

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

Приволжский исследовательский медицинский университет

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

«Утверждаю»

Зав. кафедрой хирургической стоматологии и  
челюстно-лицевой хирургии,  
д.м.н., профессор Дурново Е.А. \_\_\_\_\_

**ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ ПО ТЕМЕ:**

Специфические воспалительные процессы области лица, шеи и челюстей.  
Актиномикоз. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника, диагностика,  
дифференциальная диагностика. Лечение актиномикоза области лица, шеи и  
челюстей. Рожистое воспаление

Учебно-методическое пособие для студентов

**Факультет стоматологический  
Курс третий**

Разработаны:

К.м.н., доцентом Руновой Н.Б.

Обсуждены и утверждены

На заседании кафедры, протокол № \_\_\_\_\_

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201 г.

Рецензенты:

**1. Место проведения занятия** – кафедра хирургической стоматологии ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России; стоматологическая поликлиника №1 ФМБА ПОМЦ; стоматологическая поликлиника №3 ФМБА ПОМЦ; Приокский филиал Областной стоматологической поликлиники.

#### **Оснащение**

- Рабочее место врача-стоматолога, современное оборудование
- Медицинские карты стоматологического больного
- Презентации по теме, мультимедийный проектор
- Таблицы: «Классификация актиномикоза ЧЛЮ», «Классификация рожистого воспаления»
- Таблица «Строение лимфатического аппарата лица и шеи»
- Доска, мел
- Ситуационные задачи
- Задания в тестовой форме
- Методические рекомендации для преподавателей и студентов

**2. Продолжительность изучения темы:**

Продолжительность изучения темы: 5 академических часов

Продолжительность данного занятия: 5 академических часов

**3. Межпредметные и внутрипредметные связи**

#### 1. Анатомия

Знания – строение, кровоснабжение и иннервация челюстно-лицевой области, всех групп зубов

Умения – взять материал для цитологического исследования (препараты, соскобы, мазки-отпечатки) из исследуемой области;

Навыки – отличать различные патологические процессы друг от друга;

#### 2. Патологическая анатомия

Знания – воспаление, регенерация, травмы, опухоли, 3 типа реактивности организма

Умения – взять материал для цитологического исследования (препараты, соскобы, мазки-отпечатки) из исследуемой области;

Навыки – отличать различные патологические процессы друг от друга, чтение рентгенограмм и 3Д томограмм

#### 3. Патологическая физиология

Знания – патогенез воспалительной реакции, процессы регенерации, лихорадка, опухоли, аллергия;

Умения – выявить наличие воспаления, аллергической реакции, опухоли;

Навыки – определить остроту и тяжесть и локализацию воспалительного процесса.

#### 4. Клиническая фармакология

Знания – антибактериальные и противовоспалительные препараты и средства для проведения дезинтоксикационной терапии в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии; средства, влияющие на тканевой обмен; транквилизаторы и седативные средства; наркотические и ненаркотические анальгетики; местно-анестезирующие препараты; препараты, используемые для местного антисептического воздействия

Умения – выбор необходимого лекарственного препарата, дозировки и способа введения в зависимости от патологии;

Навыки – выписывать рецепты на лекарственные средства.

#### **4. Задания для самоподготовки**

- Повторить анатомию лимфатического аппарата лица и шеи
- Повторить микробиологическую характеристику возбудителей актиномикоза и рожистого воспаления
- Выучить классификацию (клиническую и по МКБ-10) актиномикоза и рожистого воспаления ЧЛО
- Выучить пути инфицирования и распространения инфекции в организме при актиномикозе и рожистом воспалении
- Выучить патогенез актиномикоза и рожистого воспаления
- Выучить клинические проявления актиномикоза и рожистого воспаления в зависимости от формы и локализации
- Выучить методы диагностики актиномикоза и рожи
- Знать рентгенологические проявления актиномикоза костей ЧЛО
- Изучить дифференциальную диагностику актиномикоза и рожистого воспаления
- Выучить методы лечения актиномикоза и алгоритм действий врача-стоматолога при рожистом воспалении, локализуемом в челюстно-лицевой области

#### **5. Литература, рекомендуемая для самоподготовки:**

##### **Основная:**

1. Хирургическая стоматология: Учебник /Под ред. Робустовой Т.Г. - М.: Медицина, 2003.
2. Специфические воспалительные заболевания челюстно-лицевой области: Учебное пособие / Под ред. Е.А. Дурново. – Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2005. – 136 с.: ил.
3. Лекции кафедры.

##### **Дополнительная:**

1. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области. –М.: Медицина, 2001.- 224 с.
2. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Под ред. В.М. Безрукова, Т.Г. Робустовой. – М.: Медицина, 2000.
3. Клиническая патофизиология для стоматолога (под редакцией проф. В.Г.Долгих), М., Медицинская книга, Н.Новгород: изд-во НГМА, 2000.
4. Рабухина Н.А. Рентгенодиагностика заболеваний челюстно-лицевой области. М., 1991.

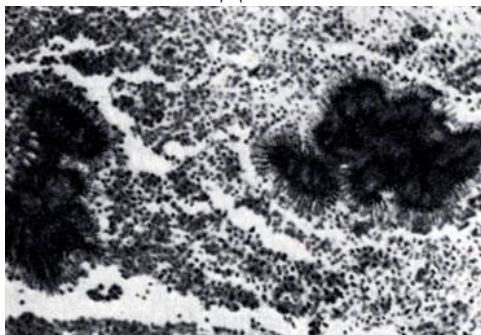
#### **6. Вопросы для самоподготовки**

1. Назовите возбудителя актиномикоза и дайте его характеристику
2. Каковы пути проникновения и распространения актиномицет в организм человека?
3. Что является предрасполагающими факторами развития актиномикоза?
4. Назовите клиническую классификацию актиномикоза. Что является первичным аффектом при актиномикозе?
5. Опишите клиническую картину подкожно-межмышечной формы актиномикоза ЧЛО
6. Перечислите особенности проявления актиномикоза лимфоузлов ЧЛО
7. Дифференциальная диагностика актиномикоза
8. Назовите методы диагностики актиномикоза
9. Опишите методику проведения кожно-аллергической пробы с актинолизатом
10. Основные принципы лечения актиномикоза органов и тканей ЧЛО: хирургическое и консервативное

11. Перечислите пути профилактики актиномикоза ЧЛО
12. Осложнения актиномикоза ЧЛО
13. Дайте характеристику возбудителя рожистого воспаления и назовите клиническую классификацию
14. Назовите категории лиц, находящихся в группе риска по возможности заражения рожей контактным путем
15. Что лежит в основе патогенеза рожистого воспаления?
16. Назовите наиболее типичные места поражения при рожистом воспалении?
17. Опишите клиническую картину эритематозной формы рожи
18. Дифференциальная диагностика рожи
19. Осложнения, развивающиеся при рецидивирующем течении рожи

### ТЕСТЫ:

НА РИСУНКЕ ИЗОБРАЖЕН ВОЗБУДИТЕЛЬ:



- 1) рожи
- 2) туберкулеза
- 3) актиномикоза
- 4) сифилиса

ПРОНИКНОВЕНИЕ АКТИНОМИЦЕТ В ТКАНИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ОБРАЗОВАНИЕМ:

- 1) пустул
- 2) абсцессов
- 3) специфических гранул
- 4) узлов

«СИМПТОМ ЛИЗИСА», УСТАНОВЛЕННЫЙ С. Ф. ДМИТРИЕВЫМ, ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ:

- 1) рожистом воспалении
- 2) вторичном сифилисе
- 3) системной красной волчанке
- 4) актиномикозе
- 5) колликативном туберкулезе

ФОРМАМИ АКТИНОМИКОЗА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) инфильтративно-язвенная
- 2) подкожно-межмышечная
- 3) геморрагическая
- 4) подслизистая
- 5) бугорковая

ВКОМПЛЕКС ЛЕЧЕНИЯ АКТИНОМИКОЗА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ВХОДИТ:

- 1) лучевая терапия
- 2) десенсибилизирующая терапия
- 3) противовирусная терапия
- 4) антибактериальная терапия
- 5) физиотерапия

НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ АКТИНОМИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) исследование гормонального статуса
- 2) рентгенологическое исследование
- 3) кожно-аллергическая проба с актинолизатом
- 4) клинический анализ крови

БЫСТРОЕ РАЗВИТИЕ ИНТОКСИКАЦИИ, ВЫСОКАЯ ЛИХОРАДКА (ДО 39-40 С), ПОВТОРНЫЕ ОЗНОБЫ, ГОЛОВНАЯ И МЫШЕЧНЫЕ БОЛИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ НАЧАЛА:

- 1) туберкулеза лимфатических узлов
- 2) флегмоны мягких тканей ЧЛЮ
- 3) рожистого воспаления
- 4) карбункула лица

В КЛИНИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ ВЫДЕЛЯЮТ ФОРМЫ:

- 1) буллезную
- 2) эритематозную
- 3) инфильтративную
- 4) эритематозно-геморрагическую
- 5) язвенную

ОСТАТОЧНЫЕ ЯВЛЕНИЯ В ВИДЕ ПИГМЕНТАЦИИ, ШЕЛУШЕНИЯ, ПАСТОЗНОСТИ КОЖИ, СУХИХ ПЛОТНЫХ КОРОК НА МЕСТЕ БУЛЛЕЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ, ЛИМФОРЕЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

- 1) туберкулезной волчанки
- 2) рожистого воспаления
- 3) актиномикоза
- 4) третичного сифилиса

ВОЗБУДИТЕЛЕМ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) бета-гемолитический стрептококк группы А
- 2) бледная трепонема
- 3) пептострептококк
- 4) золотистый стафилококк

## ЗАДАЧИ

### № 1.

Больной К., 43 лет, проживающий в сельской местности, обратился на прием к стоматологу с жалобами на затрудненное открывание рта и уплотнение в области щеки слева, появившееся около 2-х недель назад, а также повышение температуры тела в

вечернее время до 37,5-37,9 С. В последние 2 дня отмечает ухудшение состояния, нарастание симптомов, слабость, нарушение сна.

Об-но: больной бледный, вялый, температура 37, 3 С. Конфигурация лица изменена за счет инфильтрата, локализующегося в левой околоушно-жевательной области. Кожа над инфильтратом истончена, имеет синюшно-багровый цвет, в центре инфильтрата формируется свищ. При пальпации инфильтрат умеренно болезненный, плотный, имеет четкие контуры, периферическая отечность незначительная. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, подвижны, слабо болезненны. Открывание рта – 2 см между центральными резцами.

- 1) Поставьте предварительный диагноз.
- 2) Назовите возбудителя данного заболевания.
- 3) Укажите возможные пути проникновения инфекции
- 4) Опишите предположительную клиническую картину в полости рта
- 5) Укажите причину развития и степень контрактуры н/челюсти
- 6) Назовите методы диагностики данного заболевания

## № 2.

Больная З. 70 лет доставлена в приемный покой больницы скорой помощью.

Об-но: состояние средней степени тяжести, температура тела 40 С. Кожные покровы лица в области щек и носа резко гиперемированы, краснота распространяется на кожу лба. Гиперемированные участки отечны, имеют четкие контуры, приподнимаются над рядом расположенными участками здоровой кожи. Из анамнеза: заболевание началось сутки назад остро с резкого повышения температуры до 39 С, слабости, недомогания. Прием аспирина незначительно снизил температуру на непродолжительное время. В связи с ухудшением состояния и появлением высыпаний на лице больная вызвала скорую помощь.

- 1) Поставьте предварительный диагноз и проведите дифференциальную диагностику
- 2) Назовите возбудителя заболевания
- 3) Приведите клиническую классификацию данного заболевания
- 4) В каком стационаре должна лечиться данная пациентка
- 5) Укажите степень контагиозности данного заболевания

## 7. Представление учебного материала

### Актиномикоз челюстно-лицевой области.

**Актиномикоз** – специфическое инфекционное заболевание, вызываемое лучистым грибком. Проникновению актиномицетов в ткани ЧЛЮ способствуют воспалительные процессы в полости рта и повреждения мягких тканей.

#### **Пути проникновения:**

экзогенный (грибок сохраняется и живет вне животного организма, ведет сапрофитный образ жизни и широко распространен в природе);  
эндогенный.

#### **Пути распространения актиномицетов:**

- Контактный – поражаются все ткани подряд (в мягких тканях образуются специфические гранулемы).

- Лимфогенный – происходит метастазирование не друз актиномицетов, а продуктов их лизиса (данный феномен лизиса открыт Дмитриевым С. Ф.), т. к. диаметр друз больше просвета лимфососудов. Наиболее распространенный путь, имеющий решающее значение. Друза – переплетающиеся нити мицелия актиномицетов.

- Гематогенный – главным образом идет метастазирование в отдаленные органы (головной мозг, легкие, почки).

**Формы актиномикоза:**

- Кожная;
- Подкожная;
- Слизистая;
- Подслизистая;
- Подкожно-межмышечная (глубокая);
- Актиномикоз лимфоузлов;
- Актиномикотическая одонтогенная гранулема;
- Актиномикоз органов полости рта (языка, слюнных желез и др.)

**Течение актиномикоза:**

Острый ограниченный процесс;

Острый прогрессирующий процесс;

Хроническая инфекция с обострениями затяжного характера.

Длительность инкубационного периода актиномикоза колеблется от нескольких дней (4-17) до многих месяцев и даже лет (зависит от сопутствующей патологии, от присоединения иной микробной флоры).

**Патанатомия и патогенез:** при актиномикозах в области внедрения лучистых грибов развиваются специфические гранулемы-узелки (первичная актиномикотическая гранулема). Через различные сроки в соседних участках появляются новые узелки. Клетки центральных отделов узелка подвергаются некробиозу и расплавлению. По периферии узелков и вокруг всего пораженного участка развивается плотная соединительная ткань, обуславливающая значительную твердость инфильтратов и сморщивание тканей.

**Строение гранулемы:** в центре – колонии лучистого гриба, полинуклеары и лимфоциты, которые позднее подвергаются распаду. По периферии – грануляционная ткань из круглых, плазматических клеток, фибробластов и ксантомных клеток. Позднее развивается фиброз. Распавшиеся друзы фиксируются макрофагами и разносятся в соседние ткани, где образуются дочерние гранулемы.

**Клиническая картина:**

Актиномикоз начинается остро, напоминая неспецифические одонтогенные воспалительные процессы. После 1-2 недель болезнь принимает хроническое течение, иногда периодически возникают обострения. Возможно первично хроническое течение.

Для любой локализации актиномикотического процесса характерно его медленное и вялое развитие. Наиболее часто процесс начинается незаметно, с появления в тканях безболезненного или малобезболезненного инфильтрата с нечеткими границами, покрытого нормального цвета кожей, которая над ним легко собирается в складку. Постепенно инфильтрат увеличивается в размерах и уплотняется, спаивается с кожей, которая становится сине-багровой.

Если процесс в жевательной мышце, то появляется контрактура различной степени. Потом в центре инфильтрата образуется один или несколько очагов размягчения, они приближаются к поверхности и вскрываются на коже, формируя свищи. Инфильтрат имеет деревянистую плотность, неровную поверхность, спаян с окружающими тканями, кожа над ним сине-багровой окраски. На поверхности инфильтрата свищи с гнойным отделяемым. Процесс то затихает, то вновь обостряется. Может присоединяться гноеродная флора, тогда

клиника меняется (отек тканей с гиперемией кожи, резкая болезненность, увеличение л/узлов, ухудшение общего состояния).

**Подкожно-межмышечная** – наиболее частая (в щечной, подглазничной, скуловой, околоушно-жевательной, височной, подчелюстной обл., в крылочелюстном пространстве, на боковой поверхности шеи). На фоне инфильтрации ткани идет прогрессирующее ограничение открывания рта. Медленное течение редко, чаще присоединяется гноеродная инфекция с образованием абсцесса или флегмоны

#### **Диагностика актиномикоза:**

1. Микробиологическое исследование гноя в нативном препарате, окрашенных мазков гноя, выделение культуры лучистых грибов путем посева.
2. Кожно-аллергическая проба с актинолизатом – определяет специфически измененную реактивность организма больного актиномикозом.
3. Пато-морфологические исследования (операционный материал).
4. Серологическая реакция с актинолизатом (очень информативна, если др. методы исследования отрицательны)

#### **Диф. диагностика:**

- ретромолярный периостит н/челюсти;
- острый и хронический остеомиелит челюстей;
- околочелюстные флегмоны;
- туберкулез;
- сифилитическое поражение челюстей;
- доброкачественные и злокачественные новообразования;
- воспаления слюнных желез;
- фурункулез.

#### **Лечение:**

**Хирургическое** – местное воздействие на раневой процес: удаление причинных зубов, санация патологических очагов в органах уха, горла, носа. Удаление инородных тел, конкрементов. Вскрытие актиномикозных очагов, выскабливание грануляций. Удаление избыточных участков новообразований кости и выскабливание внутрикостных очагов. Удаление пораженных л/узлов.

#### **Консервативная терапия:**

Актинолизат

Антибиотики – действуют не на друзы, а на сопутствующую инфекцию (необходимо проверить чувствительность к антибиотикам).

Десенсибилизирующая терапия.

Общеукрепляющая терапия (вит. Гр. В, С, АТФ, кокарбоксилаза)

Инфузионная терапия (коррекция гемодинамики, ликвидация метаболических нарушений, дезинтоксикация).

Стимулирующая (осторожно) – антигенные стимуляторы: пентоксил, метилурацил, продигозан, пирогенал, левамизол, Т-активин.

Актиномицетная поливалентная вакцина (АПВ).

Рентгенотерапия (противовоспалительная) – 100-150 R при фокусном расстоянии 20-30 см, общая доза – 1500-2000 R.

Массивные дозы KI в разведении 3:90, 20:90, затем опять 3:90, электрофорез № 5-10, затем димиксид, трипсин, химотрипсин.

Успешно фтивазид с 0,1-2 раза в день доводим до 0,5-4 раза в день.



## **Рожистое воспаление.**

**Рожа** - бактериальная инфекционно-аллергическая болезнь, характеризующаяся острым серозным или серозно-геморрагическим воспалением кожи и слизистых оболочек с лимфангитом и регионарным лимфаденитом. Заболевание протекает остро, имеет рецидивирующее течение. Морфологически болезнь характеризуется поражением лимфатической и кровеносной систем кожи и слизистых оболочек, а клинически – общей реакцией в виде инфекционного токсикоза, проявляющегося лихорадкой, адинамией, иногда возбуждением, тахикардией, гипотонией и местной реакцией на коже и слизистых оболочках.

### **Этиология**

Возбудителем рожи является бета-гемолитический стрептококк группы А любых серологических типов, циркулирующих в данной местности. Это Гр+ микроорганизм. Новорожденные, роженицы, лица, перенесшие полостные операции, больные с различными вариантами иммунодефицита, больные ВИЧ-инфекцией, гематологические и онкологические больные не должны иметь контакт с больными рожей в остром периоде болезни из-за высокого риска заражения.

Механизм передачи инфекции осуществляется контактным и воздушно-капельным путями. Местное предрасположение для рожи лица представляют собой хронические процессы в ротовой полости, кариозные зубы, болезни ЛОР-органов. Посттравматические и послеоперационные рубцы предрасполагают к локализации очага именно в месте своего расположения.

### **Патогенез**

Заболевание развивается на фоне снижения общего и местного иммунитета. Развитие процесса зависит от резистентности кожи и обсемененности ее стрептококками. Нарушение иммунной реактивности и состояние сенсibilизации являются благоприятными условиями для развития рожистого воспаления.

Частые рецидивы рожи в значительной мере объясняются стойким нарушением кровотока и лимфооттока, а также дефицитом В-глобулинов в тканях.

### **Клиническая картина**

Для рожи характерно острейшее начало независимо от кратности. *Начальный период* сопровождается быстрым развитием интоксикации, высокой лихорадкой (до 39-40 С), повторными ознобами, головной и мышечными болями, слабостью. Через несколько часов или на следующий день начинает формироваться местный воспалительный очаг и наступает *период разгара болезни*. Регионарный лимфаденит и лимфангит бывают ранними проявлениями заболевания, часто опережают формирование местного очага и сохраняются 2-4 дня. Эритема и отек развиваются одновременно в виде эритематозного пятна, возвышающегося над окружающей кожей; очертания очага всегда неправильные, напоминающие географическую карту.

Местный воспалительный очаг на коже лица чаще локализуется вокруг естественных отверстий (глаз, носа, рта), располагаясь симметрично и напоминая очертаниями крылья бабочки. Довольно быстро процесс распространяется на кожу лба, ушные раковины, волосистую часть головы, затылок, шею.

Рожа головы протекает тяжелее, чем других участков тела, из-за близости головного мозга и его оболочек, которые могут вовлекаться в процесс. Развивается менингит, сопровождающийся оглушением, спутанностью или потерей сознания, бредом или сонливостью, рвотой, судорогами, оболочечными симптомами: ригидностью затылочных мышц, симптомом Кернига, верхним, средним или нижним симптомом Брудзинского.

### **Клиническая классификация рожи.**

*1. По степени тяжести:*

- 1) легкая;
- 2) среднетяжелая;
- 3) тяжелая.

**2. По характеру местного очага:**

- 1) эритематозная;
- 2) буллезная;
- 3) эритематозно-буллезная;
- 4) эритематозно-геморрагическая;
- 5) буллезно-геморрагическая формы.

**3. По кратности:**

- 1) первичная;
- 2) повторная;
- 3) рецидивирующая (ранние, поздние рецидивы, упорно-рецидивирующая, число рецидивов).

**4. Классификация по распространенности местных проявлений:**

- 1) локализованная;
- 2) распространенная (мигрирующая и метастатическая формы)

Гангренозно-некротические и флегмонозные формы рожи не являются самостоятельными, а развиваются при присоединении стафилококковой инфекции.

**Осложнения рожистого воспаления:**

Местные: абсцесс, флегмона, нагноившаяся гематома, поверхностный некроз, пустилизация булл, флебит, тромбофлебит.

Общие: сепсис, тромбоэмболия, ИТШ.

**Диагностика:**

Диагноз рожистого воспаления ставят при первой встрече с больным на основании осмотра, без специальных лабораторных исследований. Иногда для уточнения диагноза проводят выделение возбудителя – патогенного стрептококка.

**Дифференциальная диагностика:**

- 1) С абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой
- 2) С опоясывающим
- 3) С нерожистым лимфангитом.
- 4) С тромбофлебитом лицевой вены
- 5) С актиномикозом челюстно-лицевой области.
- 6) С сибирской язвой.
- 7) С экземой, контактным дерматозом, медикаментозной токсикодермией.

**Лечение:**

Проводится в зависимости от формы рожистого воспаления, чаще в амбулаторных условиях. Госпитализация показана при тяжелом течении болезни с выраженной интоксикацией, распространенным очагом, при геморрагической форме, рецидивирующем характере заболевания, в детском и старческом возрасте, при наличии тяжелой сопутствующей патологии.

Общее лечение:

1. При первичной роже назначают пенициллин десенсибилизирующие средства, аскорутин, физиотерапию (УФ-облучение, УВЧ-терапию и др.)

2. При рецидивирующей роже показаны 2 курса антибиотиков. Сначала назначают антибиотик цефалоспоринового ряда первого или второго поколения на фоне десенсибилизирующих препаратов, аскорутин, физиотерапии и других патогенетических средств. Для второго курса используют линкомицин

3. При рецидивирующей роже параллельно с этиотропной терапией применяют неспецифические нестероидные противовоспалительные препараты: бутадион, метиндол в

обычных дозах. При повторно рецидивирующей роже показаны и неспецифические стимуляторы, иммуномодуляторы: Т-активин, нуклеинат натрия, спленин, глицерам, метилурацил, интерфероновые препараты (реоферон, лейкинферон), бемитил, продигиозан, пирогенал и др.

В связи с преобладанием геморрагических форм рожи с активацией прокоагулянтного звена гемостаза показано применение антикоагулянта прямого действия гепарина. Одновременно назначают трентал по 0,2-4 г 3 в сутки.

*Местная терапия:*

Очень ограничена. **Больным противопоказаны мази:** ихтиоловая, Вишневского, антибиотические мази, эмульсии. При выраженных субъективных ощущениях в очаге в виде жжения, жара в ранние сроки кратковременно применяются примочки с раствором фурацилина (1:5000), риванола (1:1000), при вскрытии пузырей проводят УФО или применяют эти же примочки. На эрозивную поверхность, появившуюся на месте бывших пузырей, применяют эктерицид, цигерол, винилин, пелоидин, при выраженном гемаррогическом синдроме местно - дибунол, внутрь - биметил. Введение в очаг ингибиторов протеаз (гордокс, контрикал) может проводиться при любом характере нарушения гемостаза.

Лазеротерапия