

ЛЕКЦИЯ 22

ТЕМА: ИНФЕКЦИИ КОЖНОГО ПОКРОВА, ВЕНЕРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СПИД, ТУБЕРКУЛЕЗ

ПЛАН:

1. ПОРАЖЕНИЕ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ

1.1 Педикулез

1.2 Чесотка

1.3 Микроспория

2. ВЕНЕРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА СПИДА

2.1 Гонорея

2.2 Сифилис

2.3 Трихомоноз

2.4 СПИД

3 Профилактика туберкулеза

1. ПОРАЖЕНИЕ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ

1.1 Педикулез — болезнь, которая вызывается вшами. **Вши** — кровососущие насекомые, паразиты человека и животных. На коже человека могут паразитировать головная, платяная и лобковая вши.

Головные вши чаще паразитируют на висках, затылке и оттуда могут распространяться на другие части головы. У корней волос самка ежедневно откладывает по 4 яйца (гниды), из которых через 10—13 дней появляются личинки, которые через 14 дней становятся половозрелыми. Вшивость туловища вызывается платяными вшами. Они поселяются в складках белья, которое соприкасается с телом человека, и переходят на кожу для сосания крови. Лобковые вши паразитируют в основном на волосистых участках лобка, мошонки и на ближних участках бедер, нижней части живота.

Пути передачи заболевания. Распространение педикулеза чаще всего связано с неудовлетворительными санитарно-гигиеническими условиями, низким культурным и материальным уровнем жизни населения. Социальные и природные бедствия людей, их скученность могут быть причиной распространения педикулеза. Лобковый педикулез передается при половом контакте, реже через постельное белье.

Основные симптомы. Проявления педикулеза связаны с укусами паразитов и выделением слюны в места поражения, вызывающими сильнейший зуд. При вшивости волосистой части головы сильный зуд может вести к расчесам и появлению гнойничковых поражений кожи.

Лечение педикулеза заключается в применении противо- паразитных средств, выпускаемых в виде шампуней и аэрозолей.

Профилактика педикулеза основана на повышении санитарной культуры населения, обнаружении и быстрой ликвидации каждого случая педикулеза, соблюдении личной и общественной гигиены.

1.2. Чесотка - заразная болезнь кожи, вызываемая чесоточным клещом. Чесоточный клещ является внутрикожным паразитом человека. На коже он почти не заметен, с помощью лупы выявляется его сходство с черепашкой. Во внешней среде клещ жизнеспособен 5—15 суток. Заболевание вызывают оплодотворенные самки, которые просверливают в роговом слое кожи вначале вертикальный, затем горизонтальный ходы и откладывают яйца. Через 4 недели из них появляется новое поколение клещей.

Пути передачи заболевания. Человек заражается чесоткой чаще всего через прямой контакт с больным, а также через одежду, белье, мебель и др. Инкубационный период заболевания зависит от количества попавших на кожу клещей, области поражения, сезона года и продолжается от нескольких дней до 4 недель и более.

Основные симптомы. Сильный зуд — первый и основной признак заболевания, особенно вечером и ночью. Возникновение зуда в это время связано с движением клеща и выделением им секрета. Из-за сильного зуда у больных могут возникать нарушения сна и функциональные расстройства нервной системы. По мере движения самки в роговом слое кожи образуется чесоточный ход в виде тонкой (менее 0,5 мм в ширину) серой или белой линии, напоминающей поверхностную царапину. Длина хода около 3— 10 мм, иногда больше. На конце чесоточного хода обнаруживается воспаленный розово-красный узел. Наиболее часто чесоточные ходы локализуются в междупальцевых складках кистей, на боковых поверхностях пальцев, внутренней поверхности предплечья и плеча, на животе ниже пупка, внутренней области бедра, ягодицах, молочных железах у женщин.

Диагностика чесотки основана на выявлении чесоточного клеща микроскопическим методом, а также по клиническим признакам. Для подтверждения диагноза проводится тщательный осмотр членов семьи, лиц, которые проживают с больным в одном помещении.

Лечение чесотки осуществляется под контролем врача средствами, убивающими клеща. В процессе лечения следует строго предохранять окружающих от контактов с больным. Заболевший должен пользоваться личным полотенцем, спать в отдельной

постели. В помещении, где находился больной, проводят тщательную влажную уборку с применением дезинфицирующих средств.

Профилактика связана прежде всего с активным выявлением больных, тщательным осмотром врачом-дерматологом всех лиц, которые имели контакт с больными. При выявлении чесотки в школах и детских учреждениях и у лиц, обслуживающих эти коллективы, повторно проводится обследование всех детей и персонала. Одежду и белье обрабатывают в дезинфекционной камере или проглаживают горячим утюгом. С целью дезинсекции обувь, игрушки и другие небольшие вещи на 5 дней закрывают в полиэтиленовые мешки, в которых наступает естественная гибель клещей.

1.3 Микроспория - заразное заболевание кожи, которое вызывается грибами рода микроспорум, поражающими гладкую кожу и волосистую часть головы.

Отличают два основных вида возбудителей этого заболевания: паразитирующий только на коже человека; паразитирующий на коже и животных, и человека.

Пути передачи заболевания. Источниками возбудителей являются больные коты и собаки, причем явные признаки заболевания у них могут отсутствовать. Микроспорией болеют преимущественно дети. Заболевание передается при непосредственном контакте с больным человеком или животным или через инфицированные грибками предметы, вещи и др.

Основные симптомы. На коже при микроспории появляются круглые или овальные красные пятна с ярким воспалительным ободком и шелушением в центральной части. Пораженные грибком волосы обламываются и приобретают беловато-серую окраску.

Для диагностики микроспории, кроме клинической симптоматики, большое значение имеют результаты эпидемиологического анализа, а также микроскопического и люминисцентного исследования патологического материала.

Лечение микроспории осуществляется врачом-дерматологом. Применяются противогрибковые препараты, общеукрепляющие средства и др.

Профилактика микроспории заключается в обследовании домашних животных, изоляции больных, повторных осмотрах в детских коллективах всех лиц, контактировавших с больными, а также членов их семей каждые 5 дней на протяжении 5—6 недель. Также проводится отлов бездомных кошек, собак и их обследование

2. ВЕНЕРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА СПИДА

Венерические болезни — группа инфекционных болезней, объединенных по признаку передачи возбудителя преимущественно половым путем. К ним относят гонорею, сифилис и другие инфекции. Основная причина распространения венерических болезней — беспорядочные половые связи. К беспорядочной половой жизни более

склонны лица интеллектуально и нравственно незрелые или отвергающие нормы общепринятой морали. Опасность таких взглядов, особенно для молодежи, заключается не только в их крайней безнравственности, но и в возможных негативных последствиях для здоровья.

Ведущее место в профилактике венерических заболеваний принадлежит системе воспитания, формированию морально-этических установок, здорового образа жизни, а также борьбе с алкоголизмом, наркоманией и другими проявлениями антисоциального поведения. Эффективными средствами профилактики венерических заболеваний являются рациональная система полового воспитания, а также соблюдение правил личной гигиены, оптимального режима и другие меры, воспитывающие волю и умение управлять своими чувствами.

2.1 Гонорея - венерическое заболевание с преимущественным поражением слизистых оболочек мочеполовых органов. Возбудителем болезни является микроб гонококк.

Пути передачи заболевания. Источник заражения - больной мужчина или женщина. Как правило, гонорея является результатом случайных половых связей. Возможна и внеполовая передача гонококка через предметы домашнего обихода: общие с больным постель, белье, мочалку, полотенце и другие предметы, следствием чего может быть помимо заболевания половых органов гонорейное воспаление слизистой оболочки глаз, рта и др.

Основные симптомы. Инкубационный период при гонорее колеблется от одного дня до 2-3 недель.

Клиническая картина гонореи несколько отличается у мужчин и женщин. В начале заболевания у мужчин возникает чувство жжения в мочеиспускательном канале, появляются незначительные слизистые выделения, в которых определяются гонококки. Через 3—4 дня развивается острое воспаление мочеиспускательного канала (уретрит) с частым и болезненным мочеиспусканием и появлением в первой порции мочи мути (примеси гноя). Гонорея у женщин поражает почти все отделы мочеполовой системы, отличается многоочаговостью и у некоторых больных бессимптомно-стью течения. При острой гонорее только около 30 % больных женщин жалуются на рези и жжение при мочеиспускании, при хроническом уретрите жалобы вообще обычно отсутствуют. При острой гонорее очень часто встречается воспаление шейки матки. Основная жалоба при этом поражении — бели (выделения из зева матки слизисто-гнойного характера). Диагностика гонореи основана на выявлении возбудителя бактериоскопическим и бактериологическим методом.

Принципы лечения и уход за больными. При первых признаках заболевания следует немедленно обратиться к врачу. Лечение гонореи направлено на быстрое уничтожение гонококков в организме с помощью антибактериальных препаратов, устранение воспалительных явлений и восстановление пораженных тканей и органов с помощью

средств местной терапии и иммунотерапии. Результат лечения во многом зависит и от поведения самого больного. Во время лечения запрещается половая жизнь. Следует строго соблюдать правила личной гигиены, после мочеиспускания и туалета половых органов обязательно мыть руки с мылом. Необходимо воздерживаться от употребления острых и пряных продуктов. Рекомендуются обильное питье, исключается прием алкоголя. Нужно знать, что при гонорее не возникает иммунитета, защищающего от повторного заражения.

Профилактика. Одним из наиболее надежных способов предупреждения попадания болезнетворных микробов в половые органы служат презервативы. Однако важнейшим фактором в профилактике заболевания является личная ответственность каждого человека за свое здоровье и здоровье других.

2.2 Сифилис - хроническое инфекционное венерическое заболевание, проявляющееся поражением всех органов и систем организма. Возбудитель сифилиса - бледная трепонема (спирохета), которая проникает в организм человека через мельчайшие, порой незаметные повреждения поверхностного слоя кожи и слизистых оболочек.

Пути передачи заболевания. Различают приобретенный и врожденный сифилис. Распространению сифилиса содействуют недостаточное выявление источников заражения и контактов, миграция населения, алкоголизм, наркомания, проституция, половая распущенность и другие факторы. Человек заражается сифилисом от больного, как правило, половым путем, значительно реже — через разные предметы, загрязненные выделениями эрозированных сифилитических элементов кожи или слизистых оболочек. Возможно заражение через поцелуй, укус, а также через предметы домашнего обихода (ложки, стаканы и др.) — бытовой сифилис. Особенно заразны больные с такими проявлениями сифилиса, как эрозивный твердый шанкр, эрозивные узелки (папулы) кожи и слизистых оболочек половых органов, полости рта, в которых обычно находится большое количество спирохет. Возможно заражение через молоко больной матери, а также через сперму, донорскую кровь. Сифилис может передаваться потомству, если заболевшая мать не прошла полного курса лечения.

Основные симптомы. Человек, заболевший сифилисом, вначале чувствует себя совершенно здоровым. И только через 3 недели инкубационного периода на месте внедрения бледных спирохет появляется первый видимый признак болезни — безболезненная, твердая на ощупь язвочка — твердый шанкр. С его появлением начинается первичный период сифилиса. В это время увеличиваются лимфатические узлы, нередко повышается температура, возникают головные боли, боли в костях и др. Продолжительность этого периода около 7 недель. Во вторичном периоде появляются высыпания на коже или слизистых оболочках и другие симптомы. Если больной пренебрегает советами врачей, неаккуратно лечится, злоупотребляет алкоголем, то примерно через 5—6 лет вторичный период сменяется третичным периодом болезни

(последним). Третичный период характеризуется образованием бугорков и тяжелыми поражениями внутренних органов, в том числе сердечно-сосудистой системы, печени, нервной системы, костей и суставов. Для диагностики сифилиса используется реакция Вассермана, осадочные реакции и др.

Принципы лечения и уход за больными. Лечение сифилиса проводится после установления диагноза с применением антибиотиков группы пенициллина, препаратов висмута, ртути и др. Недопустимо самолечение, т. к. это только затруднит диагностику и может привести к затяжному и более тяжелому течению болезни.

Больному необходимо строго соблюдать правила личной гигиены (иметь отдельное полотенце, постельное белье, посуду и др.), ограничить курение, противопоказан алкоголь.

Профилактика. Общественная профилактика сифилиса связана с диспансерным обслуживанием больных, выявлением источников инфекции и их санацией, обследованием подозрительных лиц. Кроме того, производится обследование отдельных групп населения (сотрудников детских садов, системы общественного питания и др.). Личная профилактика рекомендуется лицам, которые имели случайные половые связи. Одинаково эффективным для мужчин и женщин средством предохранения и личной профилактики является презерватив. При подозрении на возможность заражения следует в первые же часы после полового контакта обратиться в профилактический пункт или кожно-венерологический диспансер. Профилактика врожденного сифилиса заключается в своевременном выявлении больных женщин до беременности и беременных с обязательным обследованием крови и своевременном лечении.

2.3 Трихомониаз - воспалительное заболевание органов мочеполовой системы, вызываемое влагалищной трихомонадой.

Пути передачи заболевания. Чаще всего заболевание передается половым путем. Мужчины менее восприимчивы к трихомонадам, чем женщины. Так, лишь 30—40 % мужчин заражаются от своих инфицированных подруг, в то время как 85 % женщин заражаются от инфицированных партнеров. Однако возможно инфицирование и другим путем, так как трихомонады сохраняют жизнеспособность на белье и одежде в течение суток, в сперме — до 6 ч, в моче — около 3 ч, на сиденье унитаза или биде — около часа. У большинства мужчин и 50 % женщин инфицирование не приводит к заметным клиническим проявлениям заболевания.

Основные симптомы. У мужчин вызываемое трихомонадой воспаление мочеиспускательного канала может сопровождаться лишь незначительными слизистыми выделениями, не причиняющими особого беспокойства. Оставаясь внешне практически здоровым, мужчина, не подозревая о болезни, не лечится и служит постоянным источником заражения. Нелеченный трихомониаз может быть

основой мужского бесплодия, переходит в хроническую форму, трудно поддающуюся лечению. Заболевание у женщин проявляется обильными гнойными пенистыми выделениями из влагалища; ощущаются зуд и жжение в области наружных половых органов. Воспалительный процесс может распространяться на матку и ее придатки.

Принципы лечения и уход за больными. Основу лечения больных трихомониазом составляют антибактериальные, противогрибковые и комбинированные препараты. Применяются также антисептики и дезинфицирующие средства, особенно местно. При выявлении трихомониаза у одного из партнеров лечение обязательно должен проходить и другой. В период лечения следует тщательно соблюдать правила личной гигиены, ежедневно менять белье, проглаживать его горячим утюгом, принимать гигиенический душ; рекомендуется половое воздержание. После лечения в течение 2—3 месяцев необходим периодический врачебный контроль.

Для профилактики трихомониаза важно соблюдать правила личной и половой гигиены.

2.4. ВИЧ-инфекция (вирус иммунодефицита человека) -

тяжелое вирусное заболевание, характеризующееся вирусно-носительством и способностью к передаче его другим людям. СПИД (синдром приобретенного иммунодефицита) — конечная стадия развития ВИЧ-инфекции. Источником заражения является больной человек.

Пути передачи заболевания. Среди различных слоев населения существуют группы риска, способствующие массовому распространению заболевания. Первую группу составляют гомосексуалисты, так как при половых контактах между мужчинами часто травмируется имеющая обильное кровоснабжение слизистая оболочка анального отверстия и прямой кишки. Вторая группа — наркоманы, заражение которых происходит при использовании инфицированных шприцев, игл с остатками зараженной ВИЧ-инфекцией крови. Третью группу составляют лица, которым была перелита кровь или ее препараты, зараженные вирусом. Четвертая группа — гетеросексуальные ВИЧ-инфицированные партнеры. ВИЧ передается: при гомосексуальных половых контактах; при инъекционном потреблении наркотиков; при частой смене половых партнеров; от ВИЧ-инфицированной женщины ребенку при беременности, во время родов, при кормлении ребенка грудным молоком. ВИЧ не передается: бытовым путем; при рукопожатиях, дружеских поцелуях; при укусах насекомых, в транспорте, при кашле и чихании; в бассейне.

Основные симптомы. Возбудитель СПИДа, попадая в организм, прикрепляется к поверхности лимфоцита, проникает внутрь и встраивается в генетический аппарат клетки, производя новые частицы вируса до тех пор, пока лимфоцит не погибнет. Разрушение лимфоцитов приводит к подавлению иммунной системы организма. В результате зараженный вирусом иммунодефицита человек чаще болеет различ-

ными инфекционными болезнями и переносит их в более тяжелой форме. Развитие иммунодефицита может произойти через много лет, но зараженный человек все это время остается источником инфекции. Наиболее высокие концентрации вируса иммунодефицита обнаруживаются в крови, сперме, спинномозговой жидкости, несколько меньше — в вагинальном секрете, слюне, грудном молоке.

Инкубационный период заболевания составляет от нескольких недель до 5—10 лет. В отдельных случаях скрытый период может быть значительно меньшим. У людей, инфицированных ВИЧ, часто отсутствуют симптомы заболевания. Для СПИДа, конечной стадии ВИЧ-инфекции, характерным является увеличение периферических лимфатических узлов без признаков воспалительного процесса в органах, поражение центральной нервной системы, периодическое повышение температуры тела до 38—40 °С.

Отличительными признаками лихорадки являются длительность (до 1,5—2 месяцев и более) и выраженная устойчивость к проводимому лечению. Больные в течение короткого времени теряют до десяти и более килограммов массы тела без видимых на то причин, нередко у них развивается пневмония, сочетающаяся с другими инфекциями. У части больных ведущими симптомами являются поражения желудочно-кишечного тракта с частыми и упорными, не поддающимися лечению поносами. Наблюдаются неврологические расстройства. Больные жалуются на сонливость, слабость, снижение памяти и работоспособности.

Особенно тяжело протекает заболевание у детей. Пораженные вирусом иммунодефицита дети имеют значительно меньшую массу тела, чем здоровые, сильно отстают в умственном и физическом развитии. Имеются нарушения со стороны органа зрения (косоглазие, увеличенная глазная щель), отмечается деформация черепа. У них увеличены лимфоузлы, печень и селезенка, поражены кожные покровы и слизистые оболочки. Питание детей затруднено из-за поражений слизистой ротовой полости.

Принципы лечения и уход за больными. В основе лечения СПИДа и экстренной профилактики ВИЧ лежит комплексная противовирусная терапия.

В зависимости от возбудителей вторичной инфекции, возникающей на фоне иммунодефицита, назначается соответствующее лечение. Применяются препараты, способствующие усилению иммунитета.

В любых условиях общения с инфицированными больными после соприкосновения с их кровью или жидкостями организма необходимо тщательно мыть руки. Если у лиц, ухаживающих за больными, имеются на руках открытые поражения, они должны пользоваться перчатками. На участки с открытыми поражениями на теле инфицированных больных следует накладывать асептическую повязку. Загрязненные поверхности надо незамедлительно очищать дезинфицирующими растворами.

Следует отдавать предпочтение полотенцам и салфеткам одноразового пользования, а средства для мытья полов и мебели необходимо дезинфицировать.

Профилактика. Основным профилактическим мероприятием является половое воспитание подрастающего поколения, широкое информирование о СПИДе, его особой опасности, источниках заражения и путях распространения, мерах предосторожности. Кроме того, важен лабораторный контроль за людьми, составляющими группы риска (наркоманы, гомосексуалисты, проститутки) и др.

3. Профилактика туберкулеза

Туберкулез — хроническое инфекционное заболевание, характеризующееся образованием в разных органах, чаще в легких, специфических воспалительных изменений.

Возбудитель туберкулеза — микобактерия туберкулеза (бацилла Коха). Главным источником туберкулезной инфекции является больной активной формой туберкулеза. Микобактерии туберкулеза выделяются с мокротой, потом, слюной и материнским молоком. Основным резервуаром микобактерий туберкулеза является мокрота больных с открытой формой заболевания. Пути передачи заболевания. Путей заражения туберкулезом несколько, но чаще микобактерии попадают в легкие через дыхательные пути. Особенно опасны внутрисемейные и внутриквартирные контакты с больными туберкулезом. Заболевание развивается только при попадании в организм достаточно активного возбудителя или при сниженном иммунитете организма. Важное значение имеют плохие социально-бытовые условия, приводящие к долгому контакту с возбудителем. К группе риска относятся больные сахарным диабетом, алкоголизмом, одинокие пожилые люди, бомжи (люди без определенного места жительства), мигрирующее население и др.

Основные симптомы. В зависимости от формы туберкулеза, распространенности, фазы наблюдаются самые разнообразные симптомы.

Лихорадка — наиболее частый симптом туберкулеза. *Потливость по ночам* — один из ранних симптомов заболевания. *Кашель* — постоянный признак. Он может быть сухим или сопровождаться выделением мокроты, кратковременным и частым. Мокрота бывает разного характера: от слизистой до гнойной. *Кровохарканье* — небольшая примесь крови в мокроте — является результатом разрушения стенок кровеносных сосудов. *Легочное кровотечение* — следствие повреждения туберкулезом крупного сосуда. Одышка обусловлена уменьшением дыхательной поверхности легких.

Различают следующие клинические формы туберкулеза:

- 1) туберкулезная интоксикация у детей и подростков;
- 2) туберкулез органов дыхания;
- 3) туберкулез других органов и систем.

Туберкулез легких существует в *открытой форме* - с выделением в окружающую среду микобактерий и в *закрытой форме* - без выделения возбудителя.

Диагностика туберкулеза основывается на рентгенологическом и бактериологическом исследовании. По их результатам можно определить форму заболевания, найти туберкулезные очаги. Для ранней диагностики туберкулеза легких используются пробы с туберкулином.

Принципы лечения и уход за больными. Лечение больных туберкулезом должно быть комплексным, включающим специфическую и неспецифическую терапию, а также хирургическое вмешательство. К специфическому лечению относится назначение антибактериальных препаратов, которые применяются до выздоровления больного. Неспецифическое лечение включает гигиенический режим, усиленное питание, применение стимулирующей и симптоматической терапии. Широко используется санаторно-курортное лечение.

Больной туберкулезом требует к себе особого внимания. Необходимо разъяснять больному и его родственникам, что туберкулез излечим и многое зависит от самого больного, от выполнения им режима, своевременного приема лекарств, отказа от курения и употребления алкоголя. Важное значение в уходе за больным туберкулезом является своевременное обеззараживание его биологических выделений, предметов повседневного обихода, влажная уборка помещений с помощью дезинфицирующих средств.

Профилактика. Различают социальную, санитарную и специфическую профилактику заболевания. Социальная профилактика направлена на создание оптимальных условий жизни и работы. Санитарная профилактика включает оздоровление очагов туберкулезной инфекции, просвещение населения, раннее выявление и лечение больных, предупреждение распространения заболевания. Специфическая профилактика включает вакцинацию, ревакцинацию и химиопрофилактику. Вакцинацию проводят всем новорожденным, ревакцинация осуществляется детям в возрасте 7 лет, а последующие — через 5—7 лет. Химиопрофилактика рекомендуется детям,

подросткам, которые контактировали с больными, и для предупреждения рецидива заболевания.

Вопросы для самоконтроля:

1. Каковы основные причины заболевания туберкулезом?
2. Перечислите группы риска заболевания туберкулезом легких.
3. Назовите основные симптомы туберкулеза легких.
4. Перечислите виды профилактики туберкулеза.
5. Дайте характеристику (пути передачи, основные симптомы, лечение и профилактика):
 - а) педикулезу;
 - б) чесотке;
 - в) микроспории.
6. Дайте характеристику венерическим заболеваниям и СПИДу.