ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО
имени профессора В.И.Прохоренкова

Куратор клинической ординатуры
профессор Карачева Ю.В.

Реферат на тему :
Чесотка

Специальность : дерматовенерология
Выполнила: клинический ординатор 2 года
Фамилия: Сиротова
Имя: Александрина
Отчество: Михайловна

2017 год

Содержание

1. Введение	3
2. Этиология и эпидемиология	3
3. Клиника	4
5. Лабораторные и инструментальные исследования...	7
6. Лечение	8
7. Профилактика.....	10
8. Список литературы....	12
9. Заключение	13

Введение

Чесотка (scabies) — одно из часто встречающихся заразных заболеваний. Возбудитель — чесоточный зудень *Sarcoptes scabiei* de geer (вариант *hominis* Заболевание, возникающее у человека при инфекации чесоточными клещами животных, называется псевдосаркоптозом

Чесотка была известна еще 4000 лет назад в Китае, Древнем Вавилоне, Египте, Ассирии. Аристотель отмечал "наличие мельчайших животных в пузырьках с прозрачным содержимым". В Древней Греции чесотка называлась "псора", а в Древнем Риме — "скабиес". После изобретения микроскопа ливорнский врач Вупото изобразил на рисунке чесоточного клеща, его ходы и яйца.

Этиология и эпидемиология

Возбудитель — чесоточный клещ *Sarcoptes scabiei* (L.). По типу паразитизма чесоточные клещи являются постоянными паразитами, большую часть жизни проводящими в коже хозяина и лишь в короткий период расселения ведущими эктопаразитический образ жизни на поверхности кожи. 599 Чесотка Суточный ритм активности чесоточного клеща объясняет усиление зуда вечером, преобладание прямого пути заражения при контакте в постели в вечернее и ночное время, эффективность назначения противочесоточных препаратов на ночь. Интенсивный показатель заболеваемости чесоткой в Российской Федерации в 2011 году составлял 45,9 случая на 100 000 населения. Фактический уровень заболеваемости значительно выше. Заражение чесоткой происходит преимущественно при тесном телесном контакте, обычно при совместном пребывании в постели и интимной связи. Инвазионными стадиями являются самки и личинки клеща. Очаг при чесотке определяется как группа людей, в которой имеются больной — источник заражения и условия для передачи возбудителя. В иррадиации очага решающую роль играет контакт с больным в постели в ночное время в период максимальной активности возбудителя (прямой путь передачи инфекции). Второе место по эпидемической значимости занимают инвазионно-контактные коллективы — группы лиц, проживающие совместно, имеющие общую спальню (общежития, детские дома, интернаты, дома престарелых, казармы, «надзорные» палаты в психоневрологических стационарах и др.) при наличии тесных бытовых контактов друг с другом в вечернее и ночное время. Большую часть жизни паразиты проводят в толще рогового слоя кожи. Самка прогрызает ходы в эпидермисе между роговым и зернистым слоем, может доходить до шиповатого слоя, питается эпидермисом и по мере продвижения откладывает яйца.

Через 3-4 дня после внедрения и откладывания яиц, из яиц вылупляются личинки (длиной 0,11-0,17 мм, имеют овальное тело и 6 ног). Личинки обладают большой подвижностью. Затем личинки превращаются в нимфу (у которой уже 8 ног). Причем самка проходит 2 стадии — протонимфа и нимфонимфа, а затем уже взрослая особь. А самец только стадию протонимфы.

Паразитарные элемент находятся в ходе в ходе. В переднем, слепой конце — самка. За ней яйца с эмбрионами на последних на последовательных стадиях развития. Там можно обнаружить личиночные шкурки. Таким образом, жизненный цикл самки, длящийся 10-14 дней, делится на метаморфический и репродуктивный. Спаривание происходит на поверхности кожи, вблизи ходов. За 6-8 недель жизни самка откладывает до 50 яиц. Морфологически самец и самка и имеют много различий. У самки тело слитное, широкоовальное, выпуклое сверху и уплощенное снизу, длиной 0,27-0,41 мм. Валовой аппарат грызущего типа. Представлен хелицерами и педипальпами. Головка вооружена 4 парами пружинистых щетинок. Тело делится боковыми выемками на промерсому и рсому. На спине и по краям располагаются 16 пар щетинок. Большая часть спины покрыта треугольными шипиками-хетоидами, которые являются неподвижными выростами.

Самец миниатюрнее самки. Туловище овальное, длина 0,17- 0,21 мм, по бокам отчетливые выемки. На спине — 3 щита. Щетинки короче, хетоиды? имеются только по бокам средней части туловища. Самец подвижнее самки.

По количеству самцов значительно меньше, чем самок.

В последние годы частота заболеваемости возросла во всем мире. Традиционно представления о росте заболеваемости чесоткой в периоды войн, экономических кризисов и стихийных бедствий. Распространению инвазии способствуют ухудшение санитарно-гигиенических условий, миграция, нищета, скученность населения, половая распущенность, некачественное выполнение мероприятий по борьбе с чесоткой, позднее обращение, снижение иммунитета к чесотке, увеличение резистентности чесоточного клеща к современным скабиозным средствам, неэффективность санитарно-просветительской работы. Также в последние годы увеличилось количество малосимптомных (стертых) форм. К этому приводят широкое применение мазей, кремов со стероидными гормонами, различных лекарственных препаратов (стероиды, антигистаминные препараты), контакт с продуктами перегонки нефти, дез. растворами. Также в настоящее время широкое распространение получила так называемая "интеллигентная" чесотка (*S. discreta*) — у людей, которые часто моются, тщательно соблюдающих правила личной гигиены.

Заражение происходит в основном оплодотворенными самками, но возможна инвазия нимфами и личинками. Наиболее частым источником заражения является половой партнер. Некоторые авторы относят чесотку к венерическим заболеваниям, но это не верно, т.к. половая связь не имеет прямого отношения к заражению, а является лишь предпосылкой телесного контакта.

Большое количество детей, болеющих чесоткой, объясняется тем, что у детей очень тонкая кожа, а также несовершенный иммунитет.

Контингент больных определяется конкретными бытовыми условиями и образом жизни людей. Среди больных преобладают лица молодого возраста.

Псевдоиррадиацией обозначаются случаи наличия двух и более больных в одном очаге, заражение которых произошло вне этого коллектива и независимо друг от друга. Внеочаговые случаи заражения чесоткой (транзиторная инвазия) в банях, поездах, гостиницах редки и реализуются непрямым путем при последовательном контакте потока людей, с предметами (постельные принадлежности, предметы туалета), которыми пользовался больной чесоткой

Клиника

Инкубационный период от нескольких часов до 12 дней. Зуд — первый и основной субъективный симптом заболевания. Раньше он обнаруживался у 100% больных, но в последние 20 лет происходит изменение клиники или отсутствие зуда. Зуд может быть различной интенсивности. О возникновении зуда существует несколько мнений. Считают, что зуд — результат сенсибилизации организма к клещу, также существует мнение, что возникновению зуда способствуют вещества, находящиеся в экскрементах клещей. Согласно другой точке зрения зуд является результатом раздражения нервных окончаний при движении клеща. По всей видимости, имеют место все эти механизмы. Зуд усиливается ночью из-за увеличения активности самки, а также создания оптимальных условий.

Основной симптом заболевания — чесоточный ход. Наиболее частая локализация их — кисти, особенно между пальцев, запястья, локти, стопы, боковые поверхности по аксиллярной линии, ягодицы, половые органы у мужчин, околососковые кружки у женщин, внутренняя поверхность бедер, кожа живота. В нем находится постоянный источник личинок, обсеменяющих больного и вызывающих появление характерных для чесотки папул и везикул. Наиболее типичны ходы, имеющие вид тонких, слегка возвышающихся над кожей линий белого или грязно-серого цвета, прямые или изогнутые, длиной от мм до см. Самка выявляется в виде темной точки, просвечивающей через роговой слой эпидермиса на слепом конце хода, там же виден пузырек. Соседний элемент представлен корочкой — это место внедрения самки. Пузырек с самкой называется клещевым возвышением Базена. Ходы могут частично разрушаться, тогда он представляет собой трещину. Если везикула в задней части хода вскрывается, то на ее месте появляется сухая эрозия, окруженная венчиком эпидермиса, внешне напоминающая ракетку. Везикула может находиться и в середине хода, тогда ход имеет вид веретена.

Морфологические элементы вне ходов - первичные — везикулы и папулы. Вторичные являются следствием регресса или разрушения первичных элементов — точечные кровоизлияния, корочки, эрозии, а также следы расчесов.

На других участках появляются мелкие узелковые высыпания, расположенные фолликулярно, с кровянистой корочкой на поверхности, появляются на теле, ниже сосков и на бедрах.

Папулы могут быть эритематозными, уртикарными, милиарными, серопапулы, папуловезикулы (напоминают почечуху). Свободными от папул остаются лицо, волосистая часть головы, межлопаточная область, ладони. Везикулы появляются реже, возникают чаще на кистях. Они немногочисленны и изолированы, белесоватые с перламутровым блеском (жемчужные), с булавочную головку, преобладают также на кистях. В везикулах преобладают линейные шкурки и нимфы.

Существуют 4 типа иммунных реакций при чесотке:

I. Островоспалительная — на месте внедрения клещей, обусловлена взаимодействием антигена с иммуноглобулином E;

II. Цитотоксические, генерируемые комбинацией иммуноглобулинов G и M с антигенами, которые опосредованы через систему комплемента и фагоцитоз;

III. вызываются иммунными комплексами; IV. являются следствием клеточного иммунитета.

Аллергическая реакция ГНТ — у всех больных, перенесших чесотку 2-8 месяцев назад и ни у одного, спустя 15-24 месяца).

Установлена роль клеточного иммунитета в образовании папул. В поверхностных и глубоких слоях дермы образуются инфильтраты, состоящие из лимфоцитов, гистиоцитов и эозинофилов.

У больных чесоткой отмечена большая встречаемость HLA-антигена A11. У этих лиц риск заболевания в 4 раза больше.

Существует несколько форм чесотки это:

1) клиническая чесотка (описанная выше):

2) дискретная чесотка, при которой скудные клинические данные — зуда либо нет, либо он очень слабый, чесоточных ходов мало и в них тяжело найти возбудителя, нет классической локализации;

3) чесотка без ходов;

4) "Норвежская" чесотка (*S. crustosa* seu *s. giperkeratosa*);

5) узелковая чесотка (чаще на гениталиях).

6) псевдочесотка.

Чесотка без ходов

Если заражение произошло личинками, выходящими из ходов и расселяющимися по телу больного, то клинические симптомы будут в виде фолликулярных папул и везикул. После метаморфоза личинки превращаются в самок, способных прокладывать ход. Таким образом, длительность чесотки без ходов соответствует длительности метаморфоза, оплодотворения времени, необходимому для внедрения самок в кожу и прокладыванию хода и возможно на ранней стадии заболевания при заражении личинками. При этом имеются другие характерные для чесотки симптомы — зуд, усиливающийся в вечернее и ночное время, папулы и везикулы в местах типичной локализации, в которых могут быть обнаружены клещи.

"Норвежская чесотка" — очень редко встречающееся, очень заразное заболевание, впервые описано Даниэльсоном и Бекком в 1847 г. в Норвегии у больного лепрой. Эту чесотку также называют корковой, крустозной или кератотической. В основе этих названий — основной клинический симптом заболевания — образование массивных гиперкератотических корковых наслоений на различных участках кожного покрова. Помимо корок выявляются полиморфные высыпания — папулы, везикулы, пустулы, чешуйки. Продолжительность заболевания от нескольких месяцев до нескольких лет.

Возбудителем норвежской чесотки является обычный чесоточный клещ. Об идентичности возбудителя говорят лабораторные данные, а также возникновение клинической формы заболевания у лиц, бывших в контакте с больным норвежской чесоткой. Причина заболевания заключается в общем состоянии больного. Основная роль отводится иммунодефициту, часто заболевание регистрируется у больных со слабоумием (болезнью Дауна, сенильной деменцией и др.), при наружном применении стероидных мазей, при генерализованных микозах. При заболеваниях, связанных с нарушением периферической чувствительности, отсутствует зуд, что устраняет расчесывание, как защищенную реакцию организма, поэтому клещ беспрепятственно размножается, свободно расселяется по телу и в процесс может постепенно вовлекаться почти весь кожный покров. Толщина корок — от нескольких мм до 2-3 см, цвет может быть различным: грязно-серый, бело-гипсовый, желто-зеленый, темно-бурый. Между корок и на их нижней поверхности — чесоточные ходы с большим количеством клещей. При отторжении корок обнаруживается влажная гиперемизированная поверхность — обширные мокнущие эрозии с массой клещей, имеющих виддвигающихся белых точек. Зуда нет. Наблюдается поражение ногтевых пластинок. В соскобе — большое количество клещей. Типичные чесоточные ходы можно выявить на шее и лице. Выражен ладонно-подошвенный гиперкератоз. Волосы тусклые, сухие и тонкие. Часто — алопеция; увеличены лимфатические узлы, часто лихорадки. На высоте заболевания от больного исходит запах квашенного теста. Зуд может быть различной интенсивности или отсутствовать. Эта форма отличается высокой контагиозностью. На 1 см кожи обнаруживают до 200 клещей. Гистологически — акантоз, массивный гипер- и паракератоз, спонгиоз, абсцессы, в сосочках дермы — грубый коллаген. В клиническом анализе крови — эозинофилия.

В нашей клинике случай норвежской чесотки наблюдал и описал Г. Н. Михеев в 1984 году в кожной клинике и в терапии у больного с СКВ на фоне глюкокортикоидов.

Скабиозная лимфоплазия кожи клинически проявляется сильно зудящими лентикулярными папулами, локализуется на туловище (ягодицы, живот, подмышечная область), половых органах мужчин, молочных железах женщин, локтях. Скабиозная лимфоплазия кожи персистирует после полноценной терапии чесотки от 2 недель до 6 месяцев. Соскоб эпидермиса с ее поверхности ускоряет разрешение. При реинвазии она рецидивирует на прежних местах.

Скабиозная эритродермия возникает в случаях длительного (2–3 месяца) использования системных и топических кортикостероидов, антигистаминных препаратов, психотропных средств. Зуд слабый и диффузный. Больные, как правило, не расчесывают, а растирают кожу ладонями. Основным симптомом заболевания является выраженная эритродермия. Чесоточные ходы возникают не только в местах типичной локализации, но и на лице, шее, волосистой части головы, в межлопаточной области. В этом случае они, как правило, короткие (2–3 мм). В местах, подверженных давлению (локти и ягодицы), выражен гиперкератоз.

Узелковая чесотка

Это зудящие узелки, возникающие после полноценного лечения. Гранулезная реакция кожи может возникать в результате раздражения кожи при расчесывании или всасывания продуктов распада, экскрементов. Также есть теория иммуноаллергического генеза узелковой чесотки. Можно предположить, что длительное сохранение клещевого антигена после проведенного лечения способствует возникновению на месте чесоточных ходов зудящих узелков. Причиной их возникновения может быть особая предрасположенность кожи отвечать на воздействие раздражителя реактивной гиперплазией лимфоидной ткани. Для их лечения следует применять криотерапию или обкалывание производными кортизона.

Осложнения

Они часто маскируют истинную клиническую картину чесотки. Обусловлены, в первую очередь, контингентом больных. Наиболее распространены пиодермия и дерматиты, реже экзема и крапивница. При пиодермии преобладают поверхностные формы и единичные фурункулы. Импетигиозные элементы чаще локализуются в межпальцевых складках, а фурункулы на ягодицах. Пиодермия на половых органах приводит к развитию регионарных лимфаденитов.

У больных, проживающих в местности с тропическим климатом может осложниться гломерулонефритом, пиогенной пневмонией, септицемией.

Особенности чесотки у детей

У большинства детей чесотка носит распространенный характер. Поражается лицо, волосистая часть головы, подмышечные впадины и др. Наряду с папуловезикулой и чесоточными ходами имеется везикулоуртикарная сыпь, развивается мокнутие, возникают онихии, паронихии. Чем меньше ребенок, тем атипичнее протекает заболевание. У детей первых 6 месяцев клиническая картина напоминает крапивницу и характеризуется большим количеством расчесанных волдырей. У подавляющего большинства заболевание осложняется присоединением вторичной пиококковой инфекции в виде импетиго, аллергических дерматитов, экземы. Зуд не только в местах локализации клеща, но и на отдаленных участках кожи. Вследствие этого возникают нарушения сна, невротические расстройства. Вследствие атипичного течения часты диагностические ошибки. Поэтому необходим тщательный поиск клеща, а также осмотр всех лиц, контактирующих с ребенком.

Чесотка у лиц пожилого возраста имеет определенные особенности: чесоточные ходы — единичные, преобладают их интактные варианты; везикулы и папулы малочисленны. Среди высыпаний часто встречаются кровянистые корочки и расчесы. Из осложнений чаще развиваются аллергический дерматит и микробная экзема.

Особенности течения чесотки при сочетании с другими дерматозами. При чесотке на фоне атопического дерматита, вульгарного ихтиоза (выраженная сухость кожи) наблюдаются единичные чесоточные ходы; на фоне гипергидроза, дисгидротической экземы, эпидермофитии (повышенная влажность кожи) — множественные. При чесотке на фоне псориаза и красного плоского лишая, как правило, резко выражена изоморфная реакция Кебнера. Псевдосаркоптоз — заболевание, возникающее у человека при инфекации чесоточными клещами животных (собак, свиней, лошадей, кроликов, волков, лисиц и др.). Инкубационный период заболевания составляет несколько часов, чесоточные ходы отсутствуют, так как клещи не размножаются на несвойственном им хозяине и лишь частично внедряются в кожу, вызывая сильный зуд. Высыпания локализуются на открытых участках кожного покрова, представлены уртикарными папулами, волдырями, кровянистыми корочками и расчесами. От человека к человеку заболевание не передается

Лабораторная диагностика

Диагноз чесотки устанавливается на основании комплекса клинических и эпидемиологических данных, подтвержденных инструментальными и лабораторными исследованиями, направленными на обнаружение возбудителя. Диагноз чесотки должен подтверждаться обнаружением возбудителя.

Метод прокрашивания применяют для верификации чесоточных ходов. Подозрительный на чесоточный ход элемент смазывают спиртовым раствором йода или анилиновыми красителями.

Метод масляной витропрессии позволяет быстро обнаружить чесоточный ход. За счет обескровливания капиллярного русла при надавливании предметным стеклом улучшается визуализация поверхностных кожных включений. Просветляющий эффект усиливается после предварительного нанесения минерального масла на предполагаемый чесоточный ход.

Метод извлечения клеща иглой. Для этой цели используют стерильные одноразовые инъекционные иглы. Иглой вскрывают слепой конец хода на месте буроватого точечного включения, соответствующего локализации самки чесоточного клеща. Острые иглы продвигают по направлению хода. Клеща, который своими присосками фиксируется к игле, извлекают и помещают на предметное стекло в каплю воды или 40% молочной кислоты, накрывают покровным стеклом и проводят микроскопическое исследование.

Метод соскобов позволяет обнаружить содержимое чесоточного хода, папул и везикул. Каплю 40% молочной кислоты наносят на чесоточный ход, папулу, везикулу или корочку. Через 5 минут разрыхленный эпидермис соскабливают скальпелем до появления капли крови. Материал переносят на предметное стекло в каплю той же молочной кислоты, накрывают покровным стеклом

и проводят микроскопическое исследование. Результат лабораторной диагностики считается положительным, если в препарате обнаруживают самку, самца, личинку, нимфу, яйца, опустевшие яйцевые оболочки, линечные шкурки. Наличие экскрементов свидетельствует о необходимости исследования соскобов с других участков кожного покрова.

Дерматоскопия является обязательным методом при обследовании больного чесоткой. При типичной чесотке дерматоскопия позволяет получить положительный результат во всех случаях, при чесотке без ходов — в 1/3 случаев, при этом выявляемость чесоточных ходов повышается на треть в сравнении с осмотром больного без оптических приборов. При наличии разрушенных ходов и отсутствии в них самок чесоточного клеща проводится осмотр внешне неизменной кожи вблизи хода на площади не менее 4 см².

Диагностическими симптомами при чесотке являются:

- симптом Арди — пустулы и гнойные корочки на локтях и в их окружности;
- симптом Горчакова — кровянистые корочки в области локтей и в их окружности;
- симптом Михаэлиса — кровянистые корочки и импетигиозные высыпания в межъягодичной складке с переходом на крестец;
- симптом Сезари — обнаружение чесоточного хода пальпаторно в виде легкого полосовидного возвышения

Лечение

Лечение при чесотке подразделяется в зависимости от цели, которую преследует врач. Выделяют три вида терапии: - специфическое;

- профилактическое;
- пробное (ex juvantibus).

Специфическое лечение проводится при наличии у больного чесотки, диагноз которой подтвержден клинически и лабораторно путем обнаружения возбудителя.

Профилактическое лечение проводится по эпидемиологическим показаниям в очагах чесотки лицам, у которых клинические проявления заболевания отсутствуют.

1. Члены семейных очагов (родители, дети, бабушки, дедушки, прочие родственники), а также няни, гувернантки, сиделки- при наличии условий для передачи возбудителя (тесный телесный контакт, половой контакт, совместное пребывание в постели в вечернее и ночное время и т. п.);

- при наличии больных чесоткой детей младшей возрастной группы, с которыми обычно контактирует большинство членов семьи; -при выявлении в очаге двух и более больных (иррадиирующий очаг).

2. Члены инвазионно-контактных коллективов: - лица, имеющие общие спальни, при наличии тесного телесного контакта с больным чесоткой;

- все члены групп/классов /подразделений, где зарегистрировано несколько случаев заболевания чесоткой или в процессе наблюдения за очагом выявляются новые больные.

Пробное лечение (ex juvantibus) проводится только в тех случаях, когда врач по клиническим данным подозревает наличие чесотки, но диагноз не подтвержден обнаружением возбудителя. При положительном эффекте от использования скабицидов проводится регистрация случая чесотки.

Принципы терапии должны соблюдаться врачом независимо от скабицида, выбранного для лечения чесотки: -одновременное лечение всех больных, выявленных в очаге, для предотвращения реинвазии; -- нанесение противочесоточных препаратов в вечернее время для повышения эффективности терапии, что связано с ночной активностью возбудителя;

- нанесение противочесоточных препаратов, разрешенных к применению у детей в возрасте до 3 лет, на весь кожный покров, у остальных больных исключение составляют лицо и волосистая часть головы;
 - нанесение скабицидов голыми руками, а не салфеткой или тампоном, особенно тщательно препараты втирают в кожу ладоней и подошв;
 - если после нанесения препарата возникла необходимость вымыть руки, то их необходимо повторно обработать скабицидом;
 - проведение мытья перед первым нанесением скабицида и после завершения лечения; смена нательного и постельного белья — после курса терапии;
 - экспозиция препарата на коже должна быть не менее 12 часов, включая весь ночной период, утром его можно смыть;
 - проведение лечения осложнений одновременно с лечением чесотки;
 - персистирующая скабиозная лимфоплазия кожи не является показанием для продолжения специфической терапии;
 - при наличии постскабиозного зуда вопрос о повторной обработке скабицидом решается в индивидуальном порядке после тщательного обследования больного;
 - после завершения терапии необходимо провести дезинсекцию нательного и постельного белья, полотенец, одежды и обуви, провести влажную уборку в помещении, где находился больной
- Существует несколько требований к лечению чесотки — это быстрота и надежность акарицидного эффекта, отсутствие раздражающего действия на кожу и противопоказаний, простота приготовления и применения, доступность для массового использования, длительное хранение, невысокая стоимость.
- В нашей стране используют 10-20% серную мазь, 10-20% бензилбензоат, полисульфидный линимент и др. Однако ни один препарат не отвечает всем перечисленным требованиям. Ни один препарат не действует на яйца, и выздоровление возможно лишь после повторной обработки, которую производят с целью воздействия на личинок, вылупившихся после первого втирания.

Лечение препаратами серы.

Для лечения чесотки применяется 10-20% сера. Она дает выраженный кератолитический эффект, улучшает доступ к возбудителю и акарицидное действие. Взрослым применяется 20% серная мазь, детям — 5-10%. Перед началом лечения больной моется теплой водой с мылом. Мазь втирают ежедневно в течение 5-7 дней. В области нежной кожи втирают осторожно. На 6-8 дней больной моется, меняет белье. Недостатки: длительность применения, неприятный запах, дерматиты, которые возникают у 30-40% больных на 3-4 день, загрязнение белья.

Метод Демьяновича

Был разработан в 1947 году. Существовало 5 различных модификаций. В основе — акарицидное действие серы и сероводорода, которые выделяются при взаимодействии тиосульфида натрия и соляной кислоты. Сейчас предпочтение отдают первой модификации. Сначала 10-15 секунд втирают 60% раствор тиосульфата — на это раствор 1, затем 5 секунд перерыв, затем раствор 2 — 6% водный раствор соляной кислоты с течением 20 секунд (для детей соответственно 40% и 4% растворы). Начинают втирание с кистей, затем — верхние конечности, грудь, живот, спина, ягодицы, половые органы, нижние конечности. Втирание повторить 2-3 раза. Затем больной меняет белье, через 3 дня моется и меняет белье. Растворы повторно втирают в кисти после каждого их мытья. При недостаточной эффективности курс лечения повторяют.

1. Противочесоточные средства, содержащие серу (мази и линименты):

–серная мазь (дети — 5–15%-ная; взрослые — 20–33%-ная)— применяют в течение 6 дней;
–полисульфидный линимент (метод белорусского ученого, профессора Л. И. Богдановича).
Применяют на 1, 3, 4-й дни лечения. Для детей используют 5%-ный линимент, а для взрослых — 10%-ный. Втирают во всю кожу за исключением волосистой части головы и лица.

–мазь Вилькинсона. Втирают в кожу пораженных областей 1 раз в день в течение 5 дней.

2. Противочесоточные средства в форме растворов:

а) метод профессора Демьяновича (Россия):

–раствор № 1 — гипосульфит натрия (дети — 40%-ный; взрослые — 60%-ный)— применяют в течение 3 дней. Втирают в кожу туловища и конечностей дважды с перерывом по 15 минут для высыхания раствора на коже;

–раствор № 2 — соляная кислота (дети — 4%-ный; взрослые — 6%-ный)— смазывают те же области после раствора № 1 в такой же последовательности дважды с интервалом в 10–15 минут. Лечение по методу Демьяновича проводят дважды с интервалом в 3 дня с обязательной сменой нательного и постельного белья после окончания обработки в первый и последний день лечения;

б) суспензия «Скабикар» — обработать весь кожный покров. Через 12 часов принять душ и нанести повторно.

3. Противочесоточные средства на основе бензилбензоата (мази и эмульсии):

– мазь бензилбензоата 20%-ная— для взрослых. Втирать 1 раз в день дважды с интервалом в 3 дня;

– водно-мыльная эмульсия бензилбензоата (дети — 10%-ная; взрослые — 20%-ная).

4. Аэрозольные формы (спрей) противочесоточных препаратов:

– «Спрегаль» (содержит эсдепаллетрин — нейротоксичный яд для насекомых, и пиперонила бутоксид, который ингибирует детоксикационные ферменты, выделяемые насекомыми). Действует на взрослых особи, личинки и яйца. Флакон рассчитан на трех членов семьи, в том числе детей. Проводится обработка всего кожного покрова однократно за исключением лица и волосистой части головы.

Профилактика

Выявление больных чесоткой осуществляют медицинские работники всех организаций здравоохранения, независимо от организационно-правовых форм и форм собственности (в том числе в дошкольных и общеобразовательных учреждениях, учреждениях начального, среднего и высшего профессионального образования, в период призыва и т. д.), а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой, при обращении, предварительных при поступлении на работу и периодических, плановых, профилактических медицинских осмотрах и по эпидемиологическим показаниям.

Профилактика чесотки включает несколько направлений:

1. Регистрация всех выявленных больных чесоткой.
2. Осуществление диспансерного наблюдения за переболевшими и контактными лицами.
3. Выявление источника заражения и контактных лиц, в том числе половых партнеров.

4. Выявление очагов чесотки и работа по их ликвидации. Члены организованных коллективов осматриваются медицинскими работниками на местах.
5. Определение групп людей, подлежащих обязательному профилактическому лечению
6. Активное выявление больных при профилактических медицинских осмотрах различных групп населения (декретированные контингенты, детские коллективы, лица призывного и приписного возраста, школьники в начале учебного года, абитуриенты, военнослужащие и т. п.).
7. Осмотр на чесотку больных, обратившихся в поликлиники, амбулатории, медсанчасти, госпитализированных в медицинские организации любого профиля и т. п.
8. При обнаружении чесотки у детей, посещающих детские ясли, сады и школы, их не допускают в детские коллективы на время проведения полноценного лечения. Скабиозная лимфоплазия кожи не является противопоказанием для допуска детей в организованные коллективы, так как пациент после качественной терапии утрачивает контагиозность для окружающих. Медицинские работники амбулаторно-поликлинических учреждений, стационаров, детских домов, домов ребенка, детских дошкольных учреждений, учреждений общего и профессионального образования, учреждений системы социального обеспечения, медицинских предприятий независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности обязаны осуществлять активное выявление больных чесоткой при оказании медицинской помощи и проведении профилактических осмотров.

Осмотру на чесотку подлежат:

1. Учащиеся учреждений общего и профессионального образования — не реже 4 раз в год после каждых каникул, ежемесячно — выборочно (не менее четырех–пяти классов) и за 10–15 дней до окончания учебного года. Осмотры проводит медицинский персонал учреждений с возможным привлечением преподавателей.
2. Учащиеся школ-интернатов, дети, проживающие в детских домах, домах ребенка и т. п. — еженедельно. Осмотр проводит медицинский персонал с привлечением воспитателей.
3. Дети, выезжающие в детские оздоровительные учреждения, лагеря труда и отдыха, до выезда осматриваются медицинским персоналом поликлиники по месту жительства. Во время пребывания в местах отдыха осмотр детей проводит медицинский персонал лагеря перед каждой помывкой (не реже 1 раза в неделю) и перед возвращением в город (за 1–3 дня).
4. Дети, посещающие дошкольные учреждения, ежемесячно осматриваются медицинскими работниками учреждения (врачом, медсестрой).
5. Работники предприятий, в том числе в сельской местности, осматриваются медицинскими работниками предприятия или поликлиники при медицинских осмотрах, диспансеризациях.
6. Лица, находящиеся в учреждениях системы социального обеспечения, осматриваются медицинским персоналом учреждения 2 раза в месяц.
7. Больные, поступившие на стационарное лечение, осматриваются медицинской сестрой приемного отделения, а при длительном лечении — медицинской сестрой лечебного отделения не реже 1 раза в 7 дней.
8. Лица, проживающие в общежитиях, осматриваются при заселении, в дальнейшем ежеквартально. Осмотр проводят медицинские работники с привлечением воспитателей, коменданта и др.
9. Медицинские работники лечебно-профилактических учреждений проводят осмотр пациентов на чесотку при обращении за медицинской помощью. Особое внимание обращают на лиц, направляемых на стационарное лечение, в организованные коллективы (санатории, дома отдыха, детские учреждения), проживающих в общежитиях, одиноких престарелых, хронических больных, инвалидов, лиц без определенного места жительства и т.

Список литературы.

1. Аллергология и иммунология. Под ред. К.В. Никитин - Ф48 М.: Медицина, 1985. - 635 с.
- 2 «Справочник дерматолога». О.Л. Иванов, А.Н. Львов.
3. . «Дерматология» атлас-справочник. Т. Фицпатрик, Т. Джонсон, К. Вулф, Д. Сюрмонд., 1999.
4. «Справочник по кожным и венерическим болезням» А.Н. Родионов, 2005.
5. Соколова Т.В. Особенности клиники, совершенствование диагностики и лечения чесотки: автореф. дис. ... канд. мед наук: 14.00.11. М.1985. 16 с.
6. Соколова Т.В., Федоровская Р.Ф., Ланге А.Б. Чесотка. М.: Медицина. 1989. 179 с.
7. Соколова Т.В., Лопатина Ю.В. Паразитарные дерматозы: чесотка и крысиный клещевой дерматит. М.: Бином. 2003. 120 с.
8. Альбанова В.И. Опыт лечения больных чесоткой. Вестн. дерматол. венерол. 1999; (2): 39–42.

Рецензия

Реферат ординатора Сиротовой А.М на тему «чесотки» освещает непростую проблему, которая актуальна в современном мире , поскольку затрагивает социально-психологическую , эстетическую проблему граждан .

Оценивая представленную работу, можно отметить тот факто, что автор стремился максимально подробно разобраться и изложить изучаемый теоретический материал и справился с поставленной задачей . Реферат написан хорошим литературным языком, оформлен в соответствии с требованиями : титульный лист, план- оглавление со страницами, введение, этиология ,классификация ,клиника , заключение, список литературы, ссылки на использованную литературу в соответствии со стандартами. Материал представлен в печатной форме на 16 листах.

Работа выполнена на хорошем уровне и заслуживает оценки «отлично».

Проверил: д.м.н. профессор Карачева Ю.В.

Подпись: