ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им. проф. В.И. Прохоренкова

Зав. Кафедрой:

д.м.н.,проф. Карачева Юлия Викторовна

Реферат

Чесотка

Выполнила:

Ординатор 2 года обучения

Шостак Татьяна Евгеньевна

Проверила:

д.м.н.,проф. Карачева Юлия Викторовна

Красноярск 2019

**Оглавление**

1. Введение
2. Этиология и патогенез.
3. Клиника
4. Чесотка без ходов
5. Норвежская чесотка
6. Узелковая чесотка
7. Псевдочесотка
8. Гистопатология
9. Лечение
10. Список литературы

**Введение**.

Актуальность темы высока всегда, так как чесотка высоко контагиозное заболевание. Заболеть чесоткой могут, как асоциальные личности, так и люди других социальных слоев. У детей и у людей молодого возраста чесотку регистрируют чаще из-за их мобильности и более активного образа жизни. Заболеваемость чесоткой в России в последние годы составляет около 200 случаев на 100 тыс. населения.

**Этиология и патогенез.**

Возбудитель – чесоточный клещ (Acarus scabiei, Sarcoptes scabiei) постоянный внутриэни-дермальный паразит, так как большую часть своей жизни он проводит в коже хозяина. Чесоточный клещ имеет овальную форму. Голова, грудь, брюшко слиты. Ножки состоят из 5 членников. Передние две пары ножек содержат присоски, а две задние пары ножек имеют длинные щетинки. Черепицеобразная покрышка клеща состоит из хитинового вещества.

Самка овальной формы, ее размер 0,25-0,35 мм. Самцы меньше: 0,15-0,2 мм. Основная функция самцов — оплодотворение самок. После оплодотворения самцы живут не более 1-3 суток. Оплодотворение самки происходит под кожей, после чего вылупляющиеся личинки выходят на поверхность для дальнейшего внедрения в слои эпидермиса. Спаривание клещей чесотки происходит тоже на поверхности.

Самки мигрируют и внедряются в кожу кистей, запястий, локтей, половых органов у мужчин, стоп, ягодиц и живота (реже) и сразу начинают прокладывать ходы и откладывать яйца. В популяции соотношение самок и самцов составляет 2:1.

В сутки самка откладывает 1-2 яйца, всего за репродуктивный период — около 50 (примерно за 1 месяц). Из яиц через 4-5 дней образуются личинки, которые через 14-15 дней превращаются в зрелые формы. Весь цикл развития чесоточного клеща занимает около 2 недель. Извлеченная из чесоточного хода самка сохраняет свою жизнедеятельность при температуре +14°С около 2 недель, в среднем до 5 дней. Скорость продвижения самки по поверхности кожи составляет 2-3 см в минуту, а в чесоточном ходе — 1—2,5 мм в сутки. В инвазии и заражении принимают участие только самки и личинки. Именно в этих стадиях имеет место передача этого наразигоза от носителя чесотки к другому человеку. Таким образом, клещ выходит на поверхность два раза за свой жизненный цикл. Для того чтобы внедриться под кожу чесоточному клещу достаточно 15-20 минут, этим и объясняется контагиозность чесотки. Питается чесоточный клещ чешуйками рогового слоя эпидермиса.

**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 средине 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 Е; II. Цитотоксические, генерируемые комбинацией иммунноглобулинов G и М с антигенами, которые опосредованы через систему комплемента и фагоцитоз; III. вызываются иммунными комплексами; IV. являются следствием клеточного иммунитета.

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. giperceratosa);

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 Беком 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 возникновения 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 различный: 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 гиперемированная поверхность — обширные мокнущие эрозии с массой клещей, имеющих вид двигающихся белых точек. Зуда нет. Наблюдается поражение ногтевых пластинок. В соскобе — большое количество клещей. Типичные чесоточные ходы модно 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.

**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.

**Псевдочесотка**

Этот зудящий дерматоз отличается от человеческой чесотки. Вызывают заболевание чесоточные клещи собак, свиней, лошадей и других животных. Инкубационный период очень короткий — несколько часов. Клещи только наносят укусы и вызывают сильный зуд, но не проникают в эпидермис и не образуют ходов. Высыпания локализуются на открытых участках тела. Папулы более крупные, чем при обычной чесотке. Присутствуют также волдыри и везикулы. Резко выражен воспалительный компонент. От человека к человеку не передается и при устранении источника заражения наступает самоизлечение.

**Гистопатология**

Чесоточный ход находится в основном в роговом слое. Только его слепой конец достигает мальпигиева слоя или проникает в него. В этом участке хода и располагается самка клеща. В мальпигиевом слое развивается внутриклеточный и Межклеточный отек, за счет которого образуется небольшой пузырек. В дерме имеется хронический воспалительный инфильтрат, состоящий в основном из лимфоцитов. Этот инфильтрат расположен под чесоточным ходом,

**Лечение**

Применяют средства, которые разрыхляют роговой слой и, проникая в чесоточные ходы, уничтожают клещей. Выбор противопаразитарных средств весьма обширен. Однако эффект терапии часто определяется не характером средства, а правильностью его применения и тщательностью лечения.

Перед втиранием противочесоточного средства больному целесообразно принять горячий душ, который способствует механическому удалению с поверхности кожи клещей и разрыхлению рогового слоя. При наличии пиодемии или экзематозного процесса до начала лечения душ не назначают. Мытье также запрещают во время лечения. Противочесоточные средства втирают в кожу туловища и конечностей, особенно тщательно - в места излюбленной локализации чесотки. Втирание не производят в кожу головы. Кроме того, при наличии экзематизации или импетигинизации антипаразитарные средства также не втирают, а смазывают ими пораженные участки. Одновременно проводится лечение осложнений.

Весьма эффективно втирание в кожу раствора бензилбензоата (бензиловый эфир бензойной кислоты). Используют для взрослых 20% водно-мыльную эмульсию бензилбензоата. для маленких детей- 10%. Приготовление 20% эмульсии: в 780 мл теплой кипяченой воды растворяют 20 г мелко измельченною зеленого или другого мыла и добавляют 200 MJI бензилбензоата.

Водно-мыльная эмульсия бензилбензоата сохраняет активность в течение 7 дней после приготовления. Эмульсию втирают по 10мин 2 раза (с 10-минутным перерывом). После этого больной надевает обеззараженную одежду и меняет постельное белье. На другой день втирание повторяют. Через 3 дня производят мытье в бане или под душем и смену белья.

Для лечения детей, как указывалось выше, готовят 10% мыльно- водную эмульсию бензилбензоаза или в течение 3 дней применяют 10% бензилбензоатную мазь, приготовленную на эмульсионной основе.

В условиях Крайнего Севера бензилбензоат целесообразно готовить на Ol. vaselini в 10 или 20% концентрации.

Лечение чесотки по методу Демьяновича проводят 60% paствором натрия тиосульфата (раствор №1) и 6% раствором концентрированной или 18% раствором разбавленной хлористоводородной кислоты (раствор № 2). Вначале дважды в течение 10 мин втирают в каждый участок кожи раствор № 1 (с 10-минутным интервалом), а затем втирают раствор № 2 (по 5 мин с 5-минутным интервалом) Раствор натрия тиосульфата наливают в тарелку и втирают в кожу рукой, смачивая ее раствором. Раствор хлористоводородной кислоты наливают в пригоршню непосредственно из бутылки. После этой процедуры больной надевает чистое белье и меняют постельное белье. На следующий день лечение повторяют. Мыться разрешается через 2 дня после окончания лечения. Детям натрия тиосульфат назначают в концентрации 40%, раствор концентрированной хлористоводородной кислоты-4%, разбавленной-12%.

Можно втирать 20-33% серную мазь (детям -10%) или мазь Вилькинсона (по 15% серы и дегтя, 10% мела и по 30% зеленого мыла и вазелина). У детей применяют мазь Вилькинсона пополам с цинковой пастой. Эти мази втирают в кожу 1 раз в день в течение 5 дней. На 6-й день производят мытье в бане или под душем и только после этого смену нательного и постельного белья. Применение серной мази и мази Вилькинсона ограничено из-за загрязнения ими белья и возможности развития лекарственного дерматита, который ликвидируют после отмены мази и назначения цинковой болтушки или пасты. Мазь Вилькинсона может обусловить раздражение почечной ткани (нефропатия), поэтому ее нельзя назначать лицам, страдающим заболеванием почек.

Для лечения чесотки можно использовать и свежеприготовленную 5% эмульсию мыла К, которую втирают в течение 5 дней (ежедневно), а через 2 дня после окончания лечения назначают ванну или душ. В случае неудачи противочесоточную терапию повторяют через 3-5 дней.

Детям, склонным к экссудативному диатезу, а также во избежание развития дерматита и для профилактики закрепления зуда (по механизму условного патологического рефлекса), рекомендуют во время лечения чесотки назначать десенсибилизирующие и антигистаминные препараты - кальция глюконат, диазолин, супрастин и др. Такое же лечение проводят лицам, у которых чесотка осложнена аллергическим дерматитом. При присоединении к чесотке пиодермии назначают антибиотики, сульфаниламиды, наружно - серно-дегтярные и борно-дегтярные мази, анилиновые красители, 2% салициловый спирт.

**Список литературы:**

1. Иванов О.Л. Кожные и венерические болезни: Справочник.- М.: Медицина, 1997, с. 237-240.
2. Корсунская И.М., Тамразова О.Б. Современные подходы к лечению чесотки. // Сonsilium medicum. - 2003. - т.5. - №3. - с. 148-149.
3. Кубанова А.А., Соколова Т.В., Ланге А.Б. Чесотка. Методические рекомендации для врачей. М., 1992.
4. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни, руководство. М., Медицина, 1995, с. 456 - 483.