

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
САМАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
Кафедра основ медицинских знаний

КОЖНЫЕ БОЛЕЗНИ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

*Методические рекомендации для студентов
по курсу «Основы медицинских знаний»*

Издательство «Самарский университет»
1999

*Печатается по решению Редакционно-издательского совета
Самарского государственного университета*

Изложена классификация заболеваний кожи, кратко представлена их клиническая картина, раскрыты этиология, патогенез, источники инфекции. Особое внимание уделяется профилактике заболеваний кожи.

Составители: Ю.М.Носов, Ю.С.Тарасов

Рецензенты: канд. мед. наук, доцент, зав. кафедрой ОМЗ Самарского государственного педагогического университета К.П.Кузьмин;

канд. мед. наук, доцент кафедры ОМЗ Самарского государственного педагогического университета М.И.Зверев

ГНОЙНИЧКОВЫЕ БОЛЕЗНИ КОЖИ (ПИОДЕРМИТЫ) И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Гнойничковые заболевания кожи (пиодермиты) занимают первое место в структуре болезней кожи. Поэтому знание этих заболеваний, причин их возникновения побуждает к получению сведений об их профилактике.

Пиодермитами называют обширную группу острых и хронических поражений кожи, вызываемых внедрением в нее извне пиококков.

В возникновении пиодермитов играют роль не только пиогенные кокки, попадающие на кожу, но и ряд экзогенных и эндогенных факторов, способных изменить или снизить защитные функции кожи.

К экзогенным факторам относятся:

1. Загрязнение кожи промышленной пылью (уголь, известь, цемент, песок, земля), горюче-смазочными веществами (маслами, керосином, бензином, дизельным топливом и др.);
2. Мацерация кожи;
3. Переохлаждение или перегревание кожи;
4. Микротравматизм кожи.

К эндогенным факторам относятся:

5. Местные нарушения кровообращения;
6. Нервное перенапряжение и вегетативные неврозы;
7. Гиповитаминозы и авитаминозы «С» и «А»;
8. Кишечные интоксикации;
9. Хронические заболевания;
10. Эндокринные расстройства;
11. Нарушение обмена веществ;
12. Длительное физическое переутомление.

Основными клиническими формами пиодермитов являются:

а) Стафилококковые пиодермиты:

1. Остиофолликулит
2. Сикоз
3. Фолликулит глубокий

4. Фурункул, фурункулез
5. Карбункул
6. Гидраденит
- б) Стрептококковые пиодермиты:
 1. Импетиго
 2. Лишай белый
 3. Заеда
 4. Стрептококковая опрелость
 5. Эктима
 6. Хроническая диффузная стрептодермия.

СТАФИЛОКОККОВЫЕ ПИОДЕРМИТЫ

Возбудитель гнойничковых заболеваний кожи – стафилококки. Поражаются преимущественно волосяные фолликулы, сальные и потовые железы. Воспалительный процесс является гнойным или гнойно-некротическим.

Остиофолликулит

Появляются чаще всего на коже лица, шеи, предплечий, бедер и голей мелкие пустулы (пузырьки) с гнойным содержанием. В центре пустула пронизана волосом и окружена гиперемизированным валиком. Отмечается зуд кожи в очагах поражения. Процесс может быть ограниченным и распространенным.

Возникают остиофолликулиты при несоблюдении правил личной гигиены, под влиянием механических и химических раздражений кожи; потливости, расчесывания кожи, втирания мазей, кремов, трения одежды и бритья.

Сикоз

Длительно существующий и рецидивирующий остиофолликулит на ограниченных участках, чаще на коже лица с локализацией в области бровей, усов, бороды, в носу, на коже головы, лобка, подмышечных впадин.

Кожа пораженного участка постепенно уплотняется и приобретает синюшную окраску. Очаг поражения медленно увеличивается вследствие появления новых фолликулов по периферии. Вскрывшиеся пустулы подсыхают с образованием гнойных корок, склеенных с волосами.

Глубокий фолликулит

Характеризуется появлением красных узелков величиной до горошины, часто с пустулой на верхушке. Через 3-5 дней узелки нагнаиваются или рассасываются. После заживления остаются рубчики. Узелки чаще всего

располагаются на волосистой части головы, задней поверхности шеи, предплечьях, ягодицах, бедрах.

Фурункул. Фурункулез

Развитие фурункула начинается с остиофолликулита или глубокого фолликулита. Образуется в дальнейшем узел багрового цвета с пустулой на вершукке. Кожные покровы в месте очага поражения отечны. Отмечается болезненность.

Пустулы вскрываются и обнажают вершукку некротического стержня. Через 3-5 дней некротический стержень отторгается и оставляет глубокую язву, заполняемую грануляциями.

Если некротический стержень расплавляется, то образуется абсцесс.

В зависимости от распространения и длительности процесса различают:

- *Одиночный фурункул*, возникает одиночно и в дальнейшем не повторяется или повторяется редко через 3 и более месяцев;
- *Локализованный фолликулез* – высыпание множественных фурункулов на отдельном участке кожи (область шеи, поясицы, живота и бедер);
- *Рецидивирующие одиночные фурункулы* – одиночные фурункулы, возникающие периодически через короткие периоды;
- *Острый общий фурункулез* – высыпание множественных фурункулов на различных участках кожного покрова;
- *Хронический общий фурункулез* – высыпание множественных фурункулов в течение длительного времени (несколько месяцев или лет) с короткими перерывами;
- *Хронический локализованный фурункулез* – высыпание множественных фурункулов на ограниченном участке кожи в течение длительного времени с короткими перерывами.

Фурункулы часто осложняются лимфангиитом и лимфаденитом.

При локализации фурункулов на коже лица, выше верхней губы (губа, нос, носогубный треугольник) могут возникнуть тромбофлебит лицевых вен с развитием менингита, сепсиса или с образованием множественных абсцессов в различных органах и тканях.

Чаще всего причиной таких осложнений является привычка выдавливать любые высыпания, в том числе и фурункула на коже лица, срезание его во время бритья.

Причинами возникновения фурункула является несоблюдение правил личной гигиены, из-за загрязнения кожи пылевыми частицами, горючесмазочными веществами, длительным трением кожи одеждой, немалую роль играют повышенная потливость, микротравмы (уколы, порезы, расчесы, укусы насекомых). Общий фурункулез возникает под воздействием предрасполагающих факторов – нарушения обмена веществ, малокровия, хронических кишечных интоксикаций, длительного физического перенапряжения, резкого перенагревания или переохлаждения, функциональных

нарушений со стороны нервной системы, хронических заболеваний, ведущих к гиповитаминозу, недостаточного и неправильного питания.

Карбункул

Образуется в результате слияния на ограниченном участке кожи нескольких фурункулов, в результате чего образуется одно болезненное уплотнение величиной с ладонь синюшно-багрового цвета. На поверхности инфильтрата возникают несколько пустул, которые вскрываются и обнажают некротический стержень. После отхождения некротического стержня образуются глубокие язвы.

Часто омертвевает часть или полностью весь инфильтрат, тогда образуется обширный язвенный дефект, который медленно заживает втянутым рубцом. Процесс сопровождается общими проявлениями: озноб, головная боль, высокая температура. Располагаются карбункулы там же, где и фурункулы: на шее, пояснице, лице, чаще у пожилых лиц, страдающих сахарным диабетом, тяжелыми и длительными хроническими заболеваниями.

Предрасполагающие факторы: неудовлетворительные санитарно-технические условия, несоблюдение гигиены тела, несбалансированное питание, хронические болезни (подробнее смотреть раздел «фурункул»).

Гидраденит

Воспаление апокриновых потовых желез в области подмышечных впадин, вокруг анального отверстия.

В глубине кожи образуется один или несколько воспалительных узлов величиной от горошины до сливы, которые размягчаются, нагнаиваются и затем вскрываются небольшим отверстием, но со значительным гнойным отделяемым. Заживание идет с образованием втянутого рубца.

Причины и предрасполагающие факторы те же, что и при развитии фурункула.

Стрептококковые пиодермиты

Стрептококковые пиодермиты преимущественно развиваются на поверхности кожи. Основным первичным элементом является пузырь с вялой крышкой (фликтена), наполненный серозным, постепенно мутнеющим содержимым и с тенденцией к периферическому росту.

Импетиго

Импетиго проявляется острым высыпанием вялых пузырей (фликтены), окруженных воспалительным венчиком.

Через несколько часов фликтены вскрываются, содержимое их засыхает с образованием слоистых желтых корок.

Возникает импетиго чаще всего на открытых участках тела: на лице (вокруг рта и носа, в области роста усов и бороды), на ушных раковинах, волосистой части головы, кистях, голенях.

Следствие слияния и образования новых фликтен, образуются большие очаги поражения. Импетиго очень контагиозно. Его развитию способствуют микротравмы, заусеницы, трещины, укусы насекомых.

Но импетиго может развиваться и как осложнение зудящих дерматозов – чесотки, вшивости, экземы, почесухи, нейродермита.

Белый лишай

На коже лица появляются различной величины светло-розовые пятна, обильно покрытые мелкими чешуйками. Чаще всего белый лишай возникает у лиц, длительное время находящихся вне помещения и подвергающихся обветриванию.

Заеда

На коже лица в области углов рта, у наружного угла глазной щели, у крыльев носа появляется фликтена, с последующим образованием болезненных линейных трещин, временами покрывающихся корочкой. Способствуют образованию заед несоблюдение правил личной гигиены, микротравматизация, облизывание углов рта, почесы лица руками.

Стрептококковая опрелость

Проявляется покраснением складок кожи, переходящим в сплошную эрозированную мокнущую поверхность с кровоточащими болезненными трещинами. Очаги четко отграничены от здоровой кожи. Течение хроническое, длительное. Способствует развитию опрелости неопрятное содержание кожи при повышенной сальности, потливости.

Эктима

Появляется преимущественно на коже голеней, бедер, ягодиц, поясничной области. Начинается с образования в толще кожи небольшого воспалительного инфильтрата, на поверхности которого возникает пузырь (величиной от горошины до лесного ореха) с гнойным содержимым. Через 2-3 дня образуется желтовато-коричневая корочка. При удалении корки открывается округлой формы язва с кровоточащим дном, заживающая поверхностным рубцом. Эктимы развиваются чаще у физически ослабленных лиц, при хронических заболеваниях (туберкулез, авитаминоз «А», «С»), как осложнение зудящих дерматозов (чесотка, вшивость). Заболеванию способствуют охлаждения, застойные явления, травмирование, потливость.

Хроническая диффузная стрептодермия

Хронически рецидивирующее заболевание, характеризующееся появлением на коже одной или обеих голеней ограниченных очагов поражения величиной с ладонь, с четкими границами. Кожа в очаге поражения гиперемирована, отечна, сплошной окраски, покрыта множественными корками коричневого цвета, между корками сплошное мокнущее пятно со значительным серозным или серозно-гнойным экссудатом. Наблюдается рост очага поражения по периферии. Очаги хронической диффузной стрептодермии часто развиваются вокруг длительно незаживающих ран и язв. Предрасполагающими факторами к развитию заболевания являются потери, ссадины, расчесы, нерациональная наружная терапия, варикозное расширение вен, рецидивирующие тромбозы, длительное охлаждение конечностей.

ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНИЧКОВЫХ БОЛЕЗНЕЙ КОЖИ

Лечение должно быть этиологическим, патогенетическим, комплексным и индивидуализированным.

При начальной стадии процесса, единичном очаге поражения, легком течении заболевания достаточно только наружное лечение (дезинфицирующие растворы и мази). При тяжелом течении заболевания, хроническом, рецидивирующем процессе необходимо применять и общую терапию. При этом большое значение имеют антибиотики, сульфаниламидные и нитрофурановые препараты на фоне стимуляции реактивности организма, для чего используют различные препараты: стафилококковый анатоксин, антистафилококковый гаммаглобулин, антистафилококковая гипериммунная плазма, пирогенал, продиглозан, аутогемотерапия, стерилизованная сыворотка «Ф», гемотрансфузии одногруппной донорской крови или введение нативной плазмы, иммуностимуляторы, иммуномодуляторы, натрия нуклеинат, витаминотерапия.

Одним из важнейших звеньев патогенетической терапии является хирургическая или консервативная санация. Для ее выявления больные должны быть осмотрены специалистами соответствующего профиля (стоматолог, оториноларинголог, невропатолог, гинеколог, эндокринолог).

Должно быть уделено внимание лечению сопутствующих заболеваний нервной системы (неврастения и астеновегетативный синдром), желудочно-кишечного тракта (гастрит, холецистит) и кожи. Немаловажное значение имеют диета, нормализация сна, снижение физических перегрузок, обязательное обследование семейных контактов и при необходимости санация членов семьи от стафилококковых поражений.

Физиотерапевтические методы: показано УВЧ, УФ-облучение, общее УФО, ультразвук, электрофорез. Наружное лечение: растворы, мази, протеолитические ферменты, повязки с различными мазями, аэрозоли (оксиклозол, полизол, лифузол), спиртовые растворы анилиновых краси-

телей, антисептические растворы, мази с антибиотиком, при необходимости - хирургическое лечение. Длительное противорецидивное лечение после излечения (1-1,5 месяца).

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНИЧКОВЫХ БОЛЕЗНЕЙ КОЖИ

Гнойничковые заболевания кожи занимают первое место среди других болезней кожи, сопровождаются временной потерей трудоспособности, имеют тенденцию к быстрому и широкому распространению среди людей любого возраста, так как находятся в прямой зависимости от материального благосостояния и общей культуры населения: чем они ниже, тем больше больных пиодермией. Поэтому борьба с пиодермией является делом государственной важности. Снижение заболеваемости и трудопотерь по пиодермиям приводит к экономическому эффекту, существенно снижает расход средств социального страхования.

Во многих отраслях промышленности и сельского хозяйства пиодермии остаются еще одной из наиболее распространенных форм патологии. Изучение заболеваемости различными дерматозами на наиболее крупных предприятиях основных видов промышленности (машиностроения, станкостроения, автомобильной, нефтяной, угольной, текстильной и т.д.) показывает, что более чем у 1/3 страдающих кожными заболеваниями наблюдаются пиодермии, а нетрудоспособность по ним составляет около половины всех случаев. Именно поэтому должно уделяться большое внимание разработке комплексов мероприятий, обеспечивающих предупреждение их возникновения.

I. Первичная профилактика у лиц, не болеющих пиодермиями

Мероприятия, проводимые на производстве, включают в себя комплекс мер по устранению конкретных профессиональных вредностей, нарушений санитарно-технических и санитарно-гигиенических норм, снижение производственного травматизма, микротравматизма. Эти мероприятия включают в себя:

1) изучение влияния факторов риска в условиях конкретного производства; определение видов труда, способных вызвать развитие гнойничкового процесса на коже; профессиональный отбор на медицинской комиссии перед приемом на работу; ограничение профгодности на ряде производств лиц с кожными заболеваниями; правильное трудоустройство больных;

2) надлежащая организация рабочего места; строгая борьба с захламленностью отходами производства, загроможденностью рабочего места

сырьем и тарой, готовой продукцией; необходимо следить за наличием и исправностью защитно-ограждающих приспособлений, своевременным устранением неисправности оборудования, инструментов, тщательной уборкой станков до начала и в конце рабочей смены; осуществлять должный контроль за освещением рабочего места;

3) в борьбе с загазованностью и запыленностью помещений важное значение имеет комплексная механизация, автоматизация, герметизация производственных процессов, бесперебойная работа вентиляции, систематическое проветривание помещений, их своевременная влажная уборка, соблюдение чистоты и высокой культуры производства; в цехах с повышенной влажностью и температурой воздуха необходимо создавать искусственный микроклимат; во избежание нарушений терморегуляции, повышенной потливости, утомляемости необходимо строго следить за питьевым режимом, в цехах должны быть оборудованы автоматы с подсоленной газированной водой; большое значение имеет техническая учеба и освежение знаний правил техники безопасности;

4) обеспечение рабочих средствами индивидуальной защиты кожи, спецодеждой, антимикробным бельем, рукавицами и перчатками; контроль за регулярной стиркой и сушкой спецодежды, своевременной заменой изношенной; личную одежду и спецодежду необходимо хранить отдельно в индивидуальных шкафах;

5) применение защитных мазей, паст, кремов, моющих и других средств по уходу за кожей, защищающих от различных повреждающих и раздражающих профессиональных факторов;

6) своевременная обработка микротравм до полного их заживления дезинфицирующими спиртовыми растворами йода (2-5 %), бриллиантового зеленого (1-2 %), метиленового синего (1-2 %), либо пленкообразующими растворами (клей БФ-6), пленкообразующими аэрозолями (лифузоль);

7) оборудование быткомбинатов для мытья после работы душевыми установками, умывальниками, организация бесперебойного снабжения горячей водой, мылом, полотенцами, проведение профилактических мероприятий для предупреждения грибковых заболеваний стоп, которые являются входными воротами для пиококковой инфекции;

8) проведение на предприятиях с высокой заболеваемостью пиодермитами вакцинаирования стафилококковым анатоксином, облучение ультрафиолетовыми лучами кожных покровов в фотариях; орошение кожи после душа раствором соляной кислоты (0,5%) с целью нормализации pH кожи;

9) систематическая санитарно-просветительная работа (лекции, беседы по профилактике пиодермий, оказание первой само- и взаимопомощи, лечение микротравм).

Мероприятия, проводимые в быту, сводятся к следующему:

1) гнойничковые заболевания кожи могут возникать не только в результате воздействия неблагоприятных производственных факторов, но и у лиц, не связанных с загрязнением кожного покрова, повышенным потоотделением, микротравматизмом и другими вредными факторами, вызывающими пиодермию. Пиодермия появляется и у домашних хозяек, детей. Поэтому большое значение в профилактике бытовой пиодермии имеет соблюдение правил личной гигиены. Чистая кожа - залог предупреждения пиодермии. При контакте в семье при несоблюдении правил личной гигиены возможно заражение одного члена семьи другим. Пользование общим полотенцем, общим постельным бельем приводит к заболеванию других членов семьи. Чаще пиодермией в бытовых условиях заражаются дети. Профилактика бытовой пиодермии заключается, прежде всего, в выполнении санитарно-гигиенических мер, предотвращающих заражение лиц, окружающих больного. Больной должен спать в отдельной постели, пользоваться индивидуальным бельем, отдельным полотенцем и т.д. Своевременное и правильное лечение начинающегося остиофолликулита, заключающееся в обработке гнойничка одним из дезинфицирующих растворов, например 2-5 % раствором йода, жидкостью Кастеллани, протирании окружающей кожи 50-70 % спиртом, водкой, одеколоном;

2) выявление и лечение сопутствующих заболеваний (сахарного диабета, гипо- и анацидного гастрита, хронического гепатита, колита и др.), выявление и санация фокальной инфекции (тонзиллит, кариес, парадонтоз, воспаление придаточных пазух носа, придатков матки и др.), эти болезни, снижая защитные силы организма, приводят к возникновению пиодермитов;

3) формирование здорового образа жизни: соблюдение правил личной гигиены, нормализация сна, рациональное соблюдение режима труда и отдыха, закаливание, систематические занятия физкультурой и спортом, регулярное пользование водными процедурами, в летнее время - солнечными и воздушными ваннами;

4) активная борьба с вредными привычками, вызывающими ослабление иммунологической реактивности организма (алкоголизация, курение и т.д.).

II. ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

Мероприятия, проводимые на производстве:

1. Периодические медицинские осмотры с целью своевременного выявления рецидива у больных пиодермитами; учет и анализ заболеваемости пиодермитами.

2. Комплексная этиотропная и патогенетическая терапия больных пиодермией.
3. Диспансеризация.
4. Проведение противорецидивной терапии.

Мероприятия, проводимые в быту:

Ввиду того, что 70,1% больных хроническими стафилококковыми заболеваниями кожи являются носителями стафилококков на слизистой носоглотки, а у 31,6 % пациентов члены семьи страдают различными формами пиодермии, необходимо:

1. Обеспечить чистоту жилищ, предупреждать резкие колебания температуры, устранять в помещении сквозняки, не допускать повышения влажности воздуха.
2. Ликвидировать очаги стафилококковой инфекции в семье.
3. Санация фокальной инфекции (хронический тонзиллит, кариесные зубы, холецистит, хронические воспалительные заболевания половой сферы и т.д. — по статистическим данным 80,6 %).
4. Санация зева и носоглотки больных:
2 % водным раствором борной кислоты;
Раствором фурациллина 1:5000;
Раствором Люголя.
5. Санация зева и носоглотки членов семьи, включая детей.

Особое значение имеют также следующие мероприятия:

1. Систематическое проведение медико-санитарного инструктажа по гигиене труда, культуре производства и профилактике заболеваний кожи.
2. Обучение учащихся, студентов, рабочих, домохозяек, всех категорий населения правилам само- и взаимопомощи, в том числе и при микро-травматизме.
3. Обеспечить производственные и непромышленные помещения медицинскими аптечками для оказания само- и взаимопомощи при несчастных случаях и микро-травматизме.

ГРИБКОВЫЕ БОЛЕЗНИ (МИКОЗЫ) И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Возбудителями заболеваний являются растительные микроорганизмы — грибы, относящиеся к классу низших растений, лишённых хлорофилла и не способных ассимилировать углекислоту.

Различают:

антропофильные грибы, паразитирующие на коже и ее придатках только у человека;

зооантропофильные грибы, паразитирующие на коже и ее придатках у животных и человека;

условно патогенные грибы - обитают на коже и слизистых оболочках, но могут вызывать заболевания кожи и слизистых при определенных экзо- и эндогенных влияниях на организм.

По клинической классификации все грибковые заболевания человека делятся на пять групп:

- 1) кератомикозы,
- 2) дерматомикозы,
- 3) кандидозы,
- 4) глубокие микозы,
- 5) псевдомикозы.

Мы рассмотрим наиболее распространенные грибковые заболевания среди населения и вопросы их профилактики.

Кератомикозы - это грибковые заболевания, характеризующиеся поражением только рогового слоя эпидермиса и кутикулы волос.

Отрубевидный или разноцветный лишай

Локализуется на коже груди, спины, реже на коже шеи, живота, наружной поверхности плеч, волосистой части головы. Характеризуется появлением на коже различных оттенков пятен: желтоватых, розоватых или светло-коричневых. Пятна возникают величиной с булавочную головку, и постепенно разрастаясь, увеличиваются до двух рублевой монеты, сливаются друг с другом, образуя постепенно сплошные очаги поражения. Субъективные расстройства отсутствуют, изредка проявляются чувством зуда.

Предрасполагают к заболеванию потливость, себорея, сахарный диабет, туберкулез, изменения нормального состава пота. Болеют в любом возрасте, но особенно контагиозным заболеванием является для лиц, склонных к потливости и полноте.

Эритразма

Возбудителя эритразмы относят к коринобактериям, а само заболевание к псевдомикозам.

Наблюдается чаще у взрослых, редко у детей; у мужчин чаще, чем у женщин. Локализуется в кожных складках: пахово-мошоночной, в подмышечных впадинах, под молочными железами у женщин. Случаются в межпальцевых складках стоп.

Характеризуются появлением на коже коричневых или светло-коричневых пятен, с четкими границами, с явлениями шелушения по кра-

ям. Субъективные расстройства отсутствуют. Предрасполагающим фактором к заболеванию является повышенная потливость.

ДЕРМАТОМИКОЗЫ

Эпидермофития

Различают эпидермофитию больших складок и эпидермофитию стоп.

Эпидермофития больших складок (паховая эпидермофития)

Характеризуется появлением в паховых складках, в подмышечных впадинах и под молочными железами у женщин возвышающихся розовых пятен круглой формы с четкими границами и с мелко-пластинчатым шелушением на поверхности. Постепенно увеличиваясь в размерах по периферии и одновременно разрешаясь в центре, пятна приобретают кольцевидное или гирляндобразное очертание и нередко при этом выходят за пределы кожных складок. По периферии могут возникать мелкие пузырьки, подсыхающие в корочки. Субъективно болезнь проявляется зудом. Заболевание чаще начавшись остро, принимает затяжной характер и длится месяцами.

Заражение грибом происходит в любом многолюдном месте: в лечебных и профилактических учреждениях, домах отдыха и больницах - через термометры, клеенки, подкладные судна, через нательное и постельное белье, в банях, при пользовании мочалками. Способствует этому повышенная потливость, увлажнение кожи компрессами, повязками.

Эпидермофития стоп

Особенностью возбудителя этого заболевания является способность поражать гладкую кожу, ногти, но этот грибок не поражает волосы.

Чаще всего наблюдается эпидермофития стоп в следующих клинических формах:

1. Стертая.
2. Интертригинозная.
3. Сквамозная.
4. Дисгидротическая.

1. *Стертая форма* эпидермофитии стоп возникает через 10-15 дней после заражения, локализуется чаще всего в 3 или 4 межпальцевой складке, а также на сводах и боковых поверхностях стоп. В межпальцевых промежутках отмечается гиперемия, отечность и мелкочешуйчатое шелушение.

В глубине складки обнаруживается трещина, ограниченная бордюром отслаивающегося эпидермиса. Субъективно отмечают зуд в межпальцевых промежутках. Стертая форма эпидермофитии стоп может продолжаться год.

2. *Интертригинозная форма* эпидермофитии возникает как обострение стертой формы и проявляется с воспалительного процесса в межпальцевых промежутках, образования мокнущих трещин в глубине складок. Воспалительный процесс распространяется на подошвенную поверхность пальцев и подошву, что сопровождается болезненностью при ходьбе. При присоединении к процессу вторичной инфекции усиливается отечность, гиперемия и болезненность.

3. *Сквамозная эпидермофития*: на подошвенной области образуется ограниченный очаг поражения, покрытый серовато-белыми чешуйками. Субъективное ощущение - зуд в очаге поражения. Течение хроническое. При присоединении вторичной инфекции возникают осложнения: тромбоз, рожа и др.

4. *Дисгидротическая эпидермофития*: на подошвенной области, своде стоп и боковых поверхностях стоп появляются пузырьки группами, некоторые из них сливаются, образуя крупные пузыри, наполненные прозрачным или мутным содержанием. Пузыри подсыхают с образованием корочек или вскрываются. Следует вновь процесс высыпания пузырьков, который может повторяться неоднократно. Субъективно - болезненность, зуд. При присоединении вторичной инфекции - отечность, гиперемия, болезненность увеличивается. Течение упорное, хроническое, с частыми рецидивами.

Руброфития (рубромикоз)

Возбудитель заболевания красный трихофитон. В отличие от эпидермофитии при руброфитии характерно поражение не только стоп, но и ногтей на стопах и кистях, кожи кистей, гладкой кожи туловища и конечностей. Нередко поражаются и волосы: пушковые на коже туловища и конечностей и длинные волосы головы, усов, бороды и других участков.

Характерно сочетанное поражение кожи и ногтей. Кожа утолщена и покрыта мелкими отрубевидными чешуйками, особенно обильными в кожных бороздках, отчетливо виден своеобразный рисунок с белого цвета исчерченностью. В межпальцевых промежутках сухое шелушение. Ногтевые пластинки утолщены, в толще их видны белые или желтоватые пятна и полосы, идущие от краев или боковых поверхностей. Иногда ногтевая пластинка отслаивается от ногтевого ложа.

Иногда различить различные формы эпидермофитии и руброфитии ввиду имеющегося большого полиморфизма клинических проявлений представляется затруднительным. Поэтому в диагностике большое значе-

ние имеет лабораторное (микроскопическое и культуральное) исследование патологического материала на грибы.

Инфицирование здорового человека происходит чаще при контакте с больными или при соприкосновении с различными предметами.

Чешуйки кожи с грибами рассеиваются на пляжах, в банях, душевых, бассейнах, на ковриках, половиках, стеллажах, на деревянных решетках, в обуви, чулках, носках, перчатках, рукавицах, полотенцах, постельном белье и т.д.

Трихофития, или стригущий лишай

Представляет собой группу заболеваний человека и животных, вызываемых грибами.

Выделяют трихофитию поверхностную и трихофитию инфильтративно-нагноительную или глубокую.

Трихофития поверхностная вызывается грибками, паразитирующими на коже человека внутри волоса, в роговом слое эпидермиса.

Заболевания наиболее часто возникают у детей младшего школьного возраста, но может развиваться и у человека любого возраста.

Заболевание передается при контакте:

- с больным или его вещами (постельное белье, одежда, вещи индивидуального пользования и т. д.);

- ножницы, расчески, щетки, гребешки, машинки для стрижки волос.

Наиболее часто поверхностная трихофития передается в детских коллективах (ясли, сад, школа и т.д.). В семье дети могут заражаться от взрослых с хронической трихофитией.

Заболевание проявляется образованием на волосистой части головы или на открытых участках кожи пятен розовой окраски, неправильно округлой формы и покрытых серовато-белыми чешуйками. На волосистой части головы на этих участках стержень волоса обламывается, составляя 1-2 мм над уровнем кожи. На гладкой коже на поверхности пятен появляются мелкие пузырьки, корочки, сероватые чешуйки. В дальнейшем очаг поражения увеличивается по периферии и в количестве. Субъективные ощущения отсутствуют или появляется зуд.

Хронической трихофитией часто болеют женщины. Она характеризуется небольшими очагами, среди которых видны отдельные обломанные волосы и мелкие плешины (2-3 мм в диаметре) на волосистой части головы. Так же наличие округлых пятен на коже голени, коленных суставов, ягодиц, бедер, предплечий и более редко в области лица и туловища.

Часто поражаются ногтевые пластинки. Ногтевые пластинки чаще поражаются на пальцах кистей. Ноготь теряет нормальный блеск, становится серовато-грязным, неровным, крошится, расслаивается. Постепенно ногтевая пластинка разрушается, и превращается в бесформенную, желто-

грязного цвета массу. Течение длительно, без лечения выздоровления не бывает.

Трихофития глубокая (инфильтративно-нагноительная) проявляется ограниченными воспалительными инфильтратами, покрытыми гнойными корками. При отделении корок открываются оролликулярные отверстия, из которых каплями выделяется гной. Гной способен растворять грибы. В связи с этим на отдельных очагах образуются рубцовые плешины.

Микроспория

Вызывается грибами, которые получили свое название из-за малой величины спор. Характерная особенность для микроспории - появление на волосистой части головы единичных, крупных очагов поражения с округлой или овальной формой, покрытых белыми чешуйками и сплошным поражением волос в очаге. Волос обламывается на высоте 5 мм над уровнем кожи и у основания волоса виден белый чехол, состоящий из спор гриба.

Другие разновидности микроспории характеризуются возникновением мелких множественных очагов поражения, чаще расположенных на границе волосистой части головы и гладкой кожи.

Очаги могут размещаться только на коже, минуя волосистую часть головы. Пятна очагов поражения хорошо контурируются, сливаются друг с другом, образуя фигуры причудливых очертаний.

ПРОФИЛАКТИКА ПРИ ЭПИДЕРМОФИТИИ И РУБРОФИТИИ

Профилактические мероприятия по борьбе с микозами должны быть направлены на выявление и ликвидацию источников инфекции, ликвидацию путей ее распространения, устранение условий, предрасполагающих к заражению.

Они проводятся в определенной последовательности:

1. Выявление больных эпидермофитией, особенно в хронической форме заболевания, миконосителей. Выявленные больные и миконосители подлежат лечению с последующим обследованием на грибы.

В лечебно-профилактических учреждениях систематически проводится анализ заболеваемости и разработка конкретных комплексных планов профилактических мероприятий, изучение условий труда и быта на предприятиях с высокой заболеваемостью с целью устранения предрасполагающих факторов к заражению и развитию заболевания.

2. Уменьшение или полная ликвидация распространения инфекции могут быть облегчены при полном контроле за санитарным состоянием бань, душевых, бассейнов, пляжей, спортивных залов, других мест массового посещения.

В помещениях массового посещения полы должны быть покрыты материалом, соответствующим для применения различных дезинфицирующих средств.

3. Дезинфекцию обезличенной обуви или обуви больных производят в пароформалиновых камерах или при помощи обработки растворами фунгицидных веществ.

Обувь протирают изнутри тампоном, смоченным 20 % раствором формалина, помещают в целлофановый пакет на двое суток. Затем в течение суток обувь проветривают.

Носки и белье кипятят в мыльной воде в течение 10 минут, или обрабатывают с помощью бучения в 2% содовом растворе в течение 10 минут. Можно замачивать носки на 20 минут в 1% растворе хлорамина. Нательное белье и носки тщательно проглаживаются утюгом.

4. Профилактические мероприятия, направленные на устранение причин, предрасполагающих к заражению и развитию грибковых заболеваний стоп, заключаются в соблюдении правил личной и общественной гигиены.

Имеет значение регулярное мытье ног перед сном с мылом, ношение индивидуальной обуви по сезону с регулярной сменой хлопчатобумажных носок.

Предохранение кожи ног от опрелостей, загрязнения, потертостей, оmozолелостей, микротравм.

Возможны семейные заражения при антисанитарном содержании ванны. Заражение может произойти при рукопожатии, при выполнении маникюрных и педикюрных процедур и т.д.

Предрасполагают к возникновению заболевания повышенная потливость или сухость кожи, нарушение кровообращения в нижних конечностях, негигиеническое содержание стоп, травмирование их неудобной обувью.

Для профилактики рубромикоза требуется проводить своевременное обследование и лечение больных, членов их семей, регулярные осмотры персонала, обслуживающего плавательные бассейны, бани, душевые, маникюрные и педикюрные, массажные кабинеты, санитарно-просветительскую работу среди населения. Сильно потеющие и полные люди должны часто делать гигиенические ванны, протирать кожу, крупные складки 2% салициловым спиртом, припудривать их тальковой присыпкой.

Профилактика трихофитии дополнительно к вышеперечисленным мероприятиям сводится к регулярным плановым показателям обследования детских коллективов, ветеринарный надзор за животными, вакцинация молодняка вакциной ТФ-130, изоляция больных животных, санитарно-просветительная работа. При микроспории для уточнения диагноза проводят осмотр бездомных кошек, собак и обследование их на носительство.

ПАРАЗИТАРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Чесотка

Чесотка - паразитарное заболевание кожи, возбудителем которого является животный паразит - чесоточный клещ.

Заражение чесоткой происходит при контакте с больным или через предметы общего пользования (одежду, нательное и постельное белье, полотенце, мочалки, перчатки и т.д.). Инкубационный период 7-14 дней.

Заболевание характеризуется появлением чесоточных ходов - тонких извитых сероватых полосок длиной до 10 мм, линейными расчесами и папуло-везикулезными и папуло-корочковыми элементами, располагающимися на боковых поверхностях груди и живота, коже области поясницы и ягодиц, в межпальцевых складках и сгибах лучезапястных и локтевых суставов. Кожа ладоней, подошв, лица, шеи, верхней части спины не поражается. Но у детей грудного возраста процесс захватывает кожу любого отдела тела.

Поражение кожи совпадает с появлением зуда кожных покровов, усиливающимся в ночное время.

Расчесывая кожу, больные заносят в расчесы пиококки, вследствие чего появляются пиодермиты: импетиго, эктимы, фолликулиты, фурункулы.

ПРОФИЛАКТИКА

Наиболее существенное значение в профилактике чесотки имеет раннее выявление заболевших, своевременная диагностика и лечение выявленного больного, контроль за лицами, бывшими в контакте с больным. Для этого проводятся профилактические осмотры в детских коллективах, необходимо вести целенаправленные наблюдения за коллективами, проживающими в общежитиях.

Заболевшему ребенку запрещается посещение детского сада, яслей, школы до полного выздоровления и проведения комплекса противоэпидемических мероприятий (дезинфекция, санитарная обработка больного, санитарная обработка лиц, находившихся в контакте с больным). В очагах чесотки проводятся текущая и заключительная дезинфекции. Для профилактики заражения необходимо строгое соблюдение правил личной гигиены, пользование личными туалетными принадлежностями, одеждой, бельем, полотенцем, мочалкой, обувью и т.д. Профилактическую дезинфекцию должно осуществлять в местах общего пользования: банях, душевых, парикмахерских и т.д.

Вшивость или педикулез

На человеке паразитируют головные, платяные и лобковые вши.

Головные вши обитают чаще на голове женщин и детей. При осмотре волосистой части головы обнаруживаются вши и гниды в виде узелков сероватого цвета, приклеенных к волосу, расчески и корочки.

Платяные вши обитают в складках и швах одежды. При укусах появляются линейные расчески на поясничной области и в области лопаток.

Лобковые вши или *площицы* обитают в области лобка. Укусы площиц вызывают появление голубых пятен, не исчезающих при давлении.

Субъективно при всех видах вшей ощущается зуд кожных покровов, который приводит к расчесам и развитию вторичной инфекции.

Вши могут быть переносчиками инфекционных заболеваний (сыпной тиф).

ПРОФИЛАКТИКА

Соблюдение правил личной и общественной гигиены. Еженедельное мытье с мылом, смена нательного и постельного белья. Белье обязательно необходимо прокаливать горячим утюгом. К мероприятиям предупредительного характера относят повышение общей и санитарной культуры населения. Своевременное лечение при заражении.

Поражения кожи, вызываемые клещами

Пузатый клещ - возбудитель зерновой чесотки. Чаще возникает у грузчиков зерна, матросов, перевозящих муку, у рабочих элеваторов и складов, где хранится зерно, мука, сухари, крупы, у работников сельского хозяйства, работающих у старых скирд, скирдующих солому, хлопок.

Возбудители зерновой чесотки питаются зерновой пылью и являются обитателями мест хранения и переработки зерна и старых скирд.

Клещ-краснотелка обитает на фасоли, пятилистнике, плюще, ягодных кустах, крыжовнике и многих злаковых.

Клещом поражаются открытые участки кожи - голени, бедра, верхние конечности, лицо во время прогулок в саду, лесу, на поле и в производственных условиях.

Гаммазовые клещи паразитируют на некоторых грызунах и птицах.

Наиболее частыми представителями их являются *крысиные и мышинные клещи, куриный, голубиный клещ, воробьиный клещ, клещ ласточек*.

Основным местом обитания их являются щели полов и стен помещений и складов, курятники, голубятни. Заболевание человека происходит чаще всего после заползания паразитов из гнезд грызунов и птиц в жилые помещения.

Иксодовые клещи. Возбудителем чаще всего является жук-дровосек, обитающий на ветвях деревьев.

Попав на кожу, может незаметно внедрившись в верхний слой дермы, насасывать кровь и увеличивается в размерах во много раз, затем отпадает. Вызывает местные и общие реакции организма. Местно возникает стойкое и не исчезающее эритематозное пятно, которое постепенно увеличивается. Общая реакция сопровождается повышенной температурой, слабостью, головной болью, желудочно-кишечными расстройствами.

Возможно развитие параличей.

Аргасовые клещи являются паразитами диких и домашних животных и птиц. Эти клещи способны жить без пищи до 12 лет. Днем находятся в норах животных, почве, щелях полов и стен, нападают на человека ночью. Укус не улавливается человеком. На 2-3 день на месте укуса развивается воспалительный процесс, сопровождаемый зудом. Появляются общие явления.

Самый активный природный очаг *клещевого энцефалита* в Самарской области - Ставропольский, Волжский, Красноярский, Кинельский, Красноглинский районы. Клещи, зараженные вирусом энцефалита, могут находиться везде - даже в центре города Самара. Поэтому остерегаться надо всем с мая включительно до поздней осени. Особенно остерегаться надо людям, работающим в поле, в лесу. Отдыхающим на лоне природы тоже не мешает соблюдать меры предосторожности. Работающим и отдыхающим надо учитывать одно - клещи нападают на человека, но укусят ли, будет зависеть от вида одежды. Резиновые сапоги, брюки, отсутствие открытых участков, периодические осмотры друг друга обезопасят вас от укуса. При обнаружении клещей на одежде надо снять их и сжечь. Руки после этого тщательно вымыть с мылом. Учтите, что заражение в 1-2 процентах случаев происходит во время снятия клещей с тела или одежды. Путем встряхивания одежды от клещей не освободитесь. Необходимо тщательно осмотреть все швы, карманы, складки. Животных, которых брали с собой в поле, тоже надо внимательно осматривать. Тщательно осмотрите и букет цветов, набранный в поле или лесу. Вернувшись домой, осмотрите себя более тщательно, это особенно касается детей.

Если вы обнаружите на себе клеща, то на него надо капнуть маслом, одеколоном или раствором йода. Клещ начнет медленно освобождать хоботок, тело клеща можно придерживать осторожно завязанной ниткой. Если же хоботок оторвался, то его надо извлечь пинцетом.

В любом случае следует обратиться в поликлинику, где вам введут гамма-глобулин и будут амбулаторно наблюдать за вашим состоянием.

Виду того, что *клещевой энцефалит* — тяжелое инфекционное заболевание, поражающее центральную нервную систему, сопровождающееся парезами и параличами, развитием менингоэнцефалита, следствием кото-

рых бывает инвалидность II-I степени на всю жизнь, то работникам сельского хозяйства, занятым на работах в поле, лесу необходима своевременная вакцинация, а отдыхающим надо быть осторожными, тщательно соблюдая меры безопасности.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Расскажите о причинах возникновения гнойничковых заболеваний.
2. Перечислите основные клинические формы пиодермитов.
3. Расскажите о стафилококковых пиодермитах.
4. Перечислите стрептококковые пиодермиты и их клиническую картину.
5. Какие мероприятия проводятся на производстве для профилактики гнойничковых заболеваний кожи?
6. Какие мероприятия проводятся в быту для профилактики пиодермитов?
7. Расскажите о первичной профилактике у лиц, не болеющих пиодермитами.
8. Из каких мероприятий состоит вторичная профилактика пиодермитов?
9. Перечислите основные грибковые заболевания.
10. Профилактические мероприятия при грибковых заболеваниях.
11. Перечислите основные паразитарные заболевания.
12. Профилактические мероприятия, проводимые при паразитарных заболеваниях.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Справочник медицинской сестры. М.: Медицина, 1993 .
2. Жизнь, здоровье, долголетие: Советы профессоров. Минск, 1998 .
3. Студницин А.А. Кожные и венерические болезни. М.: Медицина, 1990.
4. Стоянов Б.Г. Кожные болезни, их профилактика. Прага, 1980.
5. Студницин А.А., Стоянов Б.Г. Кожные и венерические болезни. М.: Медицина, 1996.
6. Скрипкин Ю.К. Профессиональные заболевания кожи. Киев, 1986.

7. Сомов Б.А. Профзаболевания кожи в отраслях народного хозяйства. М.: 1987.

8. Защитные средства для кожи. Коллектив авторов: Г.С. Башура и др. Киев, 1975.

Печатается в авторской редакции
Компьютерная верстка, макет Е.А.Будячевская

ЛР № 020316 от 04.12.96. Подписано в печать 14.06.2000. Формат 60×84/16.
Бумага офсетная. Печать оперативная. Уч.-изд. л. 1,5; усл.-печ. л. 1,4.
Гарнитура «Times New Roman». Тираж 100 экз. Заказ № .
Издательство «Самарский университет», 443011, г. Самара, ул. Акад. Павлова, 1.
УОП СамГУ, ПЛД № 67-43 от 19.02.98.