

ПИОДЕРМИТЫ. СТАФИЛОДЕРМИИ.

Выполнила ординатор 1го года
Малюшина Елена

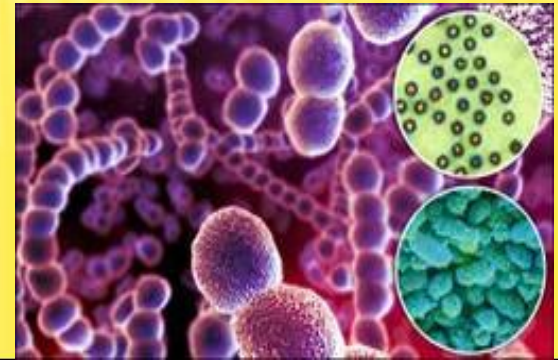
ПИОДЕРМИТЫ (ОТ ГРЕЧ. ΡΥΟΝ - ГНОЙ)-

- ❑ Это гнойничковые заболевания кожи; занимают первое место среди всех дерматозов.



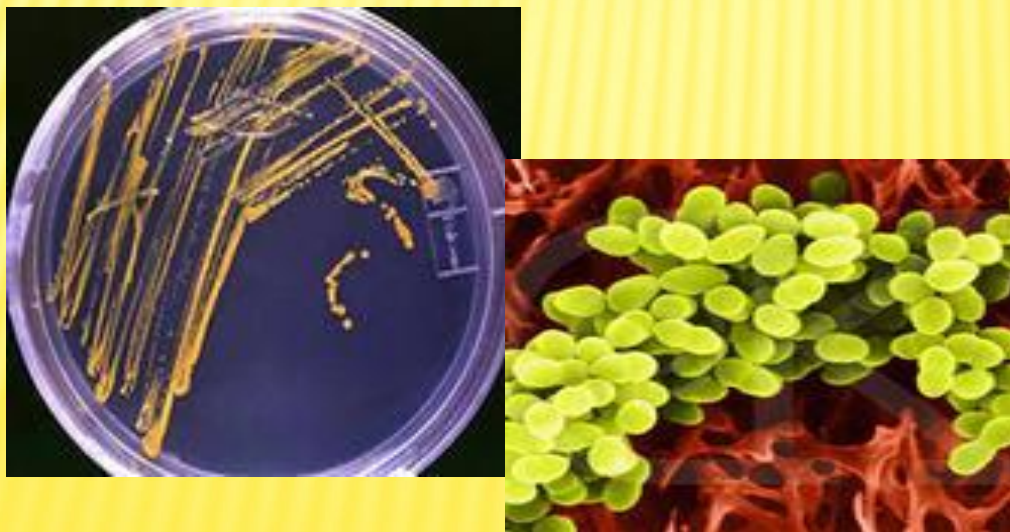
ЭТИОЛОГИЯ

Возбудителями пиодермитов чаще всего являются различные виды стафилококков и стрептококков. Гнойное воспаление кожи могут вызвать также синегнойная палочка, вульгарный протей, кишечная палочка, грибы, пневмококки, гонококки и многие другие микроорганизмы. Однако значительная распространенность стафилококков и стрептококков в природе (в одежде, жилье, помещениях предприятий и учреждений, в уличной пыли и т.д.), а также на коже больных, на слизистых оболочках и коже у лиц без заметных патологических изменений, возможность при известных условиях перехода непатогенных форм в патогенные на поверхности самой кожи — все это делает понятным широкое распространение пиодермитов.



ЭТИОЛОГИЯ

Доказано, что стафилококки почти всегда находятся на коже здоровых лиц (чаще всего в устьях волосяных мешочков и в протоках сальных желез), однако лишь у 10% обнаруженные штаммы являются патогенными, тогда как у болеющих или переболевших стафилодермией этот процент резко возрастает (до 90%). Частота нахождения стрептококков на коже здоровых людей значительно ниже (до 6—10%). Локализуются они преимущественно в области кожных складок.

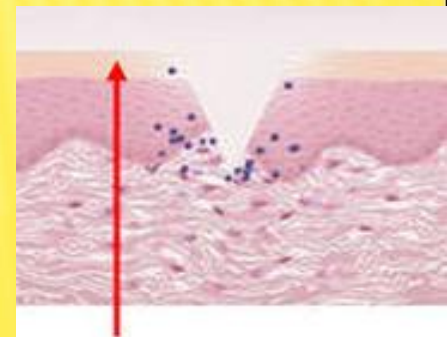


ПАТОГЕНЕЗ

- ❑ Патогенность и вирулентность штамма возбудителя;
- ❑ Экзогенные факторы, способствующие развитию заболевания;
- ❑ Эндогенные факторы, способствующие развитию заболевания.

ПАТОГЕНЕЗ ЭКЗОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ

- ❑ поверхностные травмы кожи(микротравматизм) — порезы, ссадины, расчесы, ожоги и т.п.;
- ❑ загрязнение кожи (следует особо выделить профессиональное загрязнение углем, известью, цементом, смазочными маслами и др., а также загрязнение кожи при плохом гигиеническом режиме детей, особенно грудных);
- ❑ переохлаждение и перегревание организма в быту и на производстве; у детей оно происходит из-за несовершенства их терморегуляции.



ПАТОГЕНЕЗ

ЭНДОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ

- ❑ нарушение углеводного обмена (гипергликемия), эндокринные расстройства (недостаточная активность гипофизарнонадпочечниковой системы, щитовидной железы, повышенная функция зубной железы и др.);
- ❑ функциональные нарушения деятельности нервной системы (вегетативные неврозы);
- ❑ нарушения питания (дефицит полноценных белков — гипопротеинемия, особенно низкое содержание гамма-глобулинов), гиповитаминозы (особенно А и С);
- ❑ острые и хронические истощающие заболевания, болезни желудочно-кишечного тракта (кишечные интоксикации);
- ❑ ослабление иммунных механизмов защиты;
- ❑ У детей развитию пиодермитов способствуют несовершенство физиологических барьеров, в частности повышенная влажность, рыхлость и нежность рогового слоя эпидермиса, лабильность коллоидно-осмотического состояния, высокая абсорбционная способность кожи.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПИОДЕРМИТОВ

- ❑ В зависимости от этиологического фактора все гнойничковые заболевания подразделяют на **стафилококковые, стрептококковые и смешанные.**
- ❑ По глубине расположения процесса различают **поверхностные и глубокие.**
- ❑ по характеру течения — **острые и хронические.**

СТАФИЛОДЕРМИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- ❑ Процесс развивается преимущественно в области волосяных фолликулов, в сальных и потовых железах. Гнойнички имеют коническую или полушаровидную форму, стенки их толстые, напряженные, гной густой желто-зеленый; в центре гнойничка часто имеется пушковый волос. У детей стафилококки вызывают образование поверхностных пузырей, не связанных с сально-волосяными фолликулами и потовыми железами.



СТРЕПТОДЕРМИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- сально-волосяные фолликулы и потовые железы в процесс не вовлекаются. Поражение носит преимущественно поверхностный характер, гнойнички плоской формы, стенки их тонкие, дряблые (фликтены), экссудат серозно-гнойный. Эти гнойнички имеют склонность к периферическому росту.



Поверхностные пиодермиты (фликтены) находятся в пределах эпидермиса и оставляют после себя временную пигментацию. Глубокие пиодермиты захватывают дерму и нередко подкожную клетчатку, оставляя рубцы или рубцовую атрофию.

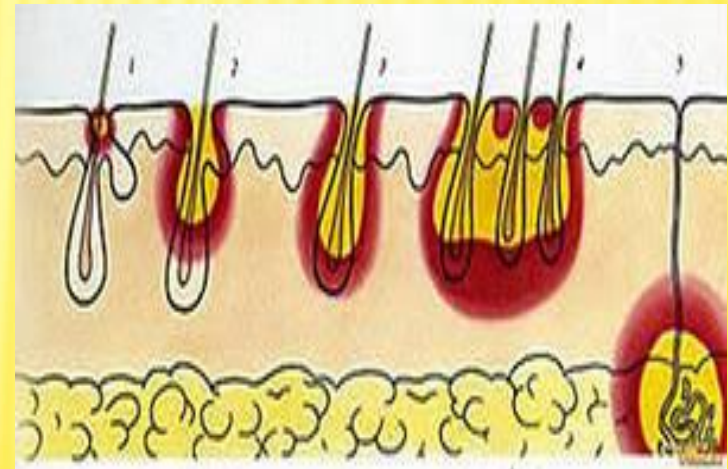
СТАФИЛОКОККОВЫЕ ПИОДЕРМИТЫ РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ РАЗНОВИДНОСТИ:

□ Поверхностные

- ✓ Стафилококковое импетиго(остеофолликулит)
- ✓ Поверхностный фолликулит
- ✓ Сикоз
- ✓ Везикулопустула((или остиопорит)

□ Глубокие

- ✓ Глубокий фолликулит
- ✓ Фурункул
- ✓ Карбункул
- ✓ Гидраденит
- ✓ Угорь(акне)
- ✓ Псевдофурункул



У НОВОРОЖДЕННЫХ ВЫДЕЛЯЮТ ГРУППУ СТАФИЛОКОККОВЫХ ПИОДЕРМИТОВ:

- ❑ везикулопустулез (остиопорит)
- ❑ множественные абсцессы кожи (ложный фурункулез)
- ❑ эпидемическая пузырчатка новорожденных
- ❑ эксфолиативный дерматит Риттера

ОСТИОФОЛЛИКУЛИТ (OSTIOFOLLICULITIS), ИЛИ СТАФИЛОКОККОВЫЕ ИМПЕТИГО (IMPETIGO STAPHYLOGENES)

- ❑ Это поверхностная пустула, представляющая собой воспаление в пределах устья волосяного фолликула.
- ❑ Локализация(связана с волосяными фолликулами): любая, но наиболее часто кожа лица, шеи, предплечий, голеней, бедер .
- ❑ Клинически: начинается с покраснения и некоторой болезненности вокруг устья фолликула или сальной железы. Затем быстро образуется полушаровидное или конусообразное припухание с гнойничком в центре, покрышка которого имеет желтоватый вид за счет гноя, скопившегося под ней. Через несколько дней содержимое пустулы подсыхает, образуется корочка, воспаление вокруг пустулы стихает и процесс заканчивается, не оставляя никаких следов или легкую пигментацию. Тенденции к распространению по периферии остиофолликулиты не имеют, при большом их количестве располагаются группами, вблизи друг от друга, никогда не сливаясь.



СИКОЗ(SYCOSIS VULGARIS, SYCOSIS SIMPLEX, SYCOSIS STAPHYLOGENES, СИКО- ТУТОВАЯ ЯГОДА)

- хроническое рецидивирующее воспаление волосяных фолликулов, возникающее при проникновении в них стафилококков.
- Болеют преимущественно мужчины, особенно при наличии у них функциональных расстройств нервной и эндокринной систем или очагов хронической инфекции (ринит, конъюнктивит и др.);
- Локализуется обычно на коже лица в области бороды, усов, реже — век, бровей, волосистой части головы, подмышечных ямок, лобка, где появляются гнойнички, пронизанные в центре волосом, местами сливающиеся в четко очерченные бляшки. Процесс склонен к распространению на соседние участки кожи;
- Клинически: выраженные сливающиеся инфильтраты с синюшным оттенком и бугристой поверхностью (мешковидные), на поверхности которых образуются пустулы, пронизанные в центре волосом(в отличие от остиофолликулита, волос легко выдергивается, корень волоса окружен белой муфточкой из лейкоцитов), в последующем пустула вскрывается, образуется корочка, процесс через некоторое время вновь рецидивирует.



ПОВЕРХНОСТНЫЙ ФОЛЛИКУЛИТ

- ❑ Это гнойное воспаление верхней трети волосяного фолликула, до впадения в него выводного протока сальной железы;
- ❑ Клинически проявляется напряженной конической пустулой, пронизанной в центре волосом и расположенной на уплотненном основании, размером с горошину.
- ❑ Также как и остиофолликулит стойких изменений не оставляет.



ГЛУБОКИЙ ФОЛЛИКУЛИТ (FOLICULITIS PROFUNDA)

- При глубоком фолликулите патогенные стафилококки проникают в фолликул глубже, чем при остеофолликулите, вызывая воспаление большей части или всего фолликула.
- Чаще изолированные глубокие фолликулиты встречаются на волосистой части головы и задней поверхности шеи, хотя возможна разнообразная локализация.
- Выделяют 3 фазы развития: созревания; нагноения, вскрытия и отделения гноя; рубцевания. В начале процесса появляются болезненные узелки красного цвета, в дальнейшем превращающиеся в пустулы, пронизанные волосом. Через несколько дней секрет пустулы ссыхается в корочку или происходит дальнейшее нагноение и некроз соединительной ткани. При обычном течении через 5—6 дней на месте глубокого фолликулита на коже остаются маленькие точечные рубчики. Волосной фолликул гибнет.



ФУРУНКУЛ (FURUNCULUS), ИЛИ ЧИРЕЙ

- ❑ Это стафилококковое острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула и окружающей его соединительной ткани.
- ❑ Возбудитель фурункула — золотистый, реже белый стафилококк.
- ❑ В развитии фурункула различают три стадии:
 - ✓ стадию развития инфильтрата;
 - ✓ стадию нагноения и некроза;
 - ✓ стадию заживления.
- ❑ Характерно наличие спонтанной болезненности (в отличие от фолликулита, при котором болезненность определяется при пальпации)

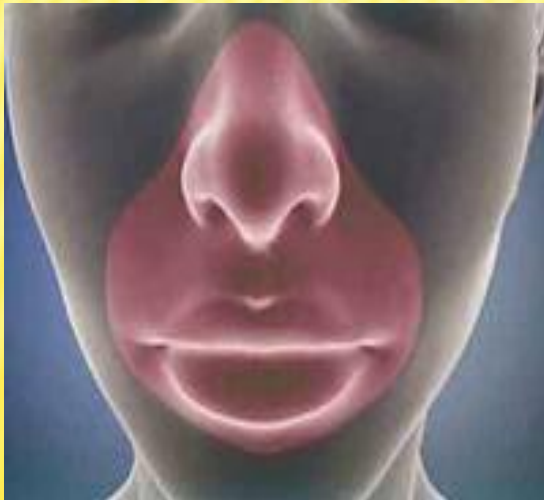


ФУРУНКУЛ

- Вначале вокруг волосяного фолликула появляется возвышающийся, твердый инфильтрат ярко-красного цвета с нерезкими границами, сопровождающийся чувством покалывания или незначительной болезненностью. Постепенно инфильтрат приобретает форму плотной опухоли, которая расширяется, становится более болезненной; окружающие ткани отекают (в области век, щек, губ отечность может быть резко выраженной). На 3—4-е сутки наступает вторая стадия: фурункул достигает от 1 до 3 см в диаметре, в центре его формируется гнойно-некротический стержень с пустулой на поверхности. Фурункул приобретает форму конусообразной опухоли с гладкой, лоснящейся кожей. В этот период боли становятся резкими, температура может повыситься до 37—38° С, могут появиться симптомы интоксикации (общее недомогание, разбитость, головные боли и др.). Далее покрывка пустулы самопроизвольно или искусственно вскрывается и из фурункула выделяется гнойное, иногда с примесью крови содержимое, а затем желто-зеленая некротическая «пробка» (некротический стержень). После удаления или отторжения стержня отечность, инфильтрация и боли исчезают, остающийся кратер фурункула выполняется грануляциями и в течение 2—3 дней рубцуется. Рубец вначале сине-красный, постепенно становится белым, иногда едва заметным. При обычном течении процесса цикл развития фурункула продолжается 8—10 дней.

ОСЛОЖНЕННЫЙ ФУРУНКУЛ

- ❑ «Сливной»
- ❑ Абсцедирующий
- ❑ Флегмозный
- ❑ Злокачественный

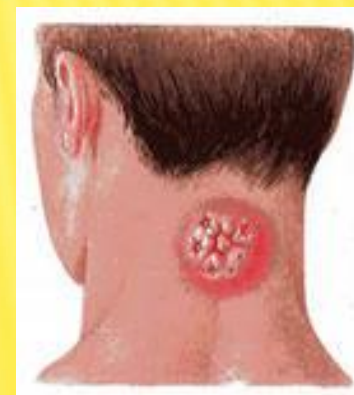


ФУРУНКУЛЕЗ

- ❑ при множественном (хотя это бывает не всегда) и рецидивирующем высыпании фурункулов говорят о фурункулезе.
- ❑ По течению фурункулез бывает острым (продолжается от нескольких недель до 1—2 мес. и сопровождается появлением большого количества фурункулов) и хроническим (небольшое количество фурункулов появляется с короткими интервалами или непрерывно на протяжении ряда месяцев).

КАРБУНКУЛ (CARBUNCULUS)

- ❑ разлитое гнойно-некротическое воспаление глубоких слоев дермы и гиподермы с вовлечением в процесс нескольких соседних волосяных фолликулов. При карбункуле гнойно-некротический инфильтрат занимает большую площадь и распространяется в более глубоких слоях дермы и гиподермы, чем при фурункуле. Слово «карбункул» происходит от греческого слова carbo — уголь и означает «углевик», так как образующиеся в процессе гнойно-некротического воспаления крупные участки некроза имеют темный цвет, что и послужило основанием к сравнению заболевания с углем.
- ❑ Излюбленная локализация — задняя поверхность шеи, спина, поясница.
- ❑ Возбудитель — золотистый стафилококк, реже — другие виды стафилококка.
- ❑ В патогенезе играют роль истощение (вследствие хронического недоедания или перенесенного тяжелого общего заболевания) и нарушение обмена веществ, особенно углеводного (при сахарном диабете).



КАРБУНКУЛ. КЛИНИКА И ТЕЧЕНИЕ

- В начале развития карбункула в коже обнаруживается несколько отдельных плотных узелков, которые сливаются в один инфильтрат. Последний увеличивается, иногда достигая размеров детской ладони. Поверхность его приобретает полушаровидную форму, кожа становится напряженной, в центре инфильтрата окрашена в синюшный цвет: выражена местная болезненность. Это первая стадия развития инфильтрата, которая длится 8—12 дней. Затем в области инфильтрата формируется несколько пустул, покрышки которых вскрываются, и образуется несколько отверстий, придающих карбункулу вид, напоминающий решето. Через эти отверстия выделяются гной и некротические массы зеленого цвета с примесью крови. Постепенно все большие участки центра карбункула подвергаются некрозу. Отторгшиеся массы образуют обширный дефект ткани — формируется глубокая язва, иногда достигающая до мышц. Вторая стадия — стадия нагноения и некроза — длится от 14 до 20 дней. Далее язва заполняется грануляционной тканью и образуется, как правило, грубый глубокий рубец, спаянный с подлежащими тканями. Крупные рубцы остаются и после оперативного вмешательства, если его проводят по поводу карбункула. Обычно бывают одиночные карбункулы. Их развитие сопровождается высокой температурой, мучительными болями рвущего, дергающего характера, ознобом, недомоганием. Злокачественное течение карбункула может наблюдаться в старческом возрасте, у истощенных больных, страдающих выраженным диабетом, при нервно-психических переутомлениях.

ГИДРАДЕНИТ (HYDRADENITIS)

- гнойное воспаление апокринных потовых желез в подмышечных впадинах (обычно одностороннее), паховых складках, реже — вокруг сосков, в области больших половых губ, мошонки и ануса.
- Предполагающими факторами являются общее ослабление организма, повышенная потливость и наличие щелочной реакции пота в области подмышек паховых складок, ануса, особенно при несоблюдении гигиенических условий, мацерации, микротравмах, порезах при бритье, наличии расчесов вследствие зудящих дерматозов у лиц, страдающих нервными эндокринными (диабет, дисфункция половых желез) нарушениями, снижении местной сопротивляемости.
- Развитие потовых апокринных желез наступает лишь в период полового созревания (у девочек раньше, чем у мальчиков). У женщин их больше, чем у мужчин. К старости функция указанных желез угасает, поэтому стариков гидраденит не встречается; у женщин он бывает чаще, чем у мужчин.



ГИДРАДЕНИТ. КЛИНИКА И ТЕЧЕНИЕ

- В начале заболевания при пальпации определяют одиночные небольшие плотные холмообразные узлы, располагающиеся в толще дермы или гиподерме. В этом периоде больные ощущают легкий суд или небольшую болезненность. Узлы быстро увеличиваются в размере, спаиваются с кожей, приобретают грушевидную форму и выбухают в виде сосков, напоминая «сучье вымя»; кожа становится сине-красной, появляется отек тканей, болезненность значительно усиливается. Нередко изолированные узлы сливаются, размягчаются, появляется флюктуация, после чего наступает их самопроизвольное вскрытие с выделением сметанообразного вида гноя с примесью крови. Некротический стержень не образуется. Иногда возникает разлитой плотный, доскообразный инфильтрат, напоминающий картину флегмоны. В этом случае болезненность возникает не только при движении, но и в покое, делая больного неработоспособным. Созревание гидраденита сопровождается, как правило, общим недомоганием, умеренным подъемом температуры, выраженной болезненностью. После вскрытия узлов уменьшается чувство напряжения и боли, через несколько дней происходит рубцевание язв (процесс рассасывания инфильтрата более длительный). Однако рецидивы болезни нередки и придают процессу затяжное течение. Гидраденит подмышечных впадин чаще всего односторонний, но может быть одновременно двусторонним. Средние сроки течения гидраденита — 10—15 дней

СТАФИЛОДЕРМИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

- ❑ ВЕЗИКУЛОПУСТУЛЕЗ (VESICULOPUSTULES)
- ❑ МНОЖЕСТВЕННЫЕ АБСЦЕССЫ У ДЕТЕЙ (ABSCESSUS MULTIPLEX INFANTUM), ИЛИ ПСЕВДОФУРУНКУЛЕЗ ФИНГЕРА (PSEUDOFURUNCULOSIS FINGER)
- ❑ ЭПИДЕРМИЧЕСКАЯ ПУЗЫРЧАТКА НОВОРОЖДЕННЫХ (PEMPHIGUS NEONATORUM EPIDEMICS)
- ❑ ЭКСФОЛИАТИВНЫЙ ДЕРМАТИТ НОВОРОЖДЕННЫХ РИТГЕРА (DERMATITIS EXFOLIATIVA RITTER)
- ❑ БУЛЛЕЗНОЕ ИМПЕТИГО НОВОРОЖДЕННЫХ (IMPETIGO BULLOSA NEONATORUM)



ВЕЗИКУЛОПУСТУЛЕЗ (VESICULOPUSTULES)

- ❑ Распространенное заболевание, представляющее собой воспаление устья выводного протока эккриновой потовой железы; характеризующееся появлением многочисленных пустул величиной от булавочной головки до горошины, с беловато-желтым содержимым, окруженных гиперемизированной отечной каймой.
- ❑ Этиология. Заболевание вызывают различные штаммы стафилококка.
- ❑ Патогенез. Способствующими факторами являются мацерация вследствие обильной потливости, недоношенность, астеничность и искусственное вскармливание детей.
- ❑ Излюбленная локализация — подмышечные и паховые складки, волосистая часть головы, кожа туловища. У ослабленных детей процесс захватывает обширные участки, имеет склонность к слиянию и образованию глубоких поражений.

МНОЖЕСТВЕННЫЕ АБСЦЕССЫ У ДЕТЕЙ (ABSCCESSUS MULTIPLEX INFANTUM), ИЛИ ПСЕВДОФУРУНКУЛЕЗ ФИНГЕРА (PSEUDOFURUNCULOSIS FINGER)

- Воспаление всей эккриновой потовой железы с образованием глубокого абсцесса. В отличие от фурункула здесь не образуется некротический стержень.
- Этиология. Возбудителем считают золотистый стафилококк, хотя иногда высевают другие микроорганизмы (гемолизирующий стрептококк, кишечная палочка, палочка обыкновенного протея и др.).
- Патогенез. Заболеванию способствуют нечистоплотное содержание детей, перегревание (слишком теплое нательное и постельное белье), редкая смена пеленок, повышенная потливость, что приводит к мацерации кожи, дистрофии, пониженное или неправильное питание, энтериты, общие инфекции. Болезнь чаще встречается у недоношенных детей и у детей с пониженной общей сопротивляемостью организма.
- Клиника: если инфекция захватывает только отверстие выводного протока потовой железы, то образуются небольшие (величиной с просыное зерно) поверхностные пустулы (перипорит), быстро ссыхающиеся в корочки и заживающие без следа. Однако значительно чаще поражаются весь проток и клубочки потовой железы. В этих случаях образуются многочисленные узлы, плотные, резко отграниченные, красно-синеватого цвета, величиной с горошину, которые вскоре достигают величины лесного ореха. Довольно быстро узлы размягчаются в центре; кожа здесь истончается, пальпируется флюктуация. Узлы вскрываются с выделением полужидкого гнойного содержимого с примесью крови. Процесс заканчивается рубцеванием.

ЭПИДЕРМИЧЕСКАЯ ПУЗЫРЧАТКА НОВОРОЖДЕННЫХ (PEMPHIGUS NEONATORUM EPIDEMICS)

- ❑ острое контагиозное заболевание, клинически характеризующееся очень быстрым образованием пустул и распространением по кожному покрову новорожденных.
- ❑ Этиология. Возбудитель — золотистый стафилококк. Однако некоторые авторы считают возбудителем особый вид стафилококка и даже стрептококк или фильтрующийся вирус.
- ❑ Патогенез. В развитии заболевания существенную роль играет особая реактивность кожи новорожденных, проявляющаяся в возникновении пузырей в ответ на действие бактериального фактора, недоношенность, родовая травма, токсикозы беременности.

ЭПИДЕРМИЧЕСКАЯ ПУЗЫРЧАТКА НОВОРОЖДЕННЫХ (PEMPHIGUS NEONATORUM EPIDEMICS) КЛИНИКА:

- Болезнь начинается в первые дни жизни новорожденного или спустя 7—10 дней. На неизменной или слегка эритематозной коже в течение нескольких часов образуются мелкие пузырьки размером с горошину или вишню, с тонкой, напряженной покрывкой и прозрачным серозно-желтоватым содержимым. Их образованию предшествуют беспокойство ребенка, лихорадка. Затем содержимое мутнеет, становится гнойным. Со временем пузыри увеличиваются, распространяются по всему телу, покрывка их лопается, обнажая ярко-красные, влажные, зудящие эрозированные поверхности с остатками эпидермиса по периферии. Отделяемое эрозий подсыхает в серозно-гнойные корки. Наиболее часто поражены области пупка, живота, груди, спины, ягодиц и конечностей. Процесс может распространяться и на слизистые оболочки рта, носа, глаз, гениталий, где пузыри быстро вскрываются, образуя эрозивные поверхности круглой, овальной или полициклической формы в зависимости от размеров и форм предшествующих пузырей. У ослабленных, недоношенных детей заболевание быстро распространяется (вследствие аутоинокуляции гноя из вскрывшихся пузырей), сопровождаясь беспокойством, плохим сном, повышением температуры до 38—39° С, потерей аппетита, лейкоцитозом, эозинофилией в крови и повышенной СОЭ. В этих случаях возможны различные осложнения: отиты, пневмония, флегмона и даже сепсис. Эпидемическая пузырчатка протекает вспышками, толчкообразными высыпаниями пузырей. После прекращения высыпаний через короткое время может вновь наступить рецидив заболевания. Без осложнений болезнь длится 3—5 нед.

ЭКСФОЛИАТИВНЫЙ ДЕРМАТИТ НОВОРОЖДЕННЫХ РИТГЕРА (DERMATITIS EXFOLIATIVA RITTER)

- ❑ Это заболевание считают тяжелой формой эпидемической пузырчатки новорожденных.
- ❑ Этиология. Большинство считают эксфолиативный дерматит стафилококковой инфекцией (чаще всего обнаруживают патогенный золотистый стафилококк). Некоторые авторы относят его к смешанному стафилококко-стрептококковому заболеванию, так как известны случаи высева стрептококка.



БУЛЛЕЗНОЕ ИМПЕТИГО НОВОРОЖДЕННЫХ (IMPETIGO BULLOSA NEONATORUM)

- ❑ Заболевание рассматривается как легко протекающая, abortивная форма эпидемической пузырчатки новорожденных. Это доброкачественная форма стафилодермии, характеризующаяся появлением небольшого количества отдельно расположенных однокамерных пузырей величиной от горошины до вишни, с тонкой, напряженной, быстро вскрывающейся покрывкой, с обнажением влажных эрозий. Пузыри содержат серозное или серозно-гнойное содержимое. Общее состояние детей изменяется мало.
- ❑ Лечение. Вскрытие пузырей и обработка эрозированных поверхностей растворами анилиновых красителей. Следует оберегать детей от интеркуррентных заболеваний, которые могут ухудшить течение процесса.
- ❑ Прогноз благоприятен.

ЛЕЧЕНИЕ ПИОДЕРМИТОВ

- ❑ Тщательное клиническое и лабораторное обследование больных и лечение сопутствующей патологии и интеркуррентных заболеваний;
- ❑ Общая терапия применяется при распространенных поверхностных и глубоких пиодермитах;
- ❑ Наружная терапия. Как правило поверхностные пиодермиты легко поддаются наружной терапии и не требуют общего лечения.

ЛЕЧЕНИЕ ПИОДЕРМИТОВ

ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

- ❑ Этиотропная: антибиотики назначаются с условием антибиотиграммы с определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам (пенициллинового ряда, тетрациклинового), нитрофураны;
- ❑ Патогенетическая: специфическая и неспецифическая иммунная терапия (рузам, стафилококковый анатоксин, нативный и адсорбированный стафилококковый бактериофаг, стафилококковый антифагин, антистафилококковый гамма-глобулин, стрептококковая вакцина, бактериофаг стрептококковый, аутовакцина, антистафилококковая плазма);
- ❑ Общеукрепляющее лечение: аутогемотерапия, гемотрансфузии, пиротерапия, введение нативной плазмы, витаминотерапия, ферментотерапия и физиотерапевтические методы воздействия (УФО, гелиотерапия, УВЧ, ультразвук, электрофорез, фонофорез, лазеротерапия, Букки-терапия)

НАРУЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПИОДЕРМИТОВ

- ❑ Рациональное использование наружных средств лечения проводится с учетом остроты, глубины, локализации, распространенности процесса и переносимости препаратов;
- ❑ Поверхностные формы пиодермитов подвергаются дезинфицирующей антибактериальной терапии. Пузыри и пустулы вскрывают с последующей обработкой 2% раствором бриллиантового зеленого, фукорцином, жидкостью Кастеллани без фуксина. При локализации процесса в складках применяются водные растворы этих препаратов, а также 1—2% раствор перманганата калия, 1—2% раствор резорцина, 1—2—4% растворы хлорофиллипта или микроцида. После туширования очагов антисептическими средствами применяются дезинфицирующие пасты (паста Лассара, цинко-нафталанная, резорцино-висмутовая и др.), а также противомикробные мазевые средства.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ
