

Федеральное государственное 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
им. проф. В.И. Прохоренкова

Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор Карачева Ю.В.

Реферат:

**Современные особенности клинических проявлений чесотки
у взрослых и детей**

Выполнила:
ординатор 2-го года обучения
Иванова Е.В.

Проверила:
к.м.н., доцент
Яковлева Т.А.

Красноярск 2019г.

Рецензия <доц., к.м.н. кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им. проф. В.И. Прохоренкова Яковлевой Татьяны Александровны> на реферат ординатора второго года обучения специальности Дерматовенерология <Ивановой Елены Валерьевны> по теме: < >

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора второго года обучения специальности Дерматовенерология:

Основные критерии	Положительный/отрицательный
1. Структурированность	
2. Наличие орфографических ошибок	
3. Соответствие текста реферата по его теме	
4. Владение терминологией	
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	
6. Логичность доказательной базы	
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	
8. Круг использования известных научных источников	
9. Умение сделать общий вывод	

Итоговая оценка: положительная/отрицательная.

Комментарии рецензента

Дата:

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

Оглавление

1. Определение.....	4
2. Этиология.....	4
3. Эпидемиология.....	5
4. Клинические проявления.....	6
5. Диагностика чесотки	7
6. Клинические критерии диагностики.....	8
7. Эпидемиологические критерии диагностики.....	9
Список литературы.....	11

1.ОПРЕДЕЛЕНИЕ Чесотка – заразное паразитарное заболевание кожи, вызываемое чесоточным клещом *Sarcoptes scabiei*, сопровождающееся зудом, усиливающимся в вечернее и ночное время, и папулезно-везикулезными высыпаниями.

2.ЭТИОЛОГИЯ

Заболевание, вызываемое у человека чесоточным клещом, в медицине как нозологическую единицу называют чесоткой – *scabies* – по видовому названию возбудителя *Sarcoptes scabiei*. В ветеринарной литературе заболевание вызываемое клещами *Sarcoptes*, называются саркоптозом по родовому названию возбудителя. Заболевание возникающее у человека при попадании чесоточных клещей от животных, называются псевдосаркоптозом. Морфологический облик чесоточных клещей сем. *Sarcoptidae* чрезвычайно своеобразен и обусловлен их приспособлениями к внутрикожному паразитизму. Большую часть жизни клещи проводят в толще кожи. Самка прогрызает ходы на границе рогового и зернистого слоев эпидермиса, и по мере продвижения откладывает яйца. В коже происходит послезародышевое развитие – метаморфоз от личинки до взрослых клещей. Однако при рассейвании по телу человека, а также при заражении других людей клещи на определенных стадиях развития в каждом индивидуальном цикле выходят на поверхность кожи и активно передвигаются по ней в поисках новых мест внедрения. В связи с этим, хотя в строении чесоточных клещей преобладают приспособления к внутрикожному эндопаразитизму, они сочетаются с признаками на кожного эктопаразитизма. Для чесоточных клещей характерен строгий суточный ритм активности. Днем самка находится в состоянии покоя. Вечером и в первую половину ночи она прогрызает одно или два яйцевых колена под углом к основному направлению хода, в каждом из которых откладывает по яйцу. Вторую половину ночи самка грызет ход строго по прямой линии, интенсивно питаясь, днем – останавливается и замирает. В результате чесоточный ход на коже больного имеет извитую форму и состоит из отрезков хода, называемых суточным элементом хода. Ход имеет постоянную длину 5-7 мм. В течение жизни самка проходит в эпидермисе путь 3-6 см. Выявленный суточный ритм активности объясняет усиление зуда вечером, преобладание прямого пути заражения при контакте в постели в вечернее и ночное время, эффективность назначения противочесоточных препаратов на ночь. Распределение самок клещей, а соответственно и чесоточных ходов по кожному покрову определяются несколькими факторами: строением кожи, гигротермическим режимом и скоростью регенерации эпидермиса. Преимущественная локализация

чесоточных ходов наблюдается на участках кожи самой большой толщиной рогового слоя относительно остальных слоев эпидермиса. Это кисти, запястья и стопы, где толщина рогового слоя составляет $3/4$ - $5/6$ эпидермиса, то есть личинки успевают вылупиться из всех яиц, отложенных самкой, а не отторгаются вместе с роговыми чешуйками. Участки кожи, где располагаются чесоточные ходы, имеют пониженную температуру и волосяной покров там отсутствует или минимален. Кисти, являющиеся местами излюбленной локализации самок чесоточного клеща, представляют собой «зеркало чесотки».

3. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Интенсивный показатель заболеваемости чесоткой в Российской Федерации в 2011 году составлял 45,9 случаев на 100000 населения. Фактический уровень заболеваемости значительно выше. Увеличение числа больных чесоткой обычно сопровождает войны, стихийные бедствия, социальные потрясения, что обусловлено миграцией населения, экономическим спадом, ухудшением социально-бытовых условий. 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 имеется 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 (общежития, детские дома, интернаты, дома престарелых, казармы), при наличии тесных бытовых контактов друг с другом. Непрямой путь заражения (через предметы обихода, постельные принадлежности, одежду и т.п.) реализуется при высоком паразитарном индексе (обычно 48–60), определяемым числом чесоточных ходов у одного больного (потенциальный очаг) или суммарно в очаге на всех больных (иррадиирующий). 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 косвенным путем при последовательном контакте потока людей с предметами (постельные принадлежности, предметы туалета), которыми пользовался больной чесоткой. Для чесотки свойственны группы риска. Это возрастная группа юношеского возраста ($1/3, 1/4$ всей заболеваемости).

Второе место занимает школьный возраст, третье – дошкольный, четвертое – зрелый. Распределение заболеваемости по социальным группам согласуется с возрастным, наибольшая заболеваемость у студентов техникумов, вузов, учащихся ПТУ, ниже – у школьников, далее следуют дошкольники.

КЛАССИФИКАЦИЯ Общепринятой классификации не существует.

4. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Инкубационный период при чесотке имеет разную продолжительность: он колеблется от 14 дней до 6 недель при первичной инфекции и может быть предельно коротким, ограничиваясь несколькими днями при реинфекции. Выделяют следующие клинические разновидности чесотки: типичная; чесотка без ходов; чесотка «чистоплотных» или «инкогнито»; скабиозная лимфоплазия кожи; скабиозная эритродермия; норвежская чесотка; осложненная чесотка (вторичной пиодермией, аллергическим дерматитом, реже – микробной экземой и крапивницей); псевдосаркоптоз. Зуд – характерный субъективный симптом чесотки. Основная точка зрения на природу зуда – это результат сенсибилизации организма больного к клещу и продуктам его жизнедеятельности (фекалии, оральные секрет, изливаемый при прогрызании хода, секрет желез яйцевода). При первичном заражении зуд появляется через 7–14 дней, а при реинвазии – через сутки после заражения. Усиление зуда в вечернее и ночное время связано с суточным ритмом активности возбудителя. Высыпания при чесотке обусловлены деятельностью клеща (чесоточные ходы, фолликулярные папулы, невоспалительные везикулы), аллергической реакцией организма на продукты его жизнедеятельности (милиарные папулы, расчесы, кровянистые корочки), пиогенной микрофлорой (пустулы). Чесоточные ходы являются основным клиническим симптомом чесотки. При длительно существующем процессе выявляются старые сухие чесоточные ходы в виде сухих поверхностных трещин. Если давность заболевания не превышает двух недель, то чесоточные ходы можно и не выявить при осмотре. Папулы, везикулы, расчесы и кровянистые корочки нередко преобладают в клинической картине заболевания. Неполовозрелые стадии развития чесоточного клеща, молодые самки и самцы обнаруживаются в 1/3 папул и везикул. Для папул с клещами характерно фолликулярное расположение и небольшие размеры (до 2 мм). Везикулы обычно мелкие (до 3 мм), без признаков воспаления, располагаются изолированно преимущественно на кистях, реже – на запястьях и стопах.

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. Типичная чесотка встречается наиболее часто, ее клиническая картина представлена различными вариантами чесоточных ходов, фолликулярными папулами на туловище и конечностях, невоспалительными везикулами вблизи ходов, расчесами и кровянистыми корочками, диссеминированными по всему кожному покрову. Для типичной чесотки характерно отсутствие высыпаний в межлопаточной области. Чесотка без ходов регистрируется реже типичной чесотки, выявляется преимущественно при обследовании лиц, бывших в контакте с больными чесоткой, возникает при заражении личинками, существует в первоначальном виде не более 2 недель, клинически характеризуется единичными фолликулярными папулами и невоспалительными везикулами. Чесотка «чистоплотных» или «инкогнито» возникает у лиц, часто принимающих водные процедуры, особенно в вечернее время, соответствует по своей клинической картине типичной чесотке с минимальными проявлениями. Скабиозная лимфоплазия кожи развивается в результате особой предрасположенности кожи отвечать на раздражитель, в данной ситуации на чесоточного клеща, реактивной гиперплазией лимфоидной ткани. Высказывают предположение о ряде вероятных факторов, способствующих развитию скабиозной лимфоплазии кожи: высокая вирулентность паразита и его высокая резистентность, токсическая реакция ткани, глубина проникновения паразита в кожу. Клинические проявления представлены своеобразными узелковыми элементами, возникающими после или в процессе основного заболевания. Узелки округлых или овальных очертаний, размером от крупной горошины до фасоли, синюшно-розового или буровато-красного цвета, имеют гладкую поверхность и плотную консистенцию. Количество высыпных элементов колеблется от единичных до множественных. Наиболее частой локализацией являются мужские гениталии, внутренняя поверхность бёдер, живот, подмышечные впадины и область на груди вокруг сосков. Наблюдались случаи вовлечения в процесс кожи ушных раковин, носа, век и бровей. Течение процесса всегда доброкачественное, но крайне замедленное. 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. 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. Норвежская (корковая, корустозная) чесотка – редкая и очень контагиозная форма заболевания. Она возникает при иммуносупрессивных состояниях, длительном приеме гормональных и цитостатических препаратов, нарушении периферической чувствительности, конституциональных аномалиях ороговения, у больных сенильной деменцией, болезнью Дауна, у больных СПИДом. Основным симптомом заболевания является эритродермия, на фоне которой образуются массивные серовато-желтые или буро-черные корки толщиной от нескольких миллиметров до 2–3 см, ограничивающие движения и делающие их болезненными. Между слоями корок и под ними обнаруживается огромное количество чесоточных клещей. На кистях и стопах наблюдается множество чесоточных ходов. Нередко поражаются ногти, увеличиваются лимфатические узлы, выпадают волосы, повышается температура тела. От больных исходит неприятный запах. Часто в окружении таких больных возникают микроэпидемии – заражаются члены семьи, медицинские работники, больные, находящиеся в одной палате. Осложненная чесотка. Чесотка часто осложняется вторичной пиодермией и дерматитом, реже – микробной экземой и крапивницей. Среди нозологических форм пиодермии преобладают стафилококковое импетиго, остиофолликулиты и глубокие фолликулиты, реже возникают фурункулы и вульгарные эктимы. Импетиго преобладает в местах частой локализации ходов (кисти, запястья, стопы), остиофолликулиты – в местах метаморфоза клещей (переднебоковая поверхность туловища, бедра, ягодицы). Микробная экзема чаще наблюдается в местах локализации скабиозной лимфоплазии кожи, особенно в области ягодиц. Чесотка у детей характеризуется большей распространенностью процесса с вовлечением кожи лица, волосистой части головы, ладоней и подошв. Высыпания могут быть представлены волдырями и пузырями. Преобладают реактивные варианты чесоточных ходов вблизи экссудативных морфологических элементов, часто встречается скабиозная лимфоплазия кожи, нередко осложнения заболевания. В процесс, особенно у грудных детей, могут вовлекаться ногтевые пластинки. 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 развивается аллергический дерматит и микробная экзема. Особенности течения чесотки при сочетании с другими дерматозами. При чесотке на фоне атопического дерматита, вульгарного ихтиоза наблюдаются единичные чесоточные ходы; на фоне гипергидроза, дисгидротической экземы — 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). 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.

5. ДИАГНОСТИКА ЧЕСОТКИ

Диагноз чесотки устанавливается на основании комплекса клинических и эпидемиологических данных, подтвержденных инструментальными и лабораторными исследованиями, направленными на обнаружение возбудителя. 2.4.1 Инструментальные и лабораторные исследования.

Диагноз чесотки должен подтверждаться обнаружением возбудителя. Вероятность обнаружения возбудителя в чесоточном ходе – 97%, в других первичных элементах (фолликулярных узелках на туловище и конечностях, пузырьках на кистях) – не более 20-30%, во вторичных элементах – меньше 20%. Успех лабораторной диагностики зависит от умения врача или лаборанта обнаружить чесоточные ходы. В этих случаях рекомендуется применять окраску подозрительного элемента 5% спиртовым раствором йода, анилиновыми красителями, тушью или чернилами. Чесоточные ходы интенсивно впитывают красящее вещество и хорошо визуализируются. Существует несколько методик лабораторной диагностики чесотки: извлечение клеща иглой метод тонких срезов соскоб без крови соскоб до появления крови соскоб в минеральном масле щелочное препарирование кожи. Метод обнаружения чесоточного клеща Т.В.Соколовой 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. 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.

6. КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ.

Зуд, усиливающийся в вечернее и ночное время. Наличие типичных чесоточных ходов и их реактивных вариантов, изолированных везикул, фолликулярных папул, зудящих лентикулярных папул. Типичная локализация высыпаний: чесоточные ходы на кистях, запястьях, стопах, локтях; фолликулярные папулы – на переднебоковой поверхности тела, невоспалительные везикулы на кистях и стопах в непосредственной близости от ходов; лентикулярные папулы – половые органы мужчин, ягодицы, аксиллярная область, молочные железы у женщин. Наличие характерных для чесотки симптомов Арди, Горчакова, Михаэлиса, Сеззари. Преобладание стафилококкового импетиго на кистях, запястьях, стопах; эктим – на голених и ягодицах; остиофолликулитов и фурункулов на туловище и ягодицах. Отсутствие эффекта от лечения антигистаминными, десенсибилизирующими средствами внутрь, противовоспалительными, в том числе кортикостероидными мазями, наружно.

7. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ.

Наличие зудящего дерматоза у одного или нескольких членов семьи. Наличие зудящего дерматоза среди членов инвазионно-контактного коллектива (общежитие, детский сад, интернат, детский дом, казарма). Возникновение заболевания после тесного телесного контакта в вечернее и ночное время, в том числе полового. Последовательное появление новых больных в очаге.

Список литературы

1. Паразитарные дерматозы у взрослых и детей: учеб. пособие / Т. А. Яковлева, Ю. В. Карачева. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2017. – 71 с.
2. Клинические рекомендации. Дерматовенерология / под ред. А.А. Кубановой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 320 с.
3. Клиническая дерматовенерология: нац. рук. / под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 1024 с. 3.
4. Лопатина Ю.В., Еремина О.Ю. Современные средства для лечения головного педикулеза: полисилоксаны // Медицинский алфавит. Санитария и гигиена. 2015. – № 4. – С. 28–33.
5. Лопатина Ю.В., Еремина О.Ю. Инсектицидное действие на вшей перметрина и фосфорорганических соединений в бинарных смесевых препаратах // Дездело. – 2015. – № 2. – С. 41–47.
6. Лопатина Ю.В., Еремина О.Ю. Сравнительная активность разных групп инсектицидов в отношении устойчивых к перметрину вшей (*Anoplura*, *Pediculidae*) // Мед. паразитология и паразит. Болезни. – 2015. – № 1. – С. 20–28.
7. Малярчук А.П., Соколова Т.В., Гладько В.В. Оценка эффективности скабицида при различных вариантах чесотки // Клинич. дерматология и венерология. – 2017. – № 5. – С. 58–64.