

ГНОЙНИЧКОВЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ

Доцент кафедры
дерматовенерологии ВолгГМУ

к.м.н. Сердюкова Е.А.



ГНОЙНИЧКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ -ПИОДЕРМИИ(СИН ПИОДЕРМИТЫ) -

- ✘ Обширная группа различных по клиническим формам, течению и прогнозу дерматозов
- ✘ Этиология - стафилококки и стрептококки, вульгарный протей синегнойная палочка, микоплазма .
- ✘ Первое место в структуре заболеваемости
- ✘ Протекают остро , реже хронически
- ✘ Разрешаются бесследно или с рубцами
- ✘ Возникают первично и как осложнения других заболеваний кожи (чесотки, атопического дерматита, экземы, травматических поражений кожи).

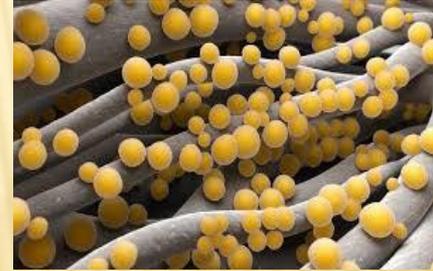


ЭТИОЛОГИЯ

- ✘ Причина пиодермий - стафилококки , стрептококки, пневмококки, синегнойная палочка, протей, и ряд других.
- ✘ При острых пиодермиях - стафилококки и стрептококки
- ✘ При глубоких и хронических пиодермиях смешанная инфекция с присоединением грамотрицательной флоры.
- ✘ Из очагов пиодермии стафилококкам в монокультуре выделяется 80-90 % , эпидермальных стафилококков 12%, стрептококков 8%.

СТАФИЛОКОККИ

- ✘ Грамположительные кокки, факультативно-анаэробные бактерии, не образующие капсул и спор.
- ✘ Наибольшая способность к патоморфозу.
- ✘ Вызывают гнойно-некротическое воспаление
- ✘ Первичный элемент пустула при поверхностных пиодермиях, узел - при глубоких
- ✘ Поражают придатки кожи (волосяные фолликулы, апокриновые, эккриновые потовые железы, сальные железы).
- ✘ Пути передачи: воздушно-капельное инфицирование, а также контактным путем .



СТРЕПТОКОККИ



- ✗ грамположительные кокки, не образующие спор, являющиеся аэробами.
- ✗ гемолитические, зеленящие и негемолитические стрептококки.
- ✗ основная причина стрептодермий - бета - гемолитический стрептококк
- ✗ поражают гладкую кожу, складки кожи, поверхность вокруг естественных отверстий, чаще на лице
- ✗ Первичный элемент - вялый пузырь (фликтена)



ЕСТЕСТВЕННЫЕ ЗАЩИТНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ОРГАНИЗМА

- 1) Непроницаемость для м/о неповрежденного рогового слоя.
- 2) Постоянное отшелушивание роговых чешуек.
- 3) Кислая среда на поверхности кожи (рН 3,5-6,7).
- 4) Бактерицидное действие свободных жирных кислот
- 5) Антагонистические и антибиотические свойства нормальной микрофлоры кожи (50% из сапрофиты, на 42% условно патогенные, 8% патогенная флора).
- 6) Иммунологические защитные механизмы (клетки Лангерганса в эпидермисе, базофилы, тканевые макрофаги и Т-лимфоциты в дерме).

ФАКТОРЫ , СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ПИОДЕРМИЙ

Экзогенные

- 1) загрязнение и массивность инфицирования патогенными м/о при нарушении санитарно-гигиенического режима
- 2) нарушение целостности рогового слоя эпидермиса, вызванное физической травмой (ожог, отморожение, воздействие радиации)
- 3) длительное и нерациональное использование антибактериальных средств (наружное использование и пероральный прием)
- 4) прием кортикостероидных и цитостатических, иммуносупрессивных препаратов.

ФАКТОРЫ , СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ПИОДЕРМИЙ

Эндогенные

- 1) Хронические заболевания внутренних органов (*сахарный диабет, синдром Иценко-Кушинга, нарушения функции ЖКТ, печени, хронические интоксикации болезни сосудов, приводящие к нарушению микроциркуляции*)
- 2) Первичные и вторичные иммунодефициты
- 3) Очаги хронических гнойных инфекций
- 4) Заболевания, связанные с изменением количества и химического состава кожного сала
- 5) Возрастные особенности кожи.

ПАТОГЕНЕЗ

- ✘ недостаточность иммунной системы: угнетение фагоцитарной активности лейкоцитов, нарушение Т- и В-клеточной систем иммунитета.
- ✘ при стафилодермиях: лейкотоксин (массивный лейкоцитарный инфильтрат, эксfolлиативный токсин (повреждение десмосом в зернистом слое эпидермиса) .
- ✘ при стрептодермии : стрептокиназа, дезоксирибонуклеаза, гиалуронидаза (повышение проницаемости, появление пузырей)
- ✘ для стафилодермии характерен инфильтративно-некротический, нагноительный тип воспаления
- ✘ для стрептодермии – экссудативно-серозный тип воспалительной реакции.

КЛАССИФИКАЦИЯ:

- ✘ По **этиологическому признаку** выделяют стафилодермии, стрептодермии, стрептостафилодермии.
- ✘ По **глубине поражения** поверхностные глубокие (по способности формирования после себя рубцы).
- ✘ Первичные и вторичные
- ✘ Острые и хронические
- ✘ Ограниченные и распространенные



КЛАССИФИКАЦИЯ СТАФИЛОДЕРМИЙ

Поверхностные:

- ✗ остиофолликулит
- ✗ фолликулит
- ✗ сикоз
- ✗ везикулопустулез
- ✗ эпидемическая пузырчатка новорожденных
- ✗ дерматит эксфолиативный (болезнь Риттера)
- ✗ синдром стафилококковой обожженной кожи (SSSS)

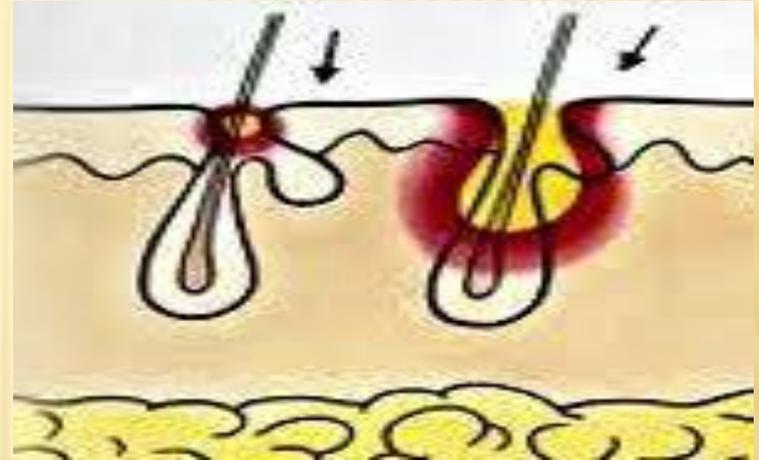
Глубокие

- ✗ фурункул (фурункулез)
- ✗ карбункул
- ✗ псевдофурункулез
- ✗ гидраденит



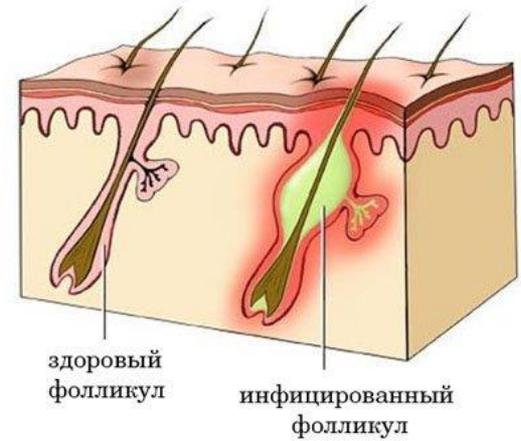
ОСТИОФОМИКУЛИТ

- ✘ Начальная стадия проявления всех стафилококковых фолликулярных пустул
- ✘ Воспаление поверхностной расширенной части волосяного фолликула
- ✘ Наиболее частая локализация – волосистая часть головы, туловище, наружные половые органы.
- ✘ В устьях фолликулов волос единичные или множественные милиарные пустулы (1-5 мм)
- ✘ Через 3-4 дня - корочка
- ✘ Разрешение с образованием пятна
- ✘ Рубец не формируется
- ✘ Высыпания единичные или множественные



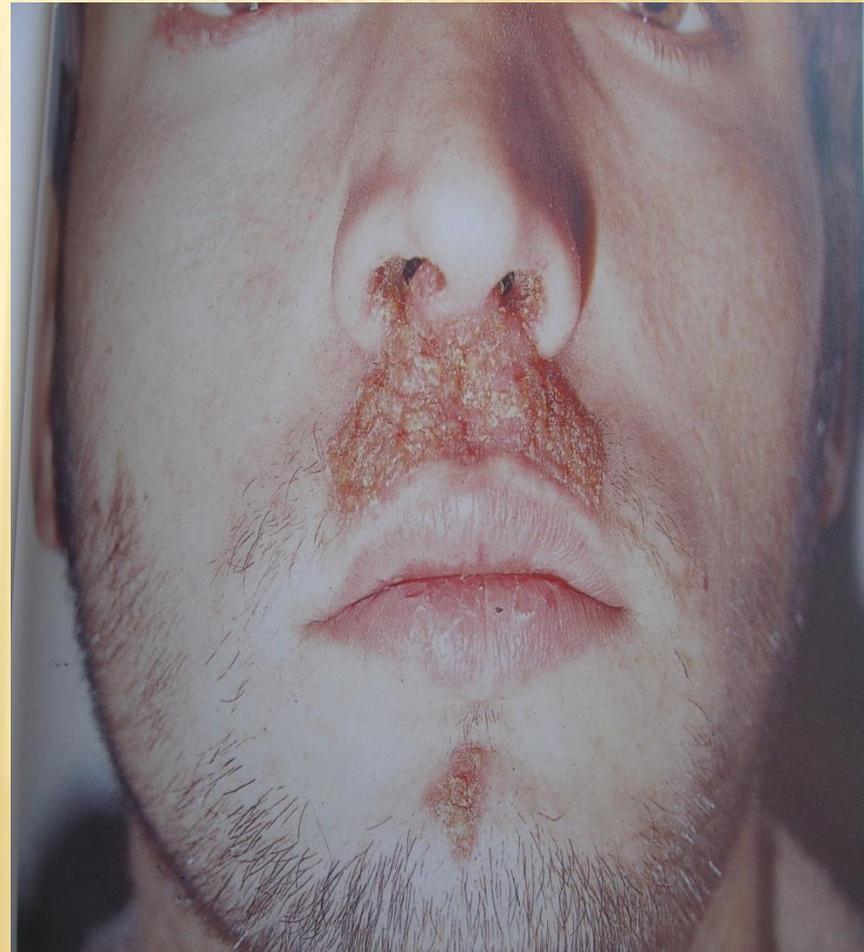
ФОЛЛИКУЛИТ

- ✘ Возбудитель золотистый стафилококк
- ✘ Гнойное воспаление всего волосяного фолликула
- ✘ Ограниченный воспалительный инфильтрат
- ✘ Болезненность при пальпации
- ✘ На 2-3 день пустула.
- ✘ Через 5-7 суток желтоватая корочка.



СИКОЗ ВУЛЬГАРНЫЙ (СИКОЗ СТАФИЛОКОККОВЫЙ)

- ✘ Хроническое рецидивирующее воспаление фолликулов в зоне роста щетинистых волос (борода, усы, брови, лобок, подмышечные ямки)
- ✘ Возбудитель - золотистый стафилококк или ассоциации разных штаммов стафилококков.
- ✘ Очаги с выраженной инфильтрацией кожи синюшно-бурого цвета, в которых имеются пустулы, эрозии, серозно-гнойные корки
- ✘ Волосы не выпадают, но легко выдергиваются
- ✘ После разрешения рубцов не образуется



ВЕЗИКУЛОПУСТУЛЕЗ

- ✘ Часто встречается у новорожденных
- ✘ Гнойное воспаление устьев мерокриновых потовых желез
- ✘ Возбудитель золотистый стафилококк
- ✘ Предшествует потница в виде множественных красных точечных пятен
- ✘ Возникают пузырьки с молочно-белым содержимым
- ✘ Высыпания на туловище, в складках кожи, на волосистой части головы
- ✘ У ослабленных детей и при отсутствии своевременного лечения распространение вглубь (развитие абсцессов и флегмон)
- ✘ Нередко лимфангиты, лимфадениты, сепсис
- ✘ Длительность заболевания 7-10 дней.



ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ ПУЗЫРЧАТКА НОВОРОЖДЕННЫХ (ПИОКОККОВЫЙ ПЕМФИГОИД)

- ✘ Развивается на 3-5 день жизни ,реже на 8-15 день после рождения
- ✘ Диссеминированные «вялые» пузыри, от горошины до лесного ореха, с мутным содержимым, влажные эрозии с остатками покрышек из отслоившегося эпидермиса
- ✘ Корки обычно не образуются
- ✘ Период высыпания пузырей от нескольких дней до 2-3 недель
- ✘ Локализация в области пупка , нижней части живота, аногенитальной области, области естественных складок, при обширном поражении – на коже груди, спины, конечностей, редко на ладонях и подошвах
- ✘ Повышение температуры тела
- ✘ Высоко контагиозна для новорожденных детей
- ✘ Заражение новорожденных происходит от матерей и медицинских работников , страдающих пиодермией.







ЭКСФОЛИАТИВНЫЙ ДЕРМАТИТ РИТТЕРА

- ✘ Наиболее тяжелая форма стафилодермии новорожденных
- ✘ Наблюдается у новорожденных и детей младше 5 лет
- ✘ Начало : покраснение кожи, появление трещин, слущивание верхних слоев эпидермиса вокруг рта или пупка, затем серозное пропитывание кожи и эпидермолиз
- ✘ Симптом Никольского положительный
- ✘ Появляются дряблые пузыри
- ✘ В течение 6-12 часов процесс распространяется по всему кожному покрову
- ✘ В течение 8-15 дней высыпания разрешаются с последующим шелушением
- ✘ Рубцов не образуется
- ✘ Общее состояние больных тяжелое, высокая температура тела до 40-41 С
- ✘ возможно развитие токсико-септического состояния и сепсиса .









ПСЕВДОФУРУНКУЛЕЗ (МНОЖЕСТВЕННЫЕ АБСЦЕССЫ НОВОРОЖДЕННЫХ)

- ✘ Встречается у детей первых месяцев жизни, на фоне дистрофии, сопутствующих тяжелых заболеваний (пневмонии, анемии).
- ✘ Вызывает золотистый стафилококк или его ассоциация с другими возбудителями.
- ✘ Воспаление эккринных потовых желез в виде подкожных узлов величиной от горошины до лесного ореха, багрово-красного цвета с синюшным оттенком.
- ✘ Излюбленная локализация – затылок, спина, ягодицы, задняя поверхность бедер.
- ✘ В центре узлов образуется флюктуация, при вскрытии которой выделяется желто-зеленый сливкообразный гной
- ✘ Некротический стержень обычно не формируется
- ✘ После патологического процесса остаются рубчики.



ФУРУНКУЛ – острое гнойно-некротическое поражение фолликула, сальной железы и окружающей подкожно-жировой клетчатки.

- ✘ Узел конусооидной формы , багрово-красного цвета, в центре некротический стержень
- ✘ Субъективно чувство жжения, выраженную болезненность.
- ✘ Недомогание , общая слабость, головная боль, повышение температуры до 38-39 с и выше.
- ✘ Язва с неровными, подрывными краями
- ✘ На любом участке кожного покрова, где имеются волосы.

ФУРУНКУЛЕЗ- ВОЗНИКНОВЕНИЕ ОДНОВРЕМЕННО НЕСКОЛЬКИХ ФУРУНКУЛОВ

- ✗ По клиническому течению выделяют: острый и хронический
- ✗ Фурункулез чаще развивается :
 - у детей с выраженной сенсibilизацией к пиококкам
 - с соматическими заболеваниями (сахарный диабет, поражения ЖКТ, длительная кортикостероидная терапия, хронический алкоголизм)
 - с хроническими зудящими дерматозами (чесотка, педикулез) .



**КАРБУНКУЛ – КОНГЛОМЕРАТ
ФУРУНКУЛОВ,
ОБЪЕДИНЕННЫХ ОБЩИМ
ИНФИЛЬТРАТОМ.**



- ✘ Плотный узел темно-красного или багрового цвета диаметром 5-10 см, на поверхности которого имеется несколько пустул.
- ✘ Глубокий некроз подлежащих тканей с образованием глубокой обширной язвы
- ✘ Заживление с образованием грубого рубца, нередко спаянного с подлежащими тканями

ГИДРАДЕНИТ – ГНОЙНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ АПОКРИНОВЫХ ПОТОВЫХ ЖЕЛЕЗ.

- ✗ не болеют дети до пубертата и старики
- ✗ локализация на коже подмышечных впадин, паховых складок, больших половых губ, мошонки, вокруг сосков и молочных желез, ануса
- ✗ в подкожно-жировой клетчатке один или несколько узлов небольших размеров, округлой формы, плотноватой консистенции, болезненные при пальпации
- ✗ абсцесс вскрывается, выделяется гной, язва очищается и рубцуется.
- ✗ длится в среднем около двух недель
- ✗ нередко рецидивирует.
- ✗ выраженная болезненность



КЛАССИФИКАЦИЯ СТРЕПТОДЕРМИЙ

Поверхностные

- ✗ импетиго стрептококковое
- ✗ буллезное импетиго
- ✗ щелевидное импетиго (ангулярный стоматит, заеда)
- ✗ паронихия (импетиго ногтевых валиков, турнеоль)
- ✗ папуло-эрозивная стрептодермия (папулезное сифилоподобное импетиго)
- ✗ интертригинозная стрептодермия (стрептококковая опрелость)
- ✗ простой лишай (сухая стрептодермия)
- ✗ стрептодермия острая диффузная

Глубокая

- ✗ Вульгарная эктима

ИМПЕТИГО СТРЕПТОКОККОВОЕ

- ✗ Наблюдается у детей разных возрастных групп
- ✗ Высококонтагиозное заболевание
- ✗ Образование фликтен с серозным или серозно-гнойным содержимым, при вскрытии которых образуются эрозии.
- ✗ Экссудат сохнет в корки отпадающие через 3-4 суток
- ✗ Рубцов , атрофии не образуется
- ✗ Преимущественная локализация - кожа лица (область вокруг носа , рта).



БУЛЛЕЗНОЕ ИМПЕТИГО

- ✘ Пузырные высыпания с серозно-гнойным содержимым и розовым венчиком.
- ✘ После вскрытия пузырей - эрозии покрытые тонкими листовидными корочками
- ✘ Преимущественная локализация – тыл кистей, нижние конечности.



✘ ПАРОНИХИЯ (поверхностный панариций)

фликтена на гиперемизированном, отечном основании, локализующаяся вокруг ногтевой пластинки.



ЩЕЛЕВИДНОЕ ИМПЕТИГО (заеда, ангулярный стоматит) быстро вскрывающиеся фликтены с образованием неглубоких щелевидных линейных трещин и эрозий. Локализуется в углах рта, области наружных углов глазных щелей, основаниях крыльев носа.



ИНТЕРТРИГИНОЗНАЯ СТРЕПТОДЕРМИЯ

- ✘ На соприкасающихся поверхностях (в паховых и подмышечных складках, ягодичной областях, за ушными раковинами)
- ✘ Быстро вскрывающиеся фликтены, образующие мокнущие эрозии с резкими фестончатыми границами
- ✘ Часто встречается у детей с гипертрофией, избыточной массой тела, сахарным диабетом, повышенной потливостью.



ПАПУЛО-ЭРОЗИВНАЯ СТРЕПТОДЕРМИЯ (СИФИЛОПОДОБНОЕ ИМПЕТИГО)

- ❖ Характерна для детей грудного возраста
- ❖ Локализуется на коже ягодиц, задней и внутренней поверхности бедер, в области промежности, мошонки
- ❖ Плотные синюшно-красного цвета папулы, окруженные воспалительным венчиком, фликтены, эрозии и корочки
- ❖ Предрасполагающие факторы *раздражающее действие мочи, раздражение подгузниками, синтетическими моющими средствами .*



ПРОСТОЙ ЛИШАЙ (СУХАЯ СТРЕПТОДЕРМИЯ)

- ❖ У детей на открытых участках кожи
- ❖ Вызывает малопатогенный стрептококк
- ❖ Пятна округлой формы белого или розового цвета с отрубевидным шелушением
- ❖ Вялое течение
- ❖ Обычно сочетается с щелевидным импетиго



СТРЕПТОКОККОВАЯ ЭКТИМА

- ✘ Глубокое поражение кожи с изъязвлением на ограниченном участке
- ✘ Возбудитель - пиогенный стрептококк
- ✘ Начало с появления фликтены с гнойным содержимым, ссыхающееся в течение нескольких дней в корку, под ней глубокая язва с отечными воспаленными мягкими краями, дно с некротическим, гнойно-слизистым налетом
- ✘ Рубцевание течение 2-4 недель
- ✘ Локализация чаще всего на коже нижних конечностей.
- ✘ Факторы риска - хронические заболевания, зудящие дерматозы.



КЛАССИФИКАЦИЯ СТРЕПТОСТАФИЛОДЕРМИЙ

Поверхностные

- ✗ импетиго вульгарное

Глубокие

- ✗ хроническая язвенная
- ✗ вегетирующая пиодермия
- ✗ гангренозная пиодермия
- ✗ шанкриформная пиодермия

ИМПЕТИГО СТЕПТОСТАФИЛОКОККОВОЕ (ВУЛЬГАРНОЕ ИМПЕТИГО)

- ✘ Наиболее часто встречающаяся форма
- ✘ Высоко контагиозно
- ✘ Наиболее часто поражается кожа лица, рук.
- ✘ На воспаленной гиперемизированной коже пузырек с серозным содержимым
- ✘ Покрышка пузыря тонкая, вялая с венчиком эритемы , быстро эрозируются.
- ✘ На 5-7 день корки отторгаются
- ✘ Разрешается бесследно
- ✘ Очаги могут и захватывать значительные поверхности кожи.



ХРОНИЧЕСКАЯ ЯЗВЕННАЯ ПИОДЕРМИЯ

- ✘ Локализуется преимущественно на голенях
- ✘ Чаще ей предшествует фурункул или эктима
- ✘ Дно язвы покрыто вялыми грануляциями
- ✘ Края язвы инфильтрированы, застойно гиперемированы
- ✘ Язвы болезненные при пальпации



ВЕГЕТИРУЮЩАЯ ПИОДЕРМИЯ



- ✘ Одинаково часто встречается у лиц обоих полов
- ✘ Дети болеют очень редко
- ✘ Первичный элемент пустула, число их быстро увеличивается, на их месте бородавчатые вегетации, гнойное отделяемое сохнет в корки, мелкие очаги растут по периферии
- ✘ Сливаясь, образуют довольно крупные очаги, окруженные эритематозным венчиком.
- ✘ Излюбленная локализация – волосистая часть головы, лоб, губы, подмышечные впадины, гениталии, слизистая оболочка щек и носа.



ГАНГРЕНОЗНАЯ ПИОДЕРМИЯ (ЯЗВЕННО-ВЕГЕТИРУЮЩАЯ ГАНГРЕНОЗНАЯ ПИОДЕРМИЯ)

- ✘ В основе лежит аллергический васкулит, а различным микроорганизмам отводится роль сенсибилизирующего фактора.
- ✘ Чаще развивается у больных с системными заболеваниями в возрасте от 30 до 50 лет и старше
- ✘ Дети болеют редко.
- ✘ Пустулы , фурункулоподобные высыпания или пузыри быстро распадаются с образованием ширящихся по периферии язв
- ✘ Язвы округлые, неправильные или полициклические размером с ладонь и более, с неровными, подрытыми краями
- ✘ Отделяемое обильное гнойно-кровянистого характера с примесью распадающихся тканей, с неприятным гнилостным запахом
- ✘ Локализация чаще нижние конечности, но может быть на туловище и лице.

ШАНКРИФОРМНАЯ ПИОДЕРМИЯ



- ✘ Форма хронической стрептостафилодермии
- ✘ Начало с появления пузырька , после вскрытия которого остается эрозия или язва округлых или овальных очертаний, основание которых всегда уплотнено
- ✘ Изъязвления могут достигать 1-2 см в диаметре.
- ✘ Субъективные ощущения отсутствуют.
- ✘ Регионарные лимфоузлы плотные, безболезненные, не спаянные между собой и подлежащими тканями
- ✘ Поражение чаще одиночное , но может быть множественным.

инфильтрат выходит за пределы края язвы, что важно в дифдиагностике с твердым шанкром.

МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ

✘ Анилиновые красители и антисептики :

(растворы 1% бриллиантового зеленого, фукорцин, 1-3% метиленового синего, 0,01-0,1% калия перманганата 2-3 р/сут, перекись водорода, хлоргексидин 0,5% спиртовой или 1% водный р-р, хлорофиллипт 2% масляный р-р)

✘ Антимикробные препараты

(крем или мазь фуцидин, банеоцин, эритромициновая мазь, мазь супироцин)

✘ Препараты с противовоспалительным, антисептическим действием

10% ихтиоловая мазь 2р/сут или 2-5% ихтиоловая паста на инфильтративные очаги

ПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ СИСТЕМНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

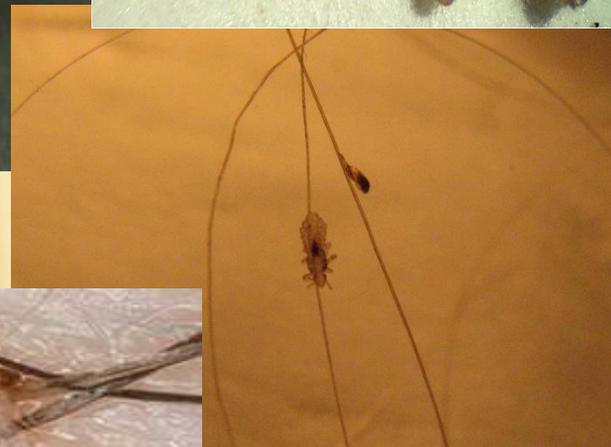
- ✘ Распространенные, глубокие формы
- ✘ Хронические, рецидивирующие пиодермии
- ✘ Отсутствие эффекта от проводимого местного лечения
- ✘ Нарушение общего состояния (лихорадка, недомогание)
- ✘ Наличие лимфаденита, лимфангита
- ✘ Локализация глубоких пиодермий на лице

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ПИОДЕРМИЙ

- ✘ Антибактериальная терапия
- ✘ Специфическая иммунотерапия (активная и пассивная иммунизация) (При рецидивирующих, упорно протекающих пиодермиях)
- ✘ Неспецифическая иммунотерапия
- ✘ Общеукрепляющая терапия
- ✘ Системные кортикостероиды (при высокой активности патологического процесса, хронической язвенно-вегетирующей и гангренозной пиодермии)
- ✘ Цитостатики (при гангренозной и вегетирующей формах)
- ✘ Ретиноиды (при акне келоид, абсцедирующих фолликулитах, перифолликулитах волосистой части головы)
- ✘ Местное лечение
- ✘ Физиотерапевтическое лечение

ПЕДИКУЛЕЗ (ВШИВОСТЬ) – РАСПРОСТРАНЕННОЕ ПАРАЗИТАРНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ВЫЗЫВАЕМОЕ ВШАМИ (МЕЛКИМИ БЕСКРЫЛЫМИ КРОВОСОСУЩИМИ НАСЕКОМЫМИ), ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ ПАРАЗИТИРОВАНИЕМ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ НА КОЖЕ И ЕЕ ИЗМЕНЕНИЯМИ В РЕЗУЛЬТАТЕ УКУСОВ.

- ❖ Головная вошь (*Pediculus humanus capitis*) вызывает головной педикулез
- ❖ Платяная вошь (*Pediculus humanus corporis*) – платяной педикулез
- ❖ Лобковая вошь (*Phthirus pubis*) – лобковый педикулез (фтириаз).



ПУТИ ПЕРЕДАЧИ

- ✘ Заражение головным педикулезом происходит при контакте с человеком, зараженным вшами, преимущественно при соприкосновении волос (прямой путь) или при использовании предметов (непрямой путь), которыми пользовался больной педикулезом (*расчески, головные уборы, постельные принадлежности и т.п.*)
- ✘ Заражение платяными вшами происходит при контакте или при использовании одежды больного платяным педикулезом.
- ✘ Лобковый педикулез передается, главным образом, при половых контактах.

ГОЛОВНОЙ ПЕДИКУЛЕЗ

- ✘ Чаще болеют дети и женщины
- ✘ Вши и гниды локализуются на волосистой части головы, чаще в височной и затылочной областях
- ✘ При активном процессе возможно склеивание волос серозно-гнойным экссудатом (колтун)
- ✘ Может наблюдаться поражение бровей и ресниц, а также гладкой кожи ушных раковин, заушных областей и шеи





ПЛАТЯНОЙ ПЕДИКУЛЕЗ

- ✘ Чаще болеют неопрятные взрослые
- ✘ Платяная вошь паразитирует в местах соприкосновения складок и швов белья с телом
- ✘ Огрубение кожи , меланодермия , «кожа бродяг» в местах соприкосновения с одеждой
- ✘ Локализация клинических проявлений
 - Плечи
 - верхняя часть спины
 - подмышечные впадины
 - живот
 - поясница
 - пахово-бедренные складки



ЛОБКОВЫЙ ПЕДИКУЛЕЗ

- ✘ Чаще передается при половом контакте
- ✘ Редко через мочалку, полотенце
- ✘ Проявления заболевания на лобке, но могут в подмышечных впадинах, груди, бороды, ресниц, усов
- ✘ У детей чаще поражаются ресницы, веки, волосистая часть головы, редко в области плеч, шеи.
- ✘ Характерно появление голубоватых пятен (*macula caeruleae*) в местах кровососания.
- ✘ На ресницах гниды в виде мелких узелков



ОБНАРУЖЕНИЕ НАСЕКОМЫХ И ГНИД ПРИ ВИЗУАЛЬНОМ ОСМОТРЕ



ЛЕЧЕНИЕ

- ✘ Неспецифические методы терапии применяют для лечения осложнений, сопутствующих педикулезу.
- ✘ При лечении обязательно проводят противоэпидемические мероприятия в очагах (семья, детский коллектив).
- ✘ При выявлении больных педикулезом их регистрацию и разъяснение правил текущей дезинсекции осуществляет выявивший педикулез медицинский работник независимо от его специальности.
- ✘ Учитывая возможность фиксации гнид при платяном педикулезе не только на ворсинах одежды, но и на пушковых волосах кожного покрова человека, при распространенном процессе необходимо решать вопрос не только о дезинсекции одежды, но и об обработке больного (мытье тела горячей водой с мылом и мочалкой, в случае необходимости – сбривание волос, смена нательного и постельного белья).
- ✘ При головном педикулезе обязательно обрабатывают головные уборы.

- ✘ Направлено на уничтожение возбудителя на всех стадиях его развития.
- ✘ Готовые к применению лекарственные препараты наносят на волосистую часть головы (головной педикулез) или на волосы лобка, подмышечных впадин (фтириаз), равномерно распределяя по длине волос и особенно тщательно обрабатывая их корни.
- ✘ Препараты на основе перметрина (педилин, никс, паранит)
- ✘ После завершения времени действия педикулицид смывают с волос проточной водой, моют мылом или шампунем, ополаскивают 4,5–5% раствором уксусной кислоты, прочесывают частым гребнем для удаления погибших насекомых и яиц.
- ✘ По возможности стригут или сбривают волосы.

ЛЕЧЕНИЕ

ПЕДИКУЛЕЗА



ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ

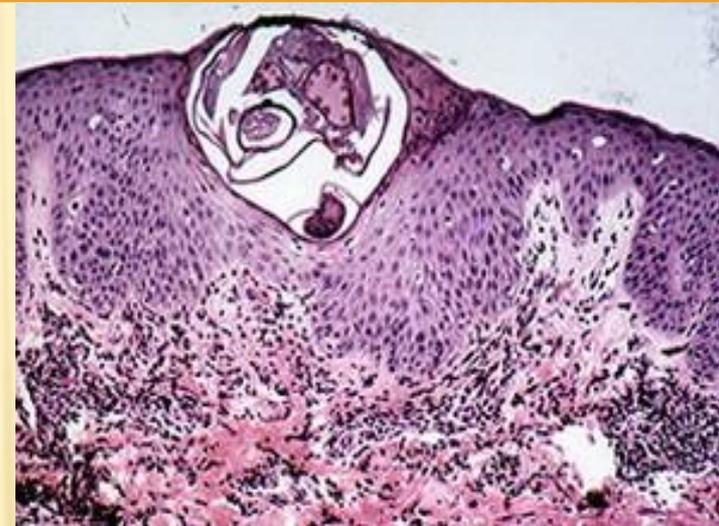
- ✘ Основную часть педикулицидов используют для лечения детей, начиная с 5-летнего возраста. Исключение составляют лишь отдельные препараты, разрешенные для использования детям в возрасте до 5 лет :
- ✘ 1% гель на основе перметрина, разрешенный к применению у детей в возрасте старше 1 года. Экспозиция 40 минут, однократная обработка;
- ✘ препарат, содержащий смесь малатиона и перметрина (0,5% и 1%, соответственно) и синергист пиперонилбутоксид (4%), разрешенный к применению у детей в возрасте старше 2,5 лет. Экспозиция 10 минут, однократная обработка.
- ✘ Средства в форме концентрата эмульсии на основе ФОС (фентиона и малатиона) разрешено использовать у больных в возрасте старше 16-18 лет.
- ✘

ЧЕСОТКА – ПАРАЗИТАРНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ КОЖИ, ВЫЗЫВАЕМОЕ ЧЕСОТОЧНЫМ КЛЕЩОМ (SARCOPTES SCABIEI)

- ✘ Заражение происходит при контакте с больным человеком или через инфицированные предметы обихода или белье
- ✘ Зуд является основным симптомом и обусловлен сенсibilизацией к чесоточному клещу.
- ✘ Элементы сыпи – аллергическая реакция замедленного



- ✘ Инкубационный период при попадании личинок 2 недели
- ✘ Клиника обусловлена:
 - деятельностью клеща
 - аллергической реакцией организма на возбудителя и продукты его жизнедеятельности
 - появление гнойничков при зуде



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- ✗ Зуд больше в ночное время
- ✗ Чесоточные ходы
- ✗ Парные фолликулярные папулы и везикулы (до 2 мм)
- ✗ Поражение кожи с тонким роговым слоем
- Переднебоковая поверхность туловища
- Живот
- Сгибательная поверхность конечностей
- Межпальцевые промежутки кистей
- Внутренняя поверхность бедер



ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПРИ ЧЕСОТКЕ

- ✘ 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;



ОСЛОЖНЕНИЯ ЧЕСОТКИ

- ✘ Пиодермия (внедрение микробной флоры при расчесывании)
- ✘ Дерматит (сенсibilизация организма к клещу и продуктам его жизнедеятельности)
- ✘ Микробная экзема
- ✘ Крапивница



ОСОБЕННОСТИ ЧЕСОТКИ ДЕТЕЙ

- ✘ Генерализованный ,
распространенный характер сыпи
- ✘ Поражение кожи лица и волосистой
части головы
- ✘ Поражение тыла и подошв стоп
- ✘ Экссудативный характер сыпи(
волдыри, отечные папулы, пузырьки)
- ✘ Преобладают реактивные варианты
чесоточных ходов вблизи
экссудативных морфологических
элементов,
- ✘ 80% - пиодермия
- ✘ Незначительный зуд у половины
больных
- ✘ Часто встречается скабиозная
лимфоплазия кожи
- ✘ Часто осложнения заболевания . (в
80% пиодермия)
- ✘ В процесс, особенно у грудных детей,
могут вовлекаться ногтевые пластинки.









ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕСОТКИ

- ✘ купание перед первым нанесением скабицида и после завершения лечения;
- ✘ смена нательного и постельного белья – после курса терапии;
- ✘ **Эмульсия и мазь бензилбензоата 20%**
 - Для детей в возрасте от 3 до 7 лет применяют 10% эмульсию и мазь
- ✘ **Перметрин 5% концентрат эмульсии в этаноле**
- ✘ **Спрегаль** после мытья больного препарат распыляют на расстоянии 20–30 см от кожи, однократно.
 - детям на лицо препарат наносят ватным тампоном, смоченным препаратом.
 - через 12 часов больной моется и меняет постельное и нательное белье.
 - чтобы избежать попадания средства на слизистую рта или носа, при лечении новорожденных или малышей возрастом до 5 лет нужно закрывать эти части платком.
 - после смены подгузников необходимо повторно нанести спрей на область ягодиц.
- ✘ дезинсекция белья, влажная уборка после лечения.

ЛЕЧЕНИЕ

- ✘ *Пиперонилбутоксид + эсбиол аэрозоль для наружного применения (Спрегаль) .*
- ✘ После мытья больного препарат распыляют на расстоянии 20–30 см от кожи.
- ✘ Обработку кожи проводят, начиная с верхней части тела.
- ✘ Детям на лицо препарат наносят ватным тампоном, смоченным препаратом.
- ✘ Через 12 часов больной моется и меняет постельное и нательное белье.
- ✘ При чесотке без ходов и отсутствии осложнений проводят однократную обработку, при осложненной чесотке обработку повторяют через 3–5 суток.
- ✘ Следует избегать попадания лекарственного препарата на слизистые оболочки.
- ✘ Метод рекомендуется при лечении чесотки на фоне atopического дерматита.
- ✘ Препарат абсолютно безопасен, если использовать его ребенку в возрасте от пяти лет.
- ✘ Не назначается детям с врожденными патологиями легких или нарушением дыхания.
- ✘ Остальным во время использования лекарства необходимо придерживаться следующей инструкции:
 - Чтобы избежать попадания средства на слизистую рта или носа, при лечении новорожденных или малышей возрастом до 5 лет нужно закрывать эти части платком.
 - После смены подгузников необходимо повторно нанести спрей на область ягодиц.
 - Если высыпания локализуются на лице, обрабатывать эту поверхность только ватным диском.

Спасибо за
внимание