

ИНФЕКЦИОННЫЕ ДЕРМАТОЗЫ

ПИОДЕРМИИ

Чесотка

Вшивость

Цели и задачи:

■ Знать:

- основные патогенетические факторы, благоприятствующие развитию заболевания;
- дифференциально-диагностические признаки фолликулярных и нефолликулярных пустул;
- основные принципы общего и местного лечения гнойничковых заболеваний кожи;
- основные принципы профилактики пиодермий;
- этиологию и пути передачи чесотки;
- основные клинические симптомы заболевания;
- методы лечения и организацию борьбы с чесоткой.

Цели и задачи:

■ Уметь:

- правильно собрать анамнез у больного с пиодермией и чесоткой;
- выявить патогенетические факторы, способствующие возникновению заболевания;
- определить клинические разновидности пиодермий;
- поставить диагноз «чесотка» и обосновать его;
- назначить индивидуальное лечение больным с гнойничковыми заболеваниями кожи, чесоткой и вшивостью;
- осуществить профилактику чесотки и вшивости.

■ Ознакомится:

- с лабораторной диагностикой пиодермий, чесотки;
- с нормативными документами по профилактики чесотки.

План занятия:

- Определение
- Этиология
- Патогенез
- Классификация
- Особенности клинической картины
- Дифференциальная диагностика
- Лечение

Пиодермии

- **Группа гнойничковых заболеваний кожи и ее придатков (волосяных фолликулов, сальных и потовых желез) вызываемых преимущественно гноеродными кокками (стафилококками, стрептококками), реже – протеем, энтерококками, синегнойной, кишечной палочкой и другими микроорганизмами.**



ЭТИОЛОГИЯ

- Нормальная кожа у здоровых лиц обладает высокой резистентностью против инвазии огромного количества бактерий. Бактерии не способны проникать через слои нормальной кожи. Кожа человека содержит большое разнообразие белков, которые от природы обладают антимикробными свойствами, которые содержатся не только на поверхности кожи, а также присутствуют в экзокринных потовых железах и слюне.
- **Развитие и эволюция бактериальной инфекции определяются тремя факторами:**
 - 1. Входные ворота;
 - 2. Защитные силы организма и воспалительный ответ на инвазию;
 - 3. Патогенные свойства микроорганизмов.

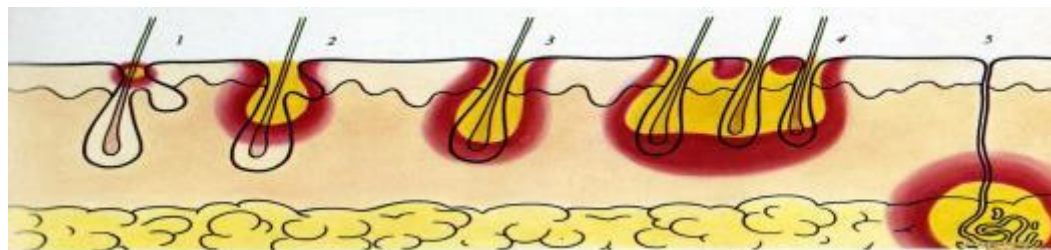


Этиология

- **Основными возбудителями пиодермии являются: стафилококки, стрептококки, вульгарный протей, синегнойная и кишечная палочки.** Стафилококки и стрептококки самостоятельно вызывают поражение кожи. Другие бактерии чаще приводят к поражению кожи в ассоциации друг с другом, а также с иными, анаэробными микроорганизмами, грибами.
- **Стафилококк** обычно существует на кожном покрове, особенно в области крупных складок и на слизистой оболочке носа, не вызывая заболевания. Путь заражения обычно контактный – через руки, одежду и загрязненные предметы. Среди патогенных микробов стафилококки наиболее устойчивы во внешней среде. Они хорошо переносят замораживание, сохраняя при этом жизнеспособность в течение нескольких лет, и высыхание, являясь в дальнейшем источником пылевой (воздушной) инфекции. Прямой солнечный свет убивает стафилококки в течение нескольких часов. При нагревании до температуры более 70°C они погибают. Менее устойчивы стафилококки к действию различных химических веществ: 1% раствора хлорамина — через 2—5 мин, чаще всего используют дез. средства вызывающие коагуляцию белка. Стафилококки устойчивы к повышенной концентрации хлорида натрия.
- **Стрептококк** постоянно обнаруживается на слизистой оболочке верхних дыхательных путей и коже. Стрептококк распространяется путём прямого контакта и воздушно-капельно. Стрептококки длительно сохраняются при низких температурах, могут выживать в пыли, устойчивы к высушиванию, в гное и мокроте сохраняются месяцами. При температуре 70° С они погибают в течение 1 ч. Фенол (3-5% раствор) убивает стрептококки через 15 мин.



Патогенез



- Пиодермии могут возникнуть в результате активации потенциально патогенных микробов, находящихся на коже и слизистых оболочках, а также при попадании инфекции извне.
- Возникновению гнойничковых заболеваний способствуют внешние и внутренние факторы.
- **Экзогенные факторы:** микротравматизм кожи; повреждение эпидермиса растворами щелочей и кислот; воздействия высоких и низких температур и др.
- **Эндогенные факторы:** сахарный диабет (нарушение толерантности к глюкозе); заболевания желудочно-кишечного тракта; гипергидроз и себорея; ВИЧ-инфекция; затяжные хронические инфекции; наркомания, токсикомания и др.
- При пиодермиях наблюдается несостоятельность факторов неспецифической защиты, в частности, фагоцитарной активности нейтрофилов, нарушение функционального состояния.
- При гнойничковых заболеваниях в зависимости от клинической формы воспалительный процесс развивается в волосяных фолликулах, сальных и потовых железах.
- Пиодермии могут быть как самостоятельными заболеваниями или осложнениями других болезней (чесотка, педикулёз, экзема, атопический дерматит и др.)

Классификация пиодермий

- **Стафилодермии острые поверхностные**

Эпидемическая пузырчатка новорожденных
Эксфолиативный дерматит Риттера (тяжелая форма пузырчатки)
Остиофолликулит
Фолликулит
Стафилококковый сикоз

- **Стафилодермии острые глубокие:**

Фурункул
Карбункул
Гидроаденит
Псевдофурункулез (множественные абсцессы у детей).

- **Стафилодермии хронические поверхностные:**

Стаф. Сикоз

- **Стафилодермии хронические глубокие:**

Хронический фурункулез

Классификация пиодермий

- **Стрептодермии острые поверхностные:**
Стрептококковое импетиго
- **Стрептодермии острые глубокие:**
Рожа
- **Стрептодермии хронические поверхностные:**
Простой лишай
- **Стрептодермии хронические глубокие:**
Эктима
Рупия

Классификация пиодермий

- ***Смешанные стрепто-стафилодермии:***

Вульгарное импетиго

- ***Атипичные формы стрепто-стафилодермий:***

Шанкриформная пиодермия

Хроническая глубокая язвенно-вегетирующая пиодермия

Ботриомикома

Эпидемическая пузырьчатка новорожденных

Развивается в течении 7-10 дней от момента рождения.

Эпидемическая пузырьчатка новорожденных. Контагиозное заболевание. Вначале возникают пузыри с серозным, а затем гнойным содержимым. После вскрытия напряженной покрышки образуются эрозии и гнойные корки. Нарушается общее состояние (ребенок становится вялым, теряет аппетит, наблюдается повышение температуры). Возможно развитие септикопиемии.

- Локализация высыпаний преимущественно на верхних конечностях, в области живота и крупных складок.

Эпидемическая пузырчатка новорожденных



Эпидемическая пузырчатка новорожденных



Эксфолиативный дерматит Риттера

- *Характеризуется образованием на коже яркой эритемы, отека, пузырей, быстро растущих по периферии. Пузыри вскрываются с образованием мокнущих эрозий. Симптом Никольского положительный.*

Эксфолиативный дерматит Риттера



Буллезное импетиго (болезнь Риттера)



CLINIQUE DERMATOLOGIQUE
Fax 33+2 40 68 31 17



CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE NANTES

© Clinique Dermatologique - CHU NANTES

Остиофолликулит

- Воспаление устья волосяного фолликула. Возникает после бритья, раздражения и мацерации кожи. Характерно быстрое появление фолликулярной пустулы, ссыхающейся через 2-3 дня в бурую корочку.

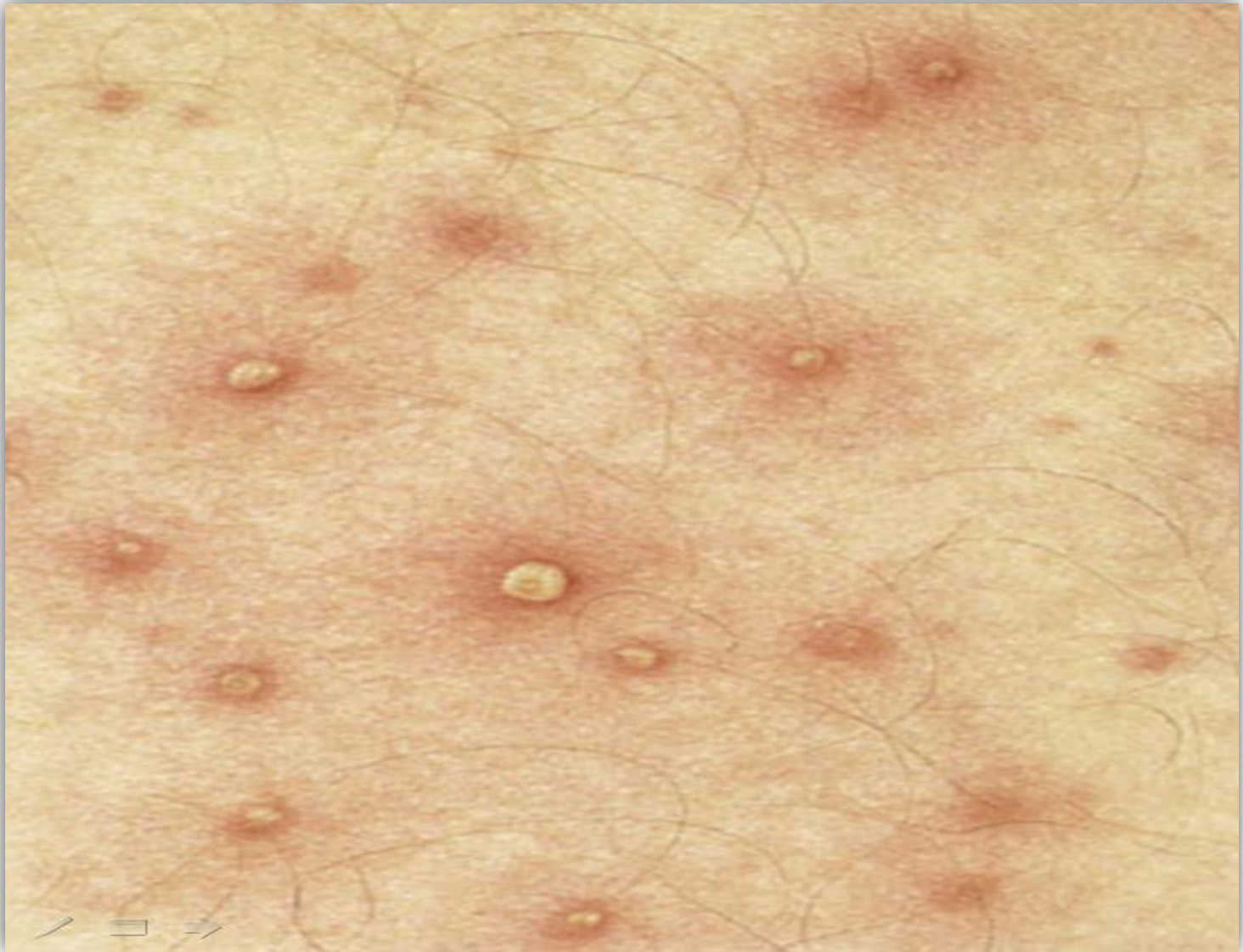
Остиофолликулит



Фолликулит

- Образуется при проникновении стафилококка в глубь фолликула, формируются ярко-красного цвета болезненный узелок и пустула, пронизанная волосом. При глубоких формах фолликулита после отторжения корки остается небольшой рубчик.

Фолликулит



Стафилококковый сикоз

Хроническая беспрерывно рецидивирующая стафилодермия с характерной локализацией в области бороды и усов, реже ресниц и бровей. Болеют мужчины. Патогенетическое значение имеют нарушения функции половых желез, желудочно-кишечного тракта, хронические инфекционные очаги в придаточных полостях носа, ринит, отит.

- Представляет собой остео- и фолликулит. Возникают одиночные или множественные пустулы, пронизанные волосом с перифолликулярной воспалительной реакцией. В дальнейшем наблюдается их слияние и образование инфильтрированных очагов, покрытых гнойными корками.*

Стафилококковый сикоз



Фурункул

- Острое гнойно-некротическое воспаление сально-волосяного фолликула и окружающих тканей дермы и подкожно-жировой клетчатки. Островоспалительная болезненная глубокая пустула с инфильтратом в окружности. Сформированный фурункул имеет вид узла, кожа над которым отечная, ярко-красного цвета. Довольно быстро образуется гнойно-некротический стержень. После отторжения некротических масс дефект выполняется грануляционной тканью. Заключительная стадия — рубцевание.
- Преимущественная локализация: задняя поверхность шеи, область плеч, предплечий, голеней, бедер, живота и ягодиц.
- Различают единичные, множественные фурункулы и фурункулез (локализованный и распространенный). Для фурункулеза характерно рецидивирующее течение.
- Осложнения: лимфангоит, лимфаденит. При локализации на лице возможно развитие менингита и сепсиса

Фурункул





Карбункул

Конгломерат фурункулов, объединенных общим инфильтратом.

При этом наблюдается нарушение общего состояния больного (озноб, повышение температуры, головная боль). Развивается у пожилых и ослабленных лиц. После отторжения некротических масс образуются обширные язвы, заживающие втянутым рубцом.

Карбункул







<http://dermis.net>

Гидраденит

Острое гнойное воспаление апокриновых потовых желез. Наблюдается с периода полового созревания. Возникают глубокие болезненные пустулы, кожный покров над которыми буровато-красного цвета, отечный. Размер первичного элемента до грецкого ореха или более. После вскрытия и отделения гноя полость заполняется грануляциями, выходное отверстие рубцуется. Течение одного гидраденита обычно непродолжительное (до 2 недель). Однако часто процесс затягивается, так как переходит с одной железы на другую. Возможны общие явления: повышение температуры, лейкоцитоз в периферической крови, повышенная СОЭ.

- Локализация: чаще — подмышечные впадины, реже — аногенитальная область.

Гидраденит



Гидраденит



Множественные абсцессы у детей (псевдофурункулез)

Встречаются у истощенных недоношенных детей грудного возраста, при нарушении гигиенического режима.

- Острое гнойное воспаление эккриновых потовых желез (порит и перипорит). Появляются синюшно-красные узлы величиной от горошины до вишни. Плотные узлы постепенно размягчаются с образованием абсцесса. Характерно приступообразное возникновение элементов. Исход — рубцевание.
- Локализация: спина, волосистая часть головы (затылок) или ягодицы.

Множественные абсцессы у детей (псевдофурункулез Фингера)





Стрептококковое импетиго

- *Поверхностные пузыри (фликтены) с дряблой крышкой и серозным содержимым., окруженные венчиком эритемы. Ссыхаясь, образуют слоистые светло-желтые корочки.*
- **Клинические разновидности импетиго:**
- а) **Буллезное импетиго.** Образуются крупные пузыри с напряженной крышкой в местах с толстым роговым слоем (стопы, голени и кисти);
- б) **Кольцевидное импетиго.** В результате подсыхания плоских пузырей в центре и распространения их по периферии наблюдается образование дуг и гирлянд;
- в) **Заеда.** В углах рта после быстро вскрывающейся плоской фликтены возникают трещины, корочки. Процесс склонен к рецидивам, чему в определенной степени способствуют очаги фокальной инфекции в полости рта;
- г) **Стрептококковая опрелость.** В крупных складках кожи возникают эрозированные участки с бордюром отслаивающегося эпидермиса. Границы поражения резкие, фестончатые;
- д) **Поверхностный панариций** — околоногтевая фликтена.
- е) **Папуло-эрозивная стрептодермия.** Встречается в грудном возрасте. Высыпания узелков красного цвета, плотной консистенции, величиной до боба. Поверхностные эрозии, покрывающиеся коркой. Локализация: ягодицы и бедра.

Стрептококковое импетиго







<http://dermis.net>

Рожа

- Ограниченное поражение кожи и гиподермы. Инкубация от нескольких часов до 3-4 суток. Продрома, озноб, головная боль, тошнота, рвота $t -40-41$ и постоянно на высоких цифрах. Интоксикация в разгар болезни. Вначале болезненность в месте будущего очага, затем появляется резко ограниченный очаг уплотнения ярко-красного цвета, болезненный при пальпации, увеличивающийся по периферии, западающий в центре. Границы четкие в виде языков пламени. – эритематозная форма. При буллезной форме на поверхности очага появляются пузырьки и пузыри с серозным, геморрагическим или гнойным содержимым.

Рожа



Рожа



Рожа



Простой лишай

- *Сухая разновидность стрептококкового импетиго. Характеризуется появлением светло-розовых пятен с мелкопластинчатыми серовато-белыми чешуйками на поверхности.*

Простой лишай

(белый лишай, асбестовидная псевдопарша)



Стрептококковая эктима

В течении болезни отчетливо просматривается определенная стадийность: образование фликтены, содержимое которой постепенно принимает серозно-гнойный или гнойно-геморрагический характер. Первичный элемент ссыхается в растущую по периферии корку. В основании корки возникает инфильтрат, расплавляющийся в центре. После отторжения корки выявляется язва с мягкими краями и рыхлым дном. Исход — рубцевание.

- У ослабленных детей (чаще в периоде новорожденности) или стариков язвенная стадия эктимы затягивается, наблюдаются явления гангренизации тканей и сепсиса. Гнойно-некротические массы на дне язвы начинают быстро распространяться—проникающая эктима. Локализация эктим: нижние конечности и ягодицы.*

Стрептококковая эктима









Рупия

- Экстима, покрытая массивными слоистыми корками грязно-серого или черного цвета.

Рупия



Вульгарное импетиго

- Отличается контагиозностью. Начинается с типичной стрептококковой фликтены. После присоединения стафилококковой инфекции содержимое полостного элемента мутнеет, ссыхается в слоисто-желтые («медовые») корки. Все высыпания склонны к периферическому росту.

Вульгарное импетиго



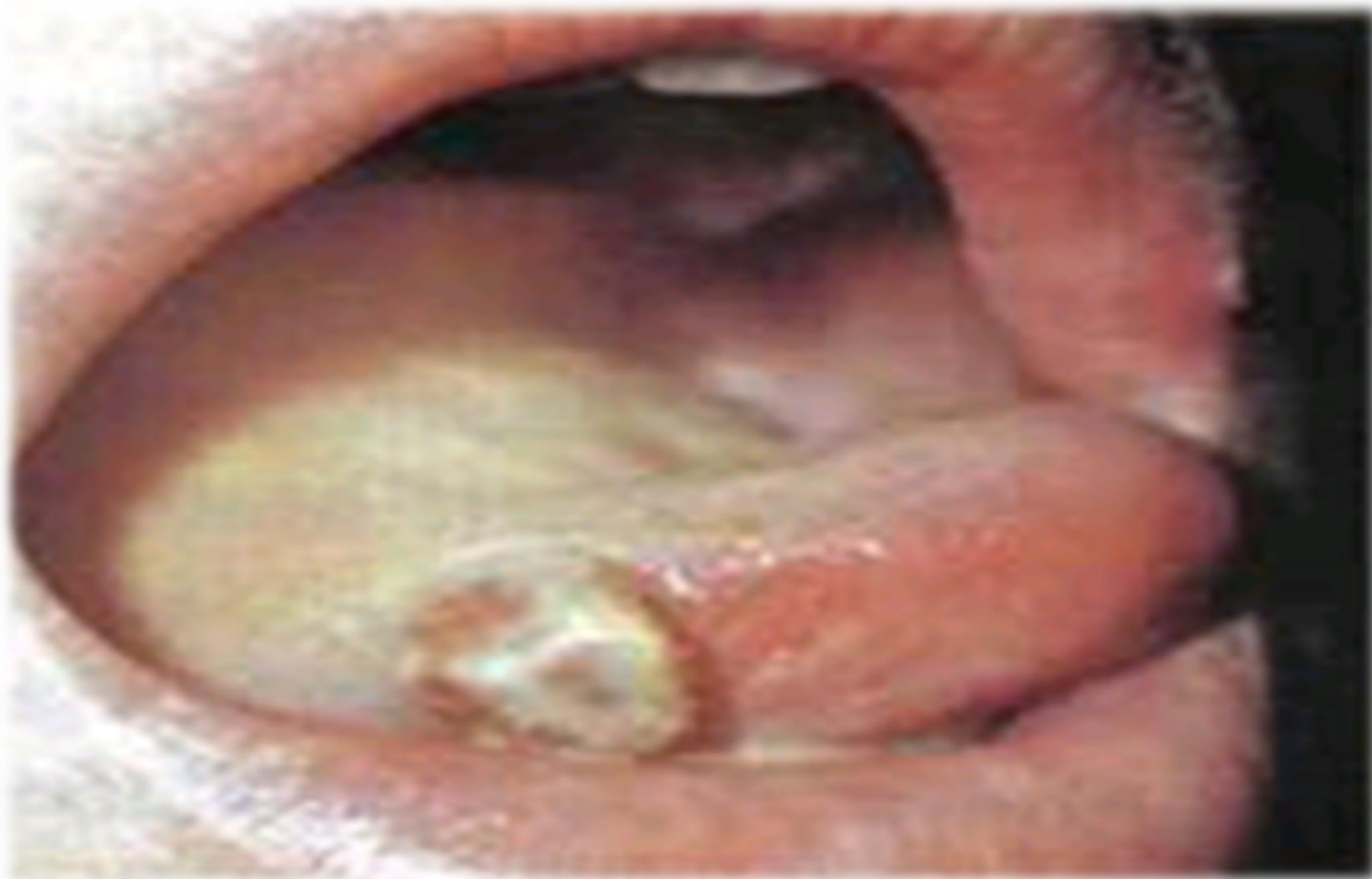
Атипичные формы



Шанкриформная пиодер

- Шанкриформная пиодермия. Язва округлой формы с тестоватым инфильтратом в основании, выходящим за пределы дефекта. Дно язвы покрыто гнойно-некротическим налетом, края багрово-красного цвета. Могут увеличиваться регионарные лимфатические узлы.
- Локализация: половые органы и красная кайма губ.

Атипичные формы: шанкриформная пиодермия



Ботриомикома

- Ботриомикома или пиогенная гранулема. Темно-красного цвета опухолевидное легко кровоточащее образование на ножке. Поверхность дольчатая.
- Локализация: в местах травматизации (кисти рук или стопы, красная кайма губ, ушные раковины).

Атипичные формы: ботриомикоза





Хроническая язвенно-вегетирующая пиодермия

- Наблюдается у ослабленных и истощенных лиц (алкоголизм, туберкулез, диабет). Из остиофолликулита, фолликулита или фликтены возникает язва с инфильтрированными краями. Дно язвы покрыто сосочкообразными разрастаниями и вегетациями.

Атипичные формы:
хроническая язвенно-вегетирующая пиодермия



Атипичные формы:
хроническая глубокая язвенно-вегетирующая пиодермия



Лечение

- *Подразделяется на общее и местное(наружное) лечение.*
- *Общая терапия (специфическая – антибиотики, сульфаниламиды, нитрофурановые препараты, активная специфическая иммунотерапия, неспецифическая иммунотерапия – пиротерапия, биогенные стимуляторы, витамины, ферменты, иммуномодуляторы).*
- *Наружная терапия: анилиновые красители, присыпки, аэрозоли, пасты, мази с антибиотиками, эмульсии*
- *Физиотерапевтические методы: УФО, УВЧ, КВЧ, ультразвук, электрофорез.*
- *Хирургическое лечение: вскрытие, дренаж, иссечение*

Критерии назначения антибиотикотерапии

- Критериями для назначения общего лечения являются:
- состояние больного
- температурная реакция
- локализация (особенно лицо)
- глубина поражения (распространение воспалительного процесса в дерму — фурункул; карбункул, гидраденит, псевдофурункулез)
- вовлечение лимфатического аппарата (лимфадениты и лимфангоиты)
- возникновение осложнений и хроническое течение

- Выбор подходящего антибиотика основывается на внешнем виде кожного поражения, характеристиках системного заболевания. Первичные кожные инфекции легкой и средней степени тяжести можно лечить местными средствами, топическими препаратами, пероральными антибиотиками или комбинацией этих методов.
- При назначении антибиотиков следует учитывать ряд факторов: эффективность лечения пероральными препаратами может быть ограничена в связи с нарушениями абсорбции и заболеваниями желудочно-кишечного тракта; гипотензия и обширные кожные поражения могут явиться противопоказанием для внутримышечного введения препаратов.
- Токсичность антибиотиков должна оцениваться отдельно для каждого препарата. Перед назначением любого антибиотика необходимо задать пациенту вопросы о ранее возникавшей лекарственной аллергии.

- При поверхностных формах пиодермии (остеофолликулит, фолликулит, сикоз, стрептококковое или вульгарное импетиго, простой лишай) можно ограничиться наружной терапией. Производится вскрытие и удаление покрышки полостного элемента (стерильным пинцетом, ножницами или иглой). Образовавшаяся эрозия обрабатывается раствором анилинового красителя (1% р-р метиленовой сини, пиоктанина, бриллиантового зеленого, Sol. Furacilini 0,02%).
- Среди наиболее широко используемых местных топических антибактериальных агентов следует упомянуть неомицин (0,5 % мазь), мупирицин (2% мазь), повидон-йод (бетадин) и хлоргексидина глюканат (4% раствор).

Профилактика

- Санитарно-технические мероприятия
- Индивидуальные гигиенические мероприятия
- Санация очагов фокальной инфекции
- Своевременное лечение заболеваний, сопровождающихся субъективными ощущениями (например, зудящие дерматозы: атопический дерматит, экзема, чесотка и т.д.), ринита, отита и конъюнктивита.
- Санитарно-просветительная работа среди населения.

Контрольные вопросы:

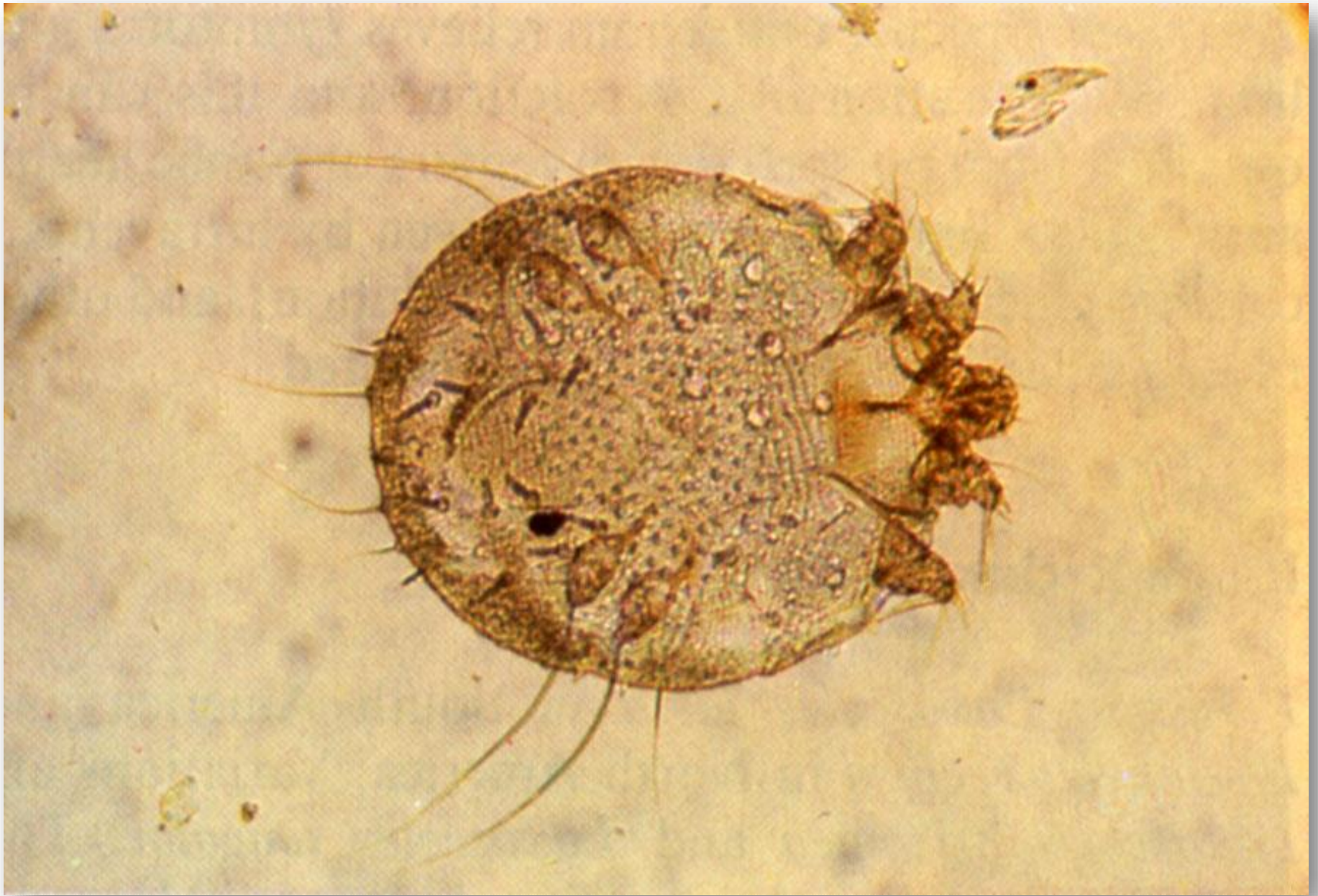
- Какие микроорганизмы являются возбудителями пиодермий?
- Какие экзогенные и эндогенные факторы способствуют развитию пиодермий?
- Назовите клинические разновидности стафилодермии.
- Какие первичные и вторичные морфологические элементы характерны для стафилодермии?
- Какова клиническая картина эпидермической пузырьчатки?
- Какие стафилодермии связаны с поражением волосяного фолликула?
- Что способствует развитию стафилококкового сикоза?
- Чем отличается фурункулез от множественных фурункулов?
- Какие стафилодермии связаны с поражением потовых желез?
- Чем отличается фурункул от гидраденита?
- Чем отличается фурункул от карбункула?
- Назовите клинические разновидности стрептодермий.
- Какие первичные и вторичные морфологические элементы характерны для стрептодермий?
- Назовите клинические разновидности стрептококкового импетиго.
- Что способствует развитию стрептококковой эктимы?
- Назовите атипичные формы стрепто-стафилодермий.
- Какие общие методы лечения пиодермитов?
- Какие физиотерапевтические методы используются для лечения пиодермитов?

Чесотка

- Чесотка – заразное паразитарное заболевание кожи, вызываемое чесоточным клещом *Sarcoptes scabiei*.
Заболевание, вызываемое у человека чесоточным клещом, в медицине как нозологическую единицу называют чесоткой - scabies – по названию возбудителя.

Этиология

- Возбудителем является чесоточный клещ *Sarcoptes scabiei*
- Инкубационный период может колебаться от нескольких часов, когда после попадания возбудителя на кожу и внедрения его инвазионных форм появляются зуд и первые элементы высыпаний до 3 недель в летнее время. Обычно он составляет в среднем 8 – 12 дней.



Клиническая картина

- Основными клиническими симптомами чесотки являются:
- Субъективно: зуд, усиливающийся в вечернее время,
- наличие чесоточных ходов,
- Полиморфизм высыпаний (фолликулярные миллиарные узелковые элементы, везикулы, возникающие на месте внедрения клещей, а затем появление корочек и эрозий).
- Характерная локализация клинических проявлений.
- На месте внедрения клеща возникает везикула.
- Чесоточный ход – несколько возвышающаяся над уровнем кожи полоска грязно серого цвета 5-7 мм в длину.

Локализация

- Межпальцевые складки кистей
- Боковые поверхности пальцев рук
- Сгибательная поверхность лучезапястных суставов
- Разгибательная поверхность предплечий, локтевого сустава
- Переднебоковые поверхности туловища
- Область передних стенок подмышечных впадин,
- Молочные железы
- Кожа вокруг пупочного кольца,
- Ягодичная область
- Область поясницы
- Область гениталий

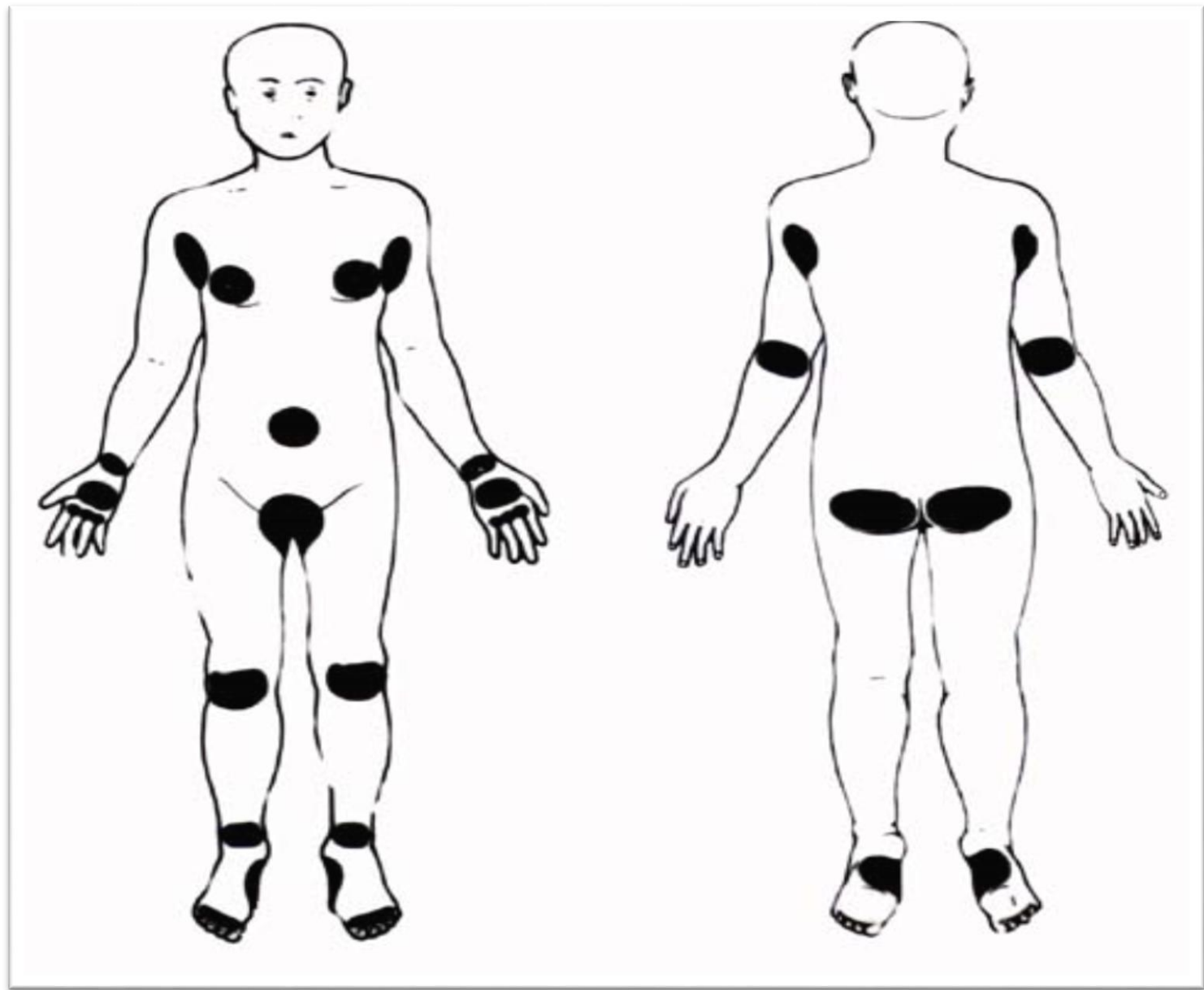
Клиническая картина

- Нередко в папулах и везикулах, расположенных вне чесоточных ходов, клещи не обнаруживаются, что свидетельствует об аллергической природе этих высыпаний.
- Первичные морфологические элементы представлены парными фолликулярными папулами, располагающимися на коже туловища и конечностей.
- Вторичные эфлоресценции представлены точечными геморрагическими корками, эрозиями, эксфолиациями локализующимися там же, где и первичные элементы.

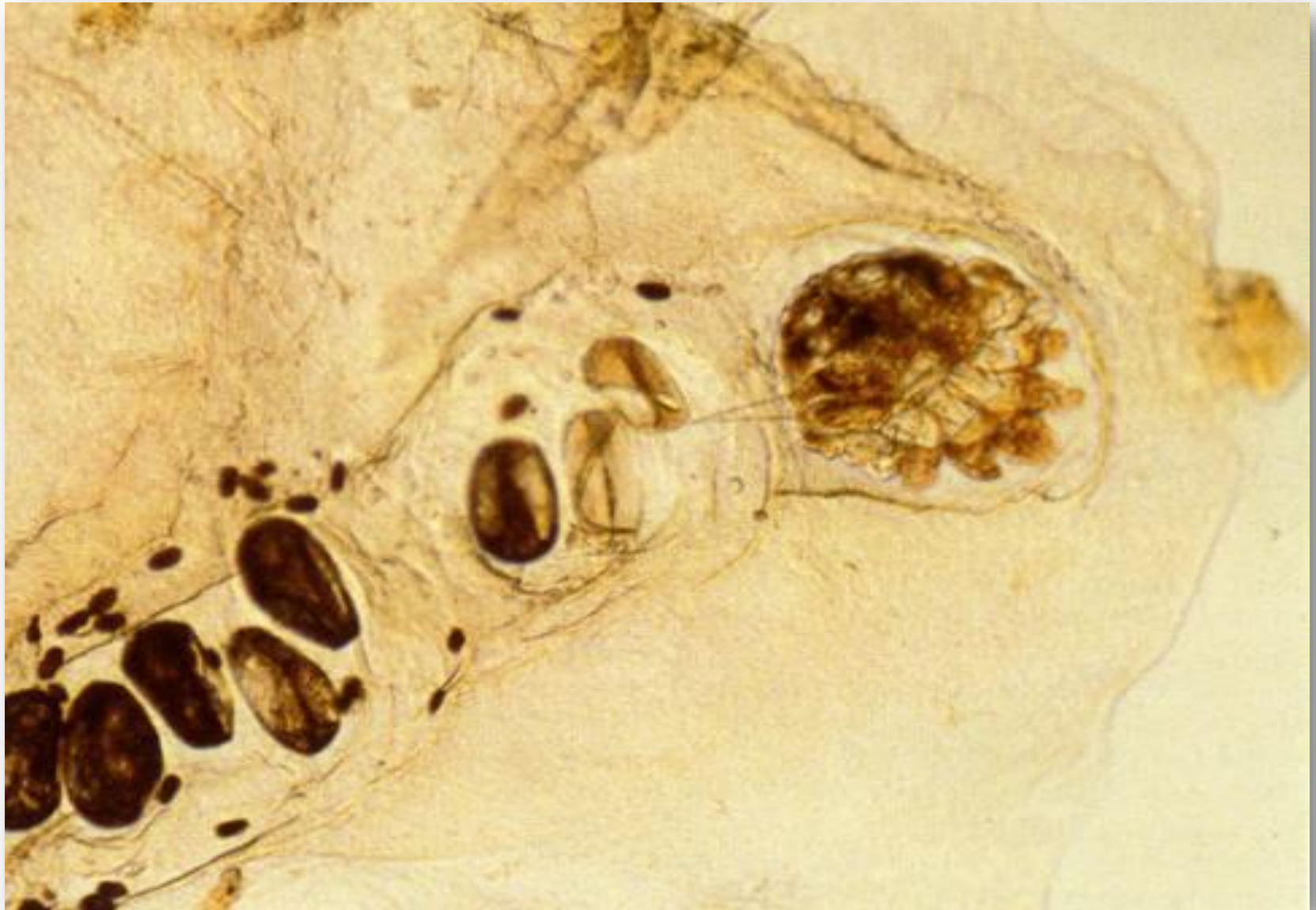
Локализация

- Межпальцевые складки кистей
- Боковые поверхности пальцев рук
- Сгибательная поверхность лучезапястных суставов
- Разгибательная поверхность предплечий, локтевого сустава
- Переднебоковые поверхности туловища
- Область передних стенок подмышечных впадин,
- Молочные железы
- Кожа вокруг пупочного кольца,
- Ягодичная область
- Область поясницы
- Область гениталий

Места излюбленной локализации чесотки:



Чесоточный ход



Чесотка



Чесотка



Чесотка



Чесотка



Чесотка



Характерные признаки при чесотке

- Симптом Сезари – пальпация рельефа чесоточного хода.
- Симптом Арди-Горчакова – на коже локтевых суставов: папулы, пустулы, корочки
- Высыпания в виде импетигиозных элементов, пузырьков, локализующихся в области межъягодичной складки с переходом на крестец, получили название симптома треугольника или ромба Михаелиса.

Клинические разновидности чесотки:

- без ходов,
- узелковая (скабиозная лимфоплазия),
- норвежская,
- чесотка “чистоплотных” или чесотка “инкогнито”,
- осложненная чесотка

Чесотка без ходов

- Встречается в последнее время нередко, обычно среди контактных лиц в очаге и наблюдается при заражении личинками после тесного телесного контакта. Для превращения личинок во взрослых самок, способных прокладывать ходы и откладывать яйца, необходимо 2 недели. Характерен полиморфизм высыпаний (везикулы, фолликулярные папулы, расчесы). Ходы отсутствуют.

Узелковая чесотка (скабиозная лимфоплазия)

- Возникает на месте чесоточных ходов и характеризуется наличием зудящих лентикулярных узелков, которые появляются после полноценного лечения заболевания. Зуд может сохраняться от 1 до 6 мес и больше. Скабиозная лимфоплазия кожи выявляется почти у половины больных, преобладает на мошонке, половом члене, ягодицах, локтях, реже встречается на молочных железах, в подмышечных впадинах и на животе. Папулы имеют округлую или овальную форму, синюшного цвета, плотноватые на ощупь, нередко с крупной геморрагической корочкой на поверхности. В основе патогенеза лежат иммуноаллергические реакции с гиперплазией лимфоидной ткани.

Узелковая чесотка



Норвежская чесотка

- **Норвежская (корковая, крустозная) чесотка** встречается крайне редко. Наблюдается на фоне заболеваний, сопровождающихся иммунодефицитом и при иммуносупрессивных состояниях (лейкоз, кандидоз, диффузные болезни соединительной ткани).
- Основной клинический симптом заболевания – образование массивных гиперкератотических корковых наслоений на различных участках кожного покрова. Характерны полиморфные высыпания (папулы, везикулы, корочки, чешуйки) и эритродермия. Продолжительность болезни составляет от нескольких месяцев до 40 лет. Основополагающая роль в патогенезе норвежской чесотки отводится иммунодефицитному состоянию. Характерна распространенность процесса (локализация по всему кожному покрову). Толщина корок колеблется от нескольких миллиметров до 2 – 3 см. Цвет их отличается большим разнообразием: грязно-серый с примесью крови, бело-гипсовый, желтовато-зеленый, темно-бурый. Поверхность шероховатая, покрытая трещинами или бородавчатыми разрастаниями, напоминающими рупии. Верхние слои корок плотные, нижние – рыхлые. Между ними обнаруживается большое количество взрослых клещей и промежуточных стадий развития. Корки плотно сидят на поверхности кожи, а при насильственном снятии обнажаются обширные мокнущие эрозии. На кистях и стопах – бесчисленное множество чесоточных ходов. Резко выражен ладонно-подошвенный гиперкератоз. Ногти утолщены, деформированы. Болезнь часто сопровождается вторичной инфекцией и лимфаденитом. Типичные чесоточные ходы при норвежской чесотке нередко выявляются на коже лица и шеи.

Норвежская чесотка



Чесотка «чистоплотных»

- Чесотка *“чистоплотных”*, *“инкогнито”*, *“культурных”* развивается у лиц, часто моющихся в быту или по роду производственной деятельности (работники горячих, запыленных цехов, спортсмены). Клиническая картина соответствует типичной чесотке при минимальной выраженности проявлений: единичные белесоватого цвета ходы, необильные фолликулярные папулы, преобладающие на передней поверхности тела и местах типичной локализации.

Осложненная чесотка

- **Осложненная чесотка** нередко маскирует истинную клиническую картину заболевания, приводя к диагностическим ошибкам. Наиболее распространенными осложнениями являются: пиодермия и аллергический дерматит, реже – крапивница и экзема

Чесотка, осложненная дерматитом и пиодермией



Особенности клинической картины течения чесотки у детей

- У маленьких детей чесотка носит распространенный характер, локализуясь на любом участке кожного покрова, включая волосистую часть головы, лицо, шею, ладони и подошвы. Преобладают варианты чесоточных ходов в виде цепочек везикул, пузырей, пустул, лентикулярных папул. На фоне полиморфных высыпаний преобладают экссудативные эффоресценции. Особенно отчетливо это отмечается у детей впервые 6 месяцев жизни, когда основными элементами являются волдыри, везикулы, пузыри и чесоточные ходы, расположенные по всему кожному покрову.
- Высыпания на коже лица и волосистой части головы клинически напоминают картину острой мокнущей экземы. Превалирование уртикоподобных элементов определяет некоторое сходство чесотки с детской почесухой и крапивницей. Одной из особенностей клинического течения чесотки у детей раннего детского возраста является отсутствие высыпаний в области межпальцевых складок и боковых поверхностях пальцев кистей, на переднем крае подмышечной складки. У большинства детей отмечается выраженный кожный зуд, приводящий к нарушению сна. Заболевание часто осложняется пиодермией и аллергическим дерматитом.

Особенности клинической картины и течения чесотки у детей:



*Особенности клинической картины и течения
чесотки у детей:*



Лечение

- **Бензилбензоат, эмульсия или мазь 20%**
- **Перметрин (медифокс), эмульсия**
- **Серная мазь** применяется для взрослых 33%-ная, для детей – 10%-ная.
- **водно-мыльная суспензия и эмульсионная мазь бензил-бензоата:**
детям - 10%-ная, взрослым - 20%-ная.
- **Спрегаль** – один из современных препаратов для лечения чесотки.
Выпускается в аэрозольной упаковке.
- **А-ПАР** – для обработки поверхностей

Профилактика:

- Ранняя диагностика и своевременное, лечение больного.
- Тщательная обработка одежды, белья, постельных принадлежностей
(кипячение, проглаживание, камерная обработка при температуре 100° — 1 час, проветривание не менее 7 дней, а на морозе — 1 день).
- Осмотр контактных лиц.

ПЕДИКУЛЕЗ - ВШИВОСТЬ (эктопаразитарное заболевание)



Педикулез - вшивость



Этиология

- Возбудитель эктопаразитных заболеваний – вши.
- Головной педикулёз (*pediculi capitis*)
- Платяной педикулез (*pediculi corpori*)
- Лобковый педикулез (фтириаз) (*pediculi pubis*)

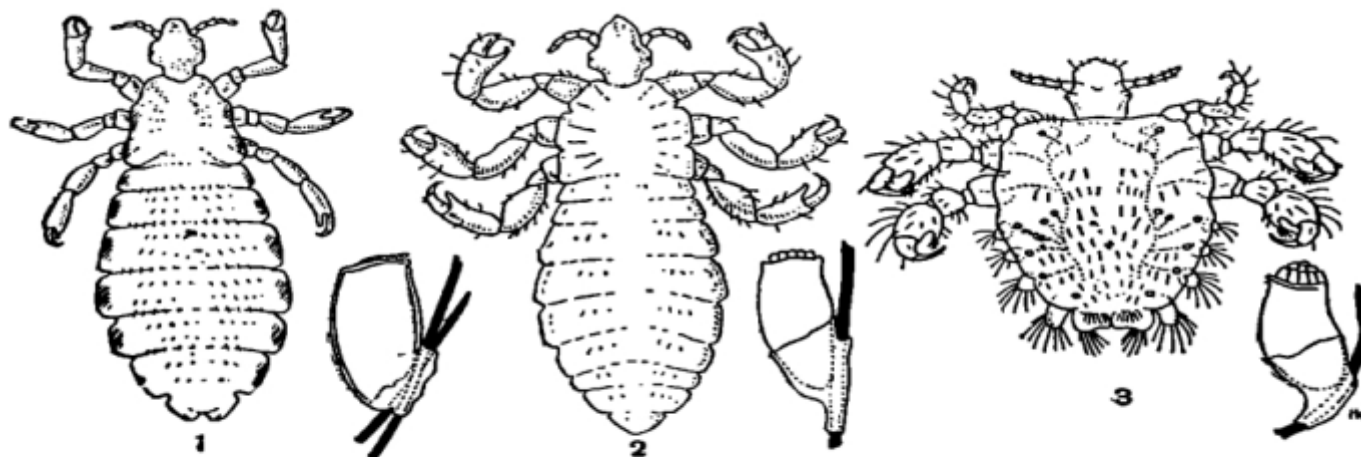


Рис. 191. Вши и их яйца (гниды):
1 — головная (*Pediculus humanus capitis*); 2 — платяная (*P. h. vestimentis*); 3 — лобковая (*Phthirus pubis*).

Головной педикулез

- **Головной педикулез** клинически проявляется наличием самих вшей (бескрылые насекомые до 4 мм в диаметре), гнид (овальных, серовато-белых, длиной 0,5 мм, плотно прикрепленных к волосу) на волосах преимущественно в затылочной и височных областях волосистой части головы, склеиванием экссудатом серозно-гнойного характера, а также наличием на коже эксфолиаций и корок.

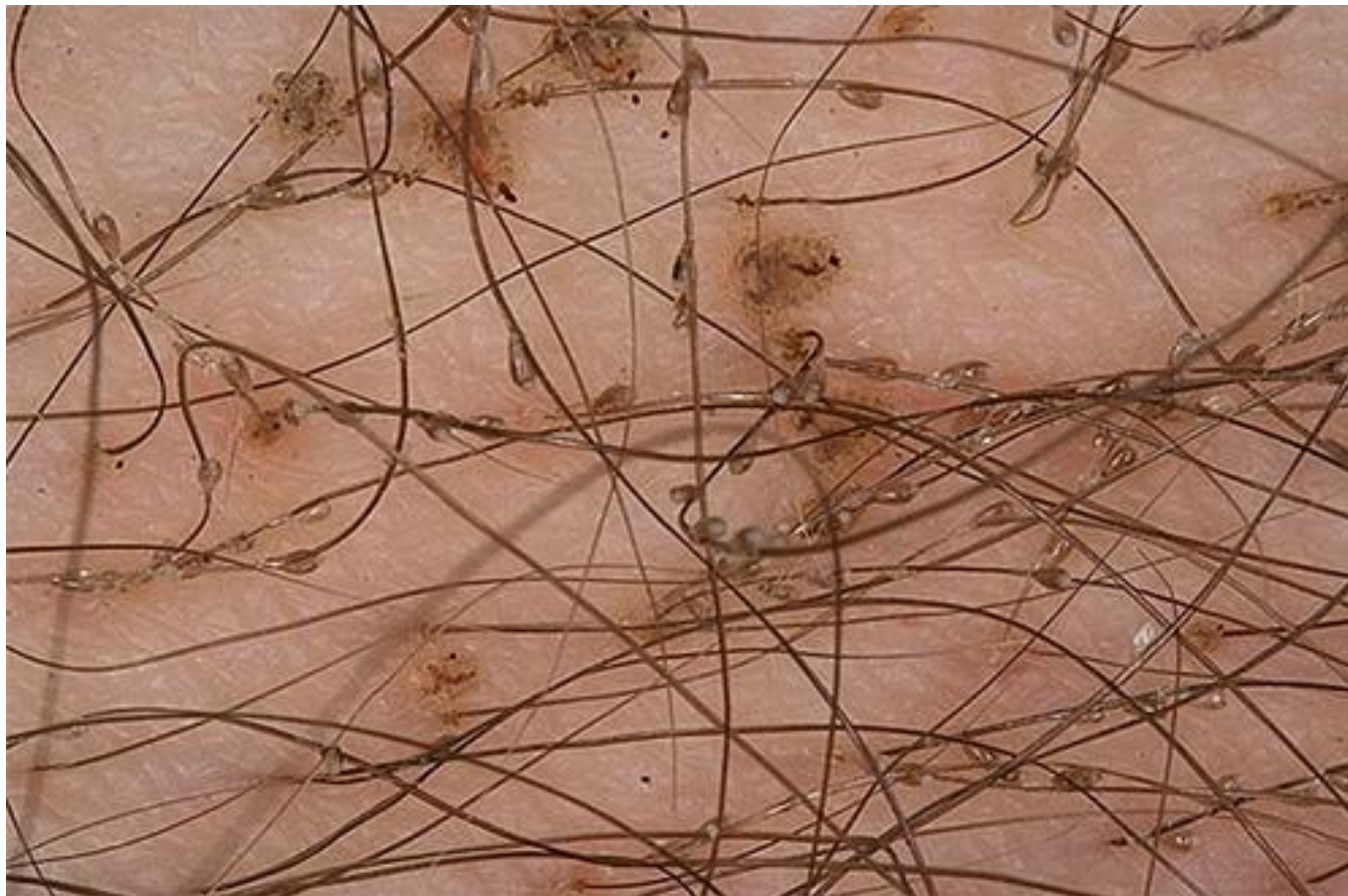
Головной педикулез



Фтириаз (лобковый педикулез)

- Представлен невоспалительными пятнами серовато-синюшного цвета. При осмотре визуализируются плохо прикрепленные к коже вши в виде маленьких серовато-белых чешуек, мелкие гниды на пушковых и щетинистых волосах. Паразит неподвижен, но если попытаться оторвать вошь она проявляет признаки жизни и активно цепляется за волос. Вследствие зуда формируются экскориации. При длительном течении присоединяется вторичная инфекция, экзематизация.
- Локализация: генитальная область (лобок, мошонка, промежность), также область живота

Лобковый педикулез



Платяной педикулез

- Характеризуется гиперпигментированными пятнами, эксфолиациями, участками десквамации и огрубления кожи в проекции шеи, лопаток, поясницы и подмышечных впадин. При осмотре в складках белья обнаруживаются вши и гниды.

Платяной педикулез



Лечение:

- При вшивости волосистой части головы рекомендуется короткая стрижка или бритье; обработка волос смесью керосина и растительного масла в равных количествах (на 12 часов под окклюзионную повязку), затем гигиеническое мытье головы и вычесывание волос частым гребнем, который периодически нужно смачивать горячим столовым уксусом. Можно обрабатывать волосистую часть головы 20% водно-мыльной эмульсией бензил-бензоата с добавлением 2% анестезина, «Пара-плюс», ниттифор, мидифокс, никс;
- При платяном педикулезе назначается дезинсекция белья (кипячение, проглаживание, камерная обработка и т. д.), мытье в бане и смазывание кожи (места укусов) 2% борно-дегтярной пастой или 5% белой ртутной мазью, перметрином;
- При педикулезе лобка необходимо волосы сбрить, кожу вымыть теплой водой с мылом, а затем обрабатывать ее 10% серно-дегтярной, эмульсией бензил-бензоата, препаратом «Спрей-пакс».

Контрольные вопросы:

- Назовите возбудителя чесотки и пути заражения.
- Какие первичные морфологические элементы характерны для этого заболевания?
- Какая преимущественная локализация при чесотке?
- Чем характеризуется чесотка «чистоплотных»?
- Чем характеризуется постскабиозная лимфоплазия?
- Особенности течения чесотки у детей?
- Осложнения при чесотке?
- Симптомы при чесотке? (Сезари, Арди, Михаэлиса)
- Какие существуют методы лечения чесотки?
- Какие основные профилактические мероприятия необходимо проводить при выявлении больного?
- Назовите клинические разновидности педикулеза.
- Назовите методы лечения и профилактики педикулеза.