенных пиодермий строго индивидуально.

Для отторжения некротического стержня, очистки дна язв от некротических масс применяют обработку перекисью водорода, повязки с гипертоническим р-ром хлорида натрия, мази с протеолитическими ферментами.

Затем накладывают мази с антибиотиками.

ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ПИОДЕРМИЙ

Антибиотики являются основными этиотропными действующими веществами.

Лечение начинают с выбора антибиотиков на основании бактериологического исследования на чувствительность к ним.

Стафилококки характеризуются высокой чувствительностью к большинству антибактериальных препаратов (β -лактамам, аминогликозидам, фторхинолонам, макролидам, линкозамидам, тетрациклинам, хлорамфениколу, фузидиевой кислоте и рифампицину).

Курсовая доза зависит от тяжести и давности заболевания, длительность лечения составляет от 7 до 21 дня и более.

Сульфаниламиды являются резервными, используются редко вследствие возможных токсико-аллергических осложнений и недостаточной эффективности антибиотиков.

Иммунотерапия назначается тем больным, у которых ремиссия короче 3 месяцев, желательно применить после определения показателей иммунитета:

Специфическая иммунотерапия:

- вакцины (стафилококковая и стрептококковая),
- сыворотки, плазма (однотипная).
- Стафилококковые:
 - антифагин - п\к детям от 6 мес - до 7 лет по 0,1 мл ежедневно, старше 7 лет начать с 0,2 мл и ежедневно увеличивать на 0,1 мл, 8 дней.
 - Анатоксин очищенный - 7 инъекций с интервалом 2 дня в нарастающих дозах: 0,1-0,3-0,5-0,7-0,9-1,2- и 1,5 мл
 - Бактериофаг вводят в\к, п\к или в\м в дозе 0,1 - 2,0 мл через 1-3 дня в зависимости от реакции на предыдущую инъекцию.
- Стрептококковый бактериофаг жидкий вводят п\к или в\м в дозах 0,5 - 1,0 - 1,5 - 2,0 мл через 3-4 дня. Последующая инъекция вводится не ранее угасания местной реакции.
- Иммуноглобулины: антистафилококковый человеческий:
 - в лёгких случаях 100 МЕ в сутки, при генерализованной инфекции 5 МЕ на 1 кг массы тела в сут, № 3-5 ежедневно (или через день).

Неспецифические иммунные:

- Ликопид, пирогенал, продигиозан, нуклеинат натрия.
- Синтетические иммуномодуляторы: диуцифон, иммунофан, метилурацил, полиоксидоний, тимоген;
- Тимические пептиды и миелопептиды:
тактивин, тималин, миелопид;
- Аутогемотерапия, гемотрансфузии.

Ангиопротекторы. В лечении больных фурункулёзом, хронической пиодермией невозможно обойтись без препаратов, воздействующих на микроциркуляцию кожи.

Чаще используют трентал, теоникол, никотинат натрия.

Системные ретиноиды - в случаях келоидных акне, абсцедирующего фолликулита и перифолликулита головы:
Изотретиноин 0,5-1,0 мг\кг\сут в течение 3-4 мес.

Гепатопротекторы обусловлены патогенетически (эссенциале-ф орте, легалон, силибор, гептрал, Лив-52).

Ферментные препараты (ф естал, мезим-ф орте и др.).

Витамины группы А, В, поливитамины.

Кортикостероиды.

При лечении хр. пиодермий, особенно глубоких (хр. язвенная, язвенно-вегетирующая, гангренозная), назначают преднизолон в дозе 15-20-40 мг/сут течение 15-20 дней с последующим снижением дозы каждые 5 дней до полной отмены.

Цитостатики:

проспидин 100 мг 1 раз в сут (на курс 2,0-3,0 г) или метотрексат, который вводят по 50 мг 1 раз в неделю в/м (2-3 инъекции на курс).

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ рекомендуется только в стадии флюктуации при глубоких пиодермиях.

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ

УФО - обладает подсушивающим, антибактериальным действием, стимулирует местный иммунитет.

Чаще рекомендуется при поверхностных формах пиодермии.

УВЧ - токи ультравысокой частоты.

Разрушают патологическую ткань, стимулируют жизнедеятельность нормальной ткани и фагоцитоз, оказывают бактерицидное действие.

Применение УВЧ при инфильтративной стадии гидраденита может купировать патологический процесс.

Ультразвук оказывает противовоспалительное, обезболивающее действие, стимулирует крово- и лимфообращение, улучшает трофику нервной ткани, губительно действует на стафилококк.

Электрофорез с антибиотиками.

Лазеротерапия.

Симптоматическая терапия

назначается по показаниям и включает:

- дезинтоксикационные,
- жаропонижающие,
- обезболивающие,
- противовоспалительные,
- гипосенсибилизирующие препараты и др.

ПРОФИЛАКТИКА ПИОДЕРМИЙ

Различают:

первичную профилактику для лиц, ранее не болевших гнойничковыми заболеваниями кожи, и

вторичную, которая направлена на предупреждение рецидивов у больных с хр. формами пиодермии.

Первичная профилактика включает систематические осмотры лиц, подверженных частым микротравмам и проведение санитарно-технических мероприятий:

- борьба с запылённостью, загазованностью;
- герметизация производственных процессов;
- вентиляция;
- проветривание;
- влажная уборка;
- оптимальный температурный режим;
- профилактика микротравматизма;
- спецодежда со спец. пропитками, антимикробное белье;
- наличие душевых.

Лечебно - профилактические мероприятия:

- учёт больных;
- медицинские проф. осмотры;
- медико-санитарный инструктаж;
- диспансеризация больных;
- обучение оказанию первой самопомощи и взаимопомощи;
- санация носителей инфекции.

Индивидуальная профилактика:

- закаливание;
- соблюдение личной гигиены;
- обработка микротравм;
- применение защитных мазей, паст, мыл, кремов, моющих средств;
- лечение сопутствующих заболеваний.

