

Термін	Визначення
Піодермії	-група дерматозів, які викликаються гноєрідними коками, здебільшого спричиняються стафілококами і стрептококами, які завжди є на шкірі і слизових оболонках здорових людей (стафілокок у 90- 100%; стрептокок знаходять на шкірі у 12%, у зіві у 100%). Патогенна дія їх проявляється при порушенні рівноваги у системі мікроорганізм – макроорганізм, при пошкодженні цілісності шкірних покривів і зниженні імунобіологічної резистентності організму. Крім цих збудників на шкірі людини постійно трапляються інші мікроорганізми (вуглярний протей, синьогнійна паличка, мікоплазма, псевдодифтерійні палички, дріжджоподібні гриби та ін.), які з певних умов можуть викликати гнійне ураження шкіри.
Етіологія	<i>Екзогенні</i> причини, що сприяють розвитку піодермій: переохолодження, гіперінсоляції, поверхневі травми шкіри, її забруднення, зміна кислотно-лужної рівноваги шкіри в лужну сторону, сверблячі дерматози та ін. <i>Ендогенні</i> фактори: наявність вогнищ хронічної інфекції, інтоксикації, ендокринопатії, цукровий діабет, надлишкове вуглеводне харчування, первинний та вторинний імунодефіцит, виникнення аутоімунних процесів, гіповітамінози, захворювання ШКТ, гепатобіліарної системи, функціональні порушення ЦНС, стреси, тривале вживання кортикостероїдів, цитостатиків, імунодепресантів.
Шляхи передачі	- повітряно – крапельний, механічний перенос піококів з вогнищ ураження, побутовий через предмети та білизну
Класифікація:	- стафілодермії, - стрептодермії, - змішані форми (стафіло – стрептодермії), - глибокі хронічні піодермії
Стафілодермії	Збудниками є стафілококи - клітини кулястої форми, діаметром 0,5 – 1,5 мкм, не утворюючі спор, добре забарвлюються та ростуть на щільних поживних середовищах. Захворювання у людини викликає переважно золотистий стафілокок, що викликає гнійне запалення шкіри, уражує волосяні фолікули, потові апокринові залози на різній глибині.
Діагностичні критерії	1)викликаються стафілококами; 2)переважно уражаються придатки шкіри; 3)частіше

стафілодермій	хворіють чоловіки; 4)первинним морфологічним елементом є болюча пустула наповнена зелено – жовтим ексудатом, яка розташована в гирлі волосяного мішечка, має напівкулясту або гострокінцеву форму, в центрі пронизана волосом; 5)тенденція до розповсюдження уражень в глибину шкіри та ін. 6)кірка, що утворюється на її поверхні, має бугристу форму з жовтуватим відтінком
Розрізняють	- <i>поверхневі</i> (остіофолікуліт, фолікуліт, епідемічна пухирчатка новонароджених, сикоз) та <i>глибокі</i> (фурункул, карбункул, фурункульоз, гідраденіт)
Остіофолікуліт	початковий елемент всіх стафілодермій у вигляді вузлика з пустулою, що пронизана волосиною, напівкулястої форми з щільною покривкою та вузькою смужкою гіперемії по периферії. Часто локалізується на обличчі, волосистої частині голови, рідко на інших ділянках шкіри. Висипи можуть бути поодинокими та множинними. Суб'єктивно відчувається болючість, загальні явища відсутні. Пустула може зсохнутись з утворенням жовтуватого – бурого кірки або розкритись з виділенням гною та утворенням поверхневої ерозії. Процес закінчується на 3 – 4 день, не лишаючи рубця.
Фолікуліт	гостре гнійне запалення фолікулу волосся і частково перифолікулярної тканини з утворенням обмеженого запального інфільтрату у вигляді болючого вузлика яскраво – червоного кольору. На 2 – 3 день формується пустула з волосиною або сіруватою крапкою (гирло фолікула) у центрі. Пустула розкривається, виділяючи гній, утворює ерозію або зсихається в кірку. Загальні явища відсутні. Тривалість фолікуліту 5- 7 днів, результат може бути двояким: після відпадання кірки та розсмоктування інфільтрату залишається тимчасове лущення і пігментація, або при гнійному розплавленні інфільтрату та виділенні гною формується виразка та крапковий рубець з руйнуванням сосочку волосся.
Диференціюють остіофолікуліт та фолікуліт	зі стрептококовим та вульгарним імпетиго.
Епідемічна пухирчатка новонароджених	– захворювання, що виникає у перші дні життя дитини, в основному в період до 7 – 10-го дня від народження. Починається з появи на тулубі на фоні

	гіперемії пухирів з білуватою покришкою, що наповнені серозним, потім – серозно – гнійним вмістом. Пухирі поступово збільшуються у розмірі до декількох сантиметрів, розриваються з оголенням ерозій, що оточені обривками покришки. Потім вони епітелізуються, лишаючи лущення і гіперпігментацію. У тяжких випадках ерозії, зливаються між собою, за декілька днів уражуючи значну частину шкіри новонародженого. При цьому процес захоплює слизові оболонки рота, носа, очей та статевих органів. Спостерігається підвищення температури тіла, лейкоцитоз, збільшення ШОЕ. Стан дитини важкий, можуть розвинути пнеумонії, отіти, диспепсія, сепсис. Прогноз відносно життя для дитини несприятливий.
Диференціюють	із сифілітичною пухирчаткою.
Псевдофурункульоз Фингера (множинні абсцеси у дітей)	Гнійне розплавлення екскринних потових залоз. Розвивається у ослаблених, недоношених, що знаходяться на штучному вигодовуванні і недостатньо доглянутих дітей з підвищеним потовиділенням. Улюблена локалізація. На волосистій частині голови, задньої поверхні тулуба, сідницях, стегнах. Клінічна картина. Уражені потові залози спочатку пальпуються у вигляді твердих вузлів величиною до вишневої кісточки синюшно-багряного кольору, які потім розм'якшуються, розкриваються з виділенням сливкоподібного гною, без наявності некротичного стрижня, наступним утворенням свища і виразок, які при раціональному лікуванні і догляді рубцюються, інфільтрати розсмоктуються . При погіршенні стану дитини з'являються нові запальні вузли, абсцеси, можуть розвинути флегмони, менінгіт, перитоніт, сепсис, збільшення печінки, селезінки, гіпотрофія. Прогноз в цих випадках несприятливий. Диференціальний діагноз. Везикулопустульоз, фурункульоз. Лікування. Обтирають шкіру дезінфікуючими спиртовими розчинами. Розкривають абсцеси і змащують їх розчинами анілінових барвників, мазями

	(левоміколь, левосин), пастою з оксидом цинку і ксероформом (5-10% ксероформа). На абсцеси призначається УВЧ, пов'язки з 10% розчином натрію хлориду, загальне УФО (10-15 сеансів). При загальнотоксичних явищах антибіотикотерапія, переливання нативної і антистафілококовий плазми, гемодез, альбуміну, поліглюкіну, поліглобулін, 20% розчину глюкози; антистафілококовий імуноглобулін. Гемотерапія материнської (донорської) кров'ю, ферроплекс, гемостимулюючі кошти, фітоферролактон, вітаміни С, В6, пантотенат кальцію, А, Е.
Епідемічна пухирчатка новонароджених (епідемічний пемфігоїд)	Гостра контагіозна поверхнева стафілодермія, що виникає в перші дні життя дитини, в основному до 7-10-го дня після народження. Збудник: золотистий стафілокок, рідше - інші штами стафілококів, стрептококи та інші мікроорганізми. Основна дія на епідерміс надає стафілококовий екфоліативний токсин, що викликає поверхневу бульбозну реакцію. Джерела інфекції - породіллі, медичний персонал. У пологових будинках захворювання може мати характер епідемічного спалаху. Сприятливі фактори: патогенні стафілококи можуть потрапляти на шкіру новонародженого з погано обробленого, інфікованого пупка повітряно-крапельним і механічним шляхом при догляді за дитиною. Улюблена локалізація: тулуб. Клінічна картина. Епідемічна пухирчатка новонароджених часто починається з появи бульбашок на гіперемованому тлі. Покришка міхура - білуватого кольору, млява, в'яла, зморшкувата і підноситься над рівнем шкіри. Пухирі збільшуються в розмірах через виражений акантоліз в шипуватому шарі і легко відшаровуються. Вміст пухирів спочатку серозний, потім - серозно-гнійний.

Пухирі легко розриваються, утворюючи ерозивні поверхні з нерівними, фестончатими краями і соковитим, рожево-червоним або блідо-рожевим дном. При несприятливому перебігу захворювання ерозії зливаються між собою, швидко захоплюючи значну частину шкірного покриву.

При сприятливому перебігу і лікувальних заходах ерозії епітелізуються з утворенням тимчасової вторинної пігментації і лущення.

Тяжкість захворювання зазвичай пропорційна площі залучених до процесу шкіри і слизових оболонок. Можливі пневмонія, отити, диспепсія, сепсис. У подібних випадках прогноз для життя дитини стає несприятливим.

Диференціальний діагноз. Піококовий пемфігоїд новонароджених слід диференціювати від сифілітичної пухирчатки, при якій пухирі локалізуються переважно в області долонь і підшав. Діагноз підтверджується виявленням блідих трепонем, а також серологічними дослідженнями крові дитини і матері.

Піококову пухирчатку новонароджених необхідно відрізняти також від вродженої пухирчатки. Виникають пухирі з серозним, серозно-геморагічним вмістом в області долонь і пальців кистей, на шкірі ліктьових і колінних суглобів, на підшав, сидницях, рідше - на інших ділянках, що піддаються тертю, тиску.

Лікування. У важких випадках вводяться антибіотики з попереднім визначенням чутливості (цефалоспорины, фузидин-натрій), показано внутрішньовенне вливання антистафілококовий плазми, альбуміну, внутрішньом'язове введення антистафілококкового імуноглобуліну, тималина.

Зовнішнє лікування: щоденні ванни з калію перманганатом 1:10 000 і зміна білизни. Розтин бульбашок, обробка здорової шкіри фукорцином, саліциловим спиртом, прокіп'яченим рослинним

	маслом. На осередки - пасти і мазі з антибіотиками, цинкове масло, нафталановий лінімент, аерозолі з антибіотиками. Загальна УФО. Необхідна ізоляція дітей в бокси і ретельний догляд за ними. Обстеження матерів і медперсоналу на носійство патогенних стафілококів. Кварцування палат, боксів. Дезінфекція відділень, карантинні заходи.
Ексфоліативний дерматит Ріттера	Важка форма епідемічної пухирчатки новонароджених (син .: синдром стафілокової обпаленої шкіри). Характеризується розвитком дифузної еритеми, утворенням великих млявих бульбашок. Нагадує поверхневу опікову реакцію. Збудник: золотистий стафілокок II фагогрупи, що виділяє ексфоліативний токсин і викликає масивний акантоліз в епідермісі і утворення великих поверхневих міхурів. Зараження новонароджених відбувається в найближчі дні після народження від інфікованих золотистим стафілококом матерів, медперсоналу. Рідше захворювання розвивається у дітей старших вікових груп і дорослих (на тлі імунодепресивної терапії). Улюблена локалізація. Початок о області пупка і рота з поширенням на інші ділянки шкіри. Клінічна картина. Розрізняють 3 стадії хвороби: еритематозну, ексфоліативний і регенеративну. Захворювання зазвичай починається в місцях улюбленої локалізації з появи швидко розповсюджується еритеми. На цих ділянках виникають бульбашки з в'ялою покришкою, які швидко розкриваються і утворюють ерозії з відшаровуються по периферії епідермісом (симптом Нікольського позитивний). Протягом декількох днів уражається весь шкірний покрив з клінічною картиною "обварений шкіри". Відзначається висока температура, втрата ваги, пронос; можливі ускладнення (пневмонія, отити, гнійний кон'юнктивіт, сепсис). У крові лейкоцитоз, підвищення ШОЕ, анемія, диспротеїнемія. Прогноз дуже серйозний. Диференціальний діагноз. Вроджена пухирчатка,

	сифілітичний пухирчатка; у дорослих - синдром Лайєлла (лікарський). Лікування. Парентерально вводяться антибіотики з попереднім визначенням чутливості (цефалоспорини, фузидин-натрій), показано внутрішньовенне вливання антистафілококовий плазми, альбуміну, внутрішньом'язове введення антистафілококкового імуноглобуліну, тималина. Щоденні ванни з калію перманганатом 1:10 000 і зміна білизни. Розтин бульбашок, обробка здорової шкіри фукорцином, саліциловим спиртом, прокіп'яченим рослинним маслом. На осередки - пасти і мазі з антибіотиками, цинкове масло, нафталанової лінімент, аерозолі з антибіотиками. Загальна УФО. Необхідна ізоляція дітей в бокси і ретельний догляд за ними. Обстеження матерів і медперсоналу на носійство патогенних стафілококів. Кварцування палат, боксів. Дезінфекція відділень, карантинні заходи.
Стафілококовий сикоз	хронічне рецидивуюче запалення фолікулів короткого товстого волосся (борода, вуса, щоки, рідше - брови, лобок, пахвові ямки), іноді фолікулів волосистої частини голови. Хворіють переважно чоловіки. Захворювання починається з появи чисельних болючих остіофолікулітів та фолікулітів, інфільтрованих вогнищ синюшно – бурого кольору, на яких розміщуються пустули, ерозії, серозно – гнійні кірки. Іноді спостерігається лихоманка. Волосся не випадає, але легко епілюється. Кореневі піхви волосся набряклі та оточені товстою склоподібною „муфтою”. Після завершення остіофолікулітів та фолікулітів рубці не утворюються. Часто процес має хронічний рецидивуючий перебіг, але можливе спонтанне одужання.
Диференціюють	від глибокої трихофітії (паразитарний сикоз).
Фурункул	гостре гнійно – некротичне ураження фолікулу, сальної залози та оточуючої підшкірної жирової клітковини з утворенням вузла з некрозом. Має вигляд обмеженого інфільтрату, яскраво – червоного кольору , різко болючого з явищами гострого запалення. Потім утворюється пустула, після розкриття якої виділяється гній та некротичний стрижень з утворенням виразки, що поступово вкривається грануляціями та рубцюється. Цикл розвитку елемента триває в середньому 2 – 3 тижні. Іноді відмічається

	підвищення температури тіла, загальне нездужання, лейкоцитоз, збільшення ШОЕ. Особливо небезпечні фурункули у ділянці обличчя (верхня губа, носо - губна складка), коли виникає загроза розвитку сепсису або тромбозу поверхневих та глибоких вен мозку.
Диференціальна діагностика фурункула	з інфільтративно – нагноювальною трихофітією та бешихою.
Фурункульоз	характеризується появою декількох фурункулів одночасно або один за другим, на обмежених ділянках (локалізований) або на різних ділянках шкіри (генералізований). Гострий фурункульоз - фурункули у значній кількості виникають протягом короткого часу; хронічний рецидивуючий місцевий та загальний фурункульоз – фурункули продовжують з'являтися протягом тривалого періоду на обмежених ділянках або спостерігаються рецидиви гострого фурункульозу. Перебіг типовий; при рецидивах – строката картина : свіжі висипи та рубці різної давнини. Відмічається періодичне підвищення температури тіла. Фурункульоз іноді ускладнюється бактеріємією, обсіменінням клапанів серця, суглобів, хребта, довгих трубчатих кісток, внутрішніх органів. Особливо схильними до рецидивуючого фурункульозу є хворі на цукровий діабет.
Диференціюють	з хроніосепсисом
Карбункул	гострозапальний вузол з декількома вогнищами некрозу, що являє собою конгломерат фурункулів, поєднаний загальним інфільтратом. Запальний інфільтрат поступово збільшується внаслідок периферичного росту та росту в глибину (до м'язу, фасції, кістки), а через 4 – 5 днів досягає 5 – 10 см у діаметрі. При пальпації вузол різко болючий, майже постійно відчувається пульсуючий, сіпаючий біль. Далі навколо фолікулів виникає глибокий некроз шкіри; вогнище набуває майже чорного кольору та розплавляється у декількох місцях. У результаті з'являються чисельні отвори, з яких витікає гнійно – кров'яниста рідина, оголюється виразка на дні якої містяться зеленувато – жовті некротичні стрижні, які відторгаються через 2 тижні. Поступово виразка заповнюється грануляціями та рубцюється протягом 2-3-х тижнів. Карбункул як правило локалізується всюди, де є волосяні мішечки, але частіше – на задній

	поверхні шиї, спині, сідницях. При тяжкому перебігу спостерігаються лихоманка, лімфангіт, лімфаденіт, сильний головний біль.
Диференціальна діагностика карбункула	з інфільтративно – нагноювальною трихофітією та бешихою.
Можливі ускладнення:	флебіти, тромбофлебіти, емболії, тромбоз синусів головного мозку, септицемія, метастази у внутрішні органи. Перебіг як правило гострий.
Гідраденіт	гнійне запалення апокринної потової залози з утворенням гострозапального вузла навколо залози з абсцесом без некрозу. Локалізується в аксиллярній ділянці, навколо сосків грудей, пупа, статевих органів, заднього проходу. Спочатку з'являється невеликий вузол, дещо болючий, відчуття свербіжу, поколювання. Далі діаметр вузла зростає до 1 – 2 см, шкіра над ним червоніє або стає синюшно – багровою, з'являється флюктуація. Можуть утворюватись конгломерати вузлів, які сосочками виступають над здоровою шкірою („суче вим'я”). Далі вузли розкриваються і виділяється густий вершкоподібний гній іноді з домішками крові. На їх місці формуються втягнені рубці. Тривалість існування процесу 10–15 днів. Гідраденіт схильний до тривалого рецидивуючого перебігу.
Диференціюють	з фурункулом
Змішані піодермії.	стрептококові фліктени ускладнюються приєднанням стафілококової інфекції. Розрізняють: стрепто – стафілококове імпетиго, вульгарна ектима, хронічна дифузна стрептодермія.
Стрето – стафілококове імпетиго (вульгарне імпетиго)	контагіозна форма імпетиго, особливо у дитячих колективах; у дорослих зустрічається як ускладнення корости, вошивості, сверблячих дерматозів. Уражується шкіра обличчя, верхніх кінцівок, тулуба. На фоні гіперемії з'являється фліктена з серозним вмістом, який протягом годин набуває гнійного характеру. Основа інфільтрована та оточена смужкою еритеми. Покришка розкривається, утворює ерозію, ексудат якої зсихається у „медові кірки”. Через 5-7 днів кірки відторгаються і оголюється епітелізована рожева пляма, що вкрита лусочками, яка в подальшому зникає безслідно. Вогнища ураження можуть захоплювати значні поверхні шкіри
Диференціюють	з багатформною ексудативною еритемою,

	вульгарним сикозом, справжньою пухирчаткою
Вульгарна ектима	глибоке обмежене виразкове ураження шкіри, що виникає у осіб зі зниженою реактивністю організму. Може починатися зі стрептококової фліктени або фолікулярної пустули, на місці яких виникає пузир з гнійно – геморагічним вмістом. Після його розкривання утворюється округла виразка з валикоподібними краями, кровоточивим дном, яке вкрите гнійно – слизовим некротичним нальотом, що зсихається у кірку. На місці кірки виявляється виразка без ознак регенерації, яка знову виповнюється кіркою у результаті утворення некротичних мас з домішками крові. Процес може тривати довго, при сприятливому результаті виразка виповнюється грануляціями та загоюється рубцем.
Диференціюють	з фурункулом, сифілітичною ектимою, індуративною еритемою, скрофулодермою, виразками при лейшманіозі.
Хронічна дифузна стрептодермія (хронічна дифузна піодермія, піококовий епідермодерміт, ексфоліативна стрептодермія)	розвивається на місці вогнища гострої дифузної стрептодермії, що затягнулася, або тривалого вульгарного імпетигу. У вогнищах уражень розвивається виражена інфільтрація шкіри з синюшним відтінком, з виразковими ділянками, мокнуттям і шаровидними жовтуватими – сірими кірками (нагадують пластини слюди). Контури вогнища неправильні (фестончасті) з наявністю обривків епідермісу, що відшарувався. Іноді вогнища лущаться та ліхеніфікуються, нагадуючи бляшковий псоріаз. Під час загострення відбувається мокнуття, почервоніння, набряк та поява нових висипів.
Локалізується	на гомілках, стопах у осіб з гіпостатичним синдромом (варикоз, тромбофлебіт, перенесені травми)
Диференціюють	з мікробною екземою
Діагностика	базується на мікроскопії мазків (забарвлюються по Граму), посівах гною (знаходження Staphylococcus aureus, β - гемолітичного стрептокока та ін.), та крові (при ознаках лихоманки та сепсису) на живильні середовища, загальному аналізі крові, серологічних реакціях, патоморфологічних змінах у шкірі. Для більш достовірної діагностики піодермій матеріал для дослідження бажано брати безпосередньо з порожнинного елемента (з фліктени - при стрептодермії; з фолікулярної пустули - при стафілодермії), а не з поверхні зруйнованого елемента. Засів отриманого при пункції гноячкових елементів

	матеріалу (до початку лікування) на живильне середовище необхідний також для дослідження чутливості патогенних мікроорганізмів до антибіотиків (отримання антибіотикограми), що має важливе значення для проведення ефективної етіотропної терапії, а також засів необхідний для отримання аутовакцини.
Лікування хворих на піодермію	-починають з призначення антибіотиків в залежності від виду збудника, ступеня його чутливості до тих чи інших препаратів, перебігу захворювання (при гострому перебігу не менш ніж на 5-7 днів, а при хронічному – на 7 – 14 днів). Призначають: антибіотики першого покоління : пеніцилін (по 500 тис ОД в/м кожні 4 години), ампіцилін (по 0,25 г х 4 рази на добу), ампіокс (по 0,5 г х 3 рази на добу); антибіотики групи цефалоспоринів: цепорин (0,5 г х 3 р. в/м), цефазолін (0,25 - 0,5 г в/м кожні 8 годин), цефалексін (по 0,25 - 0,5 г х 4 рази на добу); тетрацикліни : тетрациклін (по 0.25 г х 4 р.), доксіцикліна гідрохлорід (по 0,1 г х 2 рази); аміноглікозиди: гентаміцина сульфат (в/м по 1-2 мл 4% розчину х 2 рази на добу), тобраміцин (в/м 2-5 мг на 1 кг маси тіла), ванкоміцин (в/в в тяжких випадках); макроліди: еритроміцин (по 0,25г х 4р.); фторхінолони : офлоксацин (по 0,25г х 2 р.). Застосовують засоби специфічної імунотерапії: стафілококовий антифагін (п/ш від 0,2 до 1,0 мл щоденно, курс повторюють через 2-3 тижня), стафілококовий бактеріофаг (в/ш чи в/м від 0,1 до 2мл зі схемою всього 8-10 ін'єкцій); імунокорегуючі засоби: Т-активін (п/ш по 0,1 мл 0,01% розчину щоденно протягом 10 діб), тималін (п/ш від 5 до 20 мг щоденно, курсом 30-100мг), тимоген (в/м від 50 до 100мкг на курс 300-1000мкг), лycopід (в/м по 0,125 мг щоденно протягом 10 діб), рузам (п/ш по 0,2 мл 1 раз в 5-7 днів, курс 10 ін'єкцій); цитостатики : проспидін (в/м від 50 мг до 100 мг щоденно, курс – 1,5-2,0г) , циклофосфан (в/м по 100 мг на добу, курс – 1,0-1,5г); кортикостероїди: преднізолон, дексаметазон, триамцинолон (призначають у комбінації з антибіотиками чи цитостатиками в дозі 20- 40 мг протягом 3-6 тижнів). Доцільно застосовувати засоби покращуючі мікроциркуляцію шкіри: актовегін (по 5 мл в/в щоденно, курс 15-20 ін'єкцій), трентал, неонікол (не менш 1 місяця);

	гепатопротектори: есенціале форте (в/в по 5 мл щоденно, курс – 10), карсил (по 1 табл. х 3 р на добу протягом місяця); системну ензимотерапію: вобензим (по 5 табл. х 3 р. на добу , протягом 2-3 місяців). Окрім того призначають вітамінотерапію: вітаміни групи В (В₆, В₁₂) , вітамін С; фізіотерапевтичне лікування: УВЧ, лазеротерапія, лазерне опромінення крові. При тяжких (карбункул, фурункул обличчя, пухирчатка новонароджених, бульозне імпетиго) та розповсюджених формах необхідно призначати стимулюючі засоби (алое, аутогемотерапія, вітаміни, гамаглобулін та ін.).
Місцеве лікування піодермії	-починають з первинної обробки вогнищ (відкриття покришок фліктен та пустул, обробка 3% розчином перекису водню, змащування аніліновими барвниками чи іншими дезинфікуючими засобами) при наявності ексудації та гнійних кірок рекомендована санація шкіри розчином перманганату калію 1:5000, а потім дренування вогнищ за допомогою пов'язок з дезинфікуючими розчинами; рекомендовані дезинфікуючі засоби у вигляді мазей, пластирів, які забезпечують більш глибоке проникнення лікарської речовини. Для санації усієї шкіри рекомендується загальне УФ – опромінення чи дезинфекція шкіри в залежності від форми піодермії та стадії процесу застосовують: при виразкових дефектах - видалення кірок, некротичних шматочків тканини, гною та дезинфекцію асептичними розчинами (фурацилін 1:5000, 1% борна кислота, 1% розчин діоксину; при наявності інфільтрації – іхтіол з димексідом (1:1), трипсін, химотрипсін; в період рубцювання пов'язки з 5% дерматоловою, лінкоміциновою пастами, мазі з іруксолом, гепарином, актовегіном.
Профілактика піодермітів	Організація боротьби з гноячковими захворюваннями, яка вміщує в себе підвищення рівня особистої гігієни, умов побуту, харчування, праці, санітарно - культурної грамотності населення, проведення роз'яснювальної роботи та диспансеризація хворих на піодерміти.