

**Міністерство охорони здоров'я України**  
**Українська медична стоматологічна академія**

«ЗАТВЕРДЖЕНО»  
на засіданні кафедри  
внутрішніх хвороб та  
медицини невідкладних  
станів з шкірними та  
венеричними хворобами  
протокол №1 от 28.08.2019  
Зав. курсом, к.мед. н., доц.  
\_\_\_\_\_ Попова І.Б.

**Методичні рекомендації для самостійної підготовки студентів**  
**під час підготовки до практичного заняття**

Навчальна дисципліна	Дерматологія, венерологія
Модуль №1	Дерматовенерологія
Тема заняття №2	Клінічні особливості та особливості сучасного перебігу корости та педикульозу. Демодекоз. Клінічний перебіг. Алгоритм клінічного діагнозу. Терапія.
Курс	IV
Факультет	Медичний

## Змістовний модуль №2

**Тема:** Клінічні особливості сучасного перебігу корости та пудиккульозу. Демодекоз. Клінічний перебіг. Алгоритм клінічного діагнозу. Терапія.

### 1.Актуальність теми:

Останніми роками наголошується відносно зростання паразитарних захворювань: корости, педікульозу, демодікозу. Вони зустрічається як серед дорослих так і дітей. Крім того, почастишали випадки атипичних і ускладнених форм, що ускладнює ранню діагностику і повноцінне лікування. Враховуючи вищевикладене, знання етіології, патогенезу, клініки, діагностики хвороб шкіри дозволяє глибше представити особливості перебігу захворювання і призначити обґрунтоване лікування хворого.

**Загальна мета:** - уміти розпізнати, провести диференційну діагностику корости і вошивості. Уміти обстежити хворого на папаразитарні захворювання, визначити морфологічні елементи висипу, описати осередок ураження, уміти диференціювати елементи висипу, обґрунтувати призначене лікування

### 2.Конкретні цілі:

1. Зібрати та проаналізувати скарги, анамнез життя і захворювання пацієнта.
2. Провести послідовний огляд шкіри хворого, визначити характер висипу, оцінити та описати морфологічні елементи висипу на шкірі.
3. На підставі скарг, анамнезу, додаткового обстеження та об'єктивних даних захворювання встановити попередній діагноз паразитарного захворювання шкіри.
4. Скласти схему діагностичного пошуку при паразитарному захворюванні шкіри, трактувати ці дані.
5. Зробити забір метрiалу для бактеріоскопічного дослідження
6. Оцінити дані лабораторних досліджень стосовно до шкірної патології.
7. Поставити заключний діагноз і визначити тактику ведення хворого з паразитарним захворюванням шкіри

### 3.Базові знання, вміння, навички для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
1. КАФЕДРА МЕД.БІОЛОГІЇ 2. КАФЕДРА ІНФЕКЦІЙНИХ Х-Б з КУРСОМ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ 3. КАФЕДРА МІКРОБІОЛОГІЇ 4. КАФЕДРА ФАРМАКОЛОГІЇ 5. КАФ.ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ 6. КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ	• Біологічні властивості збудників паразитарних захворювань • Шляхи передачі захворювання • Епідеміологічна характеристика захворювань • Знаходження збудника в патологічному матеріалі (зішріб,

ГІГІЄНИ	<p>мікроскопічне дослідження)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Диференціювання збудників корості, вошивості, демодікозу</li> <li>• Обґрунтувати вибір основних груп фармакотерапевтичних засобів при паразитарних захворюваннях шкіри</li> <li>• Збирати та оцінювати скарги, анамнез, дані об'єктивного обстеження хворого з паразитарним захворюванням шкіри</li> <li>• Виділяти патогномонічні симптоми та типові клінічні ознаки (Арді-Горчакова, «трикутника», коростяні ходи, парні висипи та інші ),та на їх основі встановлювати діагноз</li> <li>• Організація та проведення протипаразитарних профілактичних заходів.</li> </ul>
---------	--

#### 4.Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття

##### 4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

ТЕРМІН	ВИЗНАЧЕННЯ
<b>Короста</b>	<p>- поширене заразне захворювання шкіри, яке спричиняє коростяний кліщ (<i>Sarcoptes scabiei hominis</i>). Кліщі живуть в епідермісі, який вони прогризають, прокладаючи ходи, де самки відкладають яйця. Запліднення відбувається на поверхні шкіри, після чого самка прогризає ход де живе та просувається на 2-3 мм за добу, самець переходить до маленького лійкоподібного отвору біля ходу, де й гине.</p> <p>при корості</p>
<b>Джерело зараження</b>	<p>- хвора людина. Розрізняють <i>прямий</i> (переважає) : статевий контакт, перебування на одному ліжку, догляд за хворими, масаж та <i>непрямий</i>: постільна білизна, одяг,</p>

	рукавички, рушники, мочалки
<b>Інкубаційний період</b>	- становить 8-12 днів
<b>Клінічний перебіг</b>	- виникає свербіж вечорами та вночі (пояснюється добовим ритмом активності кліщів), на шкірі з'являються вузлики, пухирці, сліди розчухів. Через деякий час шкіра набуває звичайного „коростяного” вигляду: з'являються коростяні ходи, які мають вигляд чорнуватої прямої або зігнутої смужки 4-5мм довжиною, Локалізація висипки: у дорослих бічна поверхня пальців кистей, зап'ястя, ліктьові згини, голівка статевого члену, живіт, навколо сосків; у дітей на будь - якій ділянці тіла, обличчі, волосистій частині голови, долонях та підшвах.
<b>Основні ознаки корости:</b>	1) гострий початок розвитку хвороби; 2) поліморфізм висипів: дисеміновані, попарно розташовані фолікулярні папули, везикули, коростяні ходи, екскоріації (розчухи), кров'яні кірочки; 3) симетрична та типова локалізація уражень, наявність характерних симптомів ( симптом Арді–Горчакова – наявність сухих лусочок, гнійно–кров'янистих кірок на ліктьових суглобах, симптом „трикутника” – розташування елементів висипки трикутником, верхівка якого в міжсідничній ділянці , а основа - на крижовій області); 4) нестерпний свербіж, який посилюється ввечері та вночі; 5) виявлення корости у інших членів сім'ї або в осіб, що мешкають поряд з хворим; 6) припинення захворювання внаслідок пробного лікування протикоростяними засобами.
<b>Типова (класична) –</b>	- перебіг класичний: свербіж вночі, парна вузликова висипка, коростяні ходи, розчухи, перлинні везикули,

	прурігінозні папули, виразки на статевих органах, коростяні вузлики в ділянці калитки, пупка.
<b>Атипова (малосимптомна, доглянута, короста охайних людей)</b>	- відрізняють у останні роки. Характеризується незначним свербжею та кількістю коростяних ходів, незначна кількість папуло – везикульозних елементів і кров'янистих кірок переважно на животі, сідницях, іноді проходить без наявних шкірних уражень. В анамнезі у хворих контакт з дезінфікуючими засобами, охайність, використання кремів та мазей зі стероїдами, антигістамінних та десенсибілізуючих препаратів, лікування кортикостероїдами.
<b>Короста дітей</b>	- характеризується особливістю клінічної картини: нетипова локалізація висипки, переважання ексудативних елементів висипки (крупні пухирі з прозорим вмістом та коростяним ходом на покриві), часті ускладнення піодермією та екзематизацією.
<b>Вузликова короста ( постскабіозна лімфоплазія шкіри)</b>	-характеризується наявністю червоно – рожевих або жовтуватих – коричневих сверблячих вузликів 5 – 20 мм у діаметрі, які з'являються після проведення курсу лікування корости. На поверхні вузликів можна побачити коростяні ходи. Вузлики поодинокі, їх небагато, після розсмоктування на їх місці виникає гіперпігментація.
<b>Норвезька короста ( крустозна)</b>	- виникає рідко у осіб з хворобою Дауна, астенією, лепрозою, генералізованим кандидозом, імунодефіцитними станами. Характеризується появою на тілі масивних кіркових та гіперкератотичних нашарувань, товщина яких може бути 2-3 см. Кірки розташовуються дифузно у

	<p>вигляді рогового панциру, поверхня кірок вкрита тріщинами та бородавчастими розростаннями, під якими знаходиться велика кількість коростяних кліщів ( до 200 кліщів на 1 см<sup>2</sup>). Нігті сірувато – жовті, горбкуваті. Волосся попелясто – сірого кольору, сухе, нерідко є алопеція. Свербіж сильний, від хворого нерідко чути неприємний запах квашеного тіста, підвищується температура. Перебіг захворювання тривалий, іноді до 40 років.</p>
<b>Псевдосаркоптоз (псевдокороста)</b>	<p>- зараження відбувається від тварин (частіше собаки, свині, вівці, кози та ін.). Інкубаційний період триває від декількох годин до 2 діб. Характеризується наявністю свербіжу, уртикарних, папульозних, папуловезикульозних елементів, без типових коростяних ходів. Самки не відкладають яєць. Захворювання не передається від людини до людини, при знищенні джерела зараження може наступити самовиліковування. Діагностика утруднена.</p>
<b>Ускладнення корости</b>	<p><i>запальні:</i>          -остіофолікуліт,          -фолікуліт,          -фурункул,          -ектима,          -лімфангіт,          -лімфаденіт,          -сепсис;  <i>алергічні та імунокомпоненті:</i>          -алергічний дерматит,          -кропив'янка,          -гострий гломерулонефрит</p>
<b>Діагностика</b>	<p>1) метод діставання голкою;          2) метод тонких зрізів лезом;          3) метод пошарового зіскребу;          4) метод лужного препарування шкіри</p>
<b>Лікування</b>	<p><b>Місцеве</b> : мазь Вількінсона, сірчана мазь (10-33%), 5% перметринова</p>

	<p>мазь, метод Дем'яновича, 10-20% суспензія бензилбензоату, аерозоль „Спрегаль”. <b>Загальне:</b> тіабендазол (25 мг / кг перорально щоденно протягом 10 діб), івермектин (20 мкг / кг одноразово). При ускладнених формах використовується відповідна терапія. Для зменшення ризику повторного зараження треба дезінфікувати натільну та постільну білизну: прання в гарячій воді <math>t</math> не менш ніж <math>55^{\circ}\text{C}</math>, а також аерозолем „А - Пар”.</p> <p>-</p>
<b>Протиепідемічні заходи:</b>	<p>- ізоляція, лікування та подальше спостереження хворих; масові профілактичні огляди; виявлення джерела зараження та дезинфекція вогнища; профілактичне лікування осіб, що були у контакті; відправлення термінового повідомлення на СЕС, санітарно - просвітня робота серед населення.</p>
<b>Демодекоз</b>	<p>– враження шкіри обличчя кліщем вугревої залозниці. <i>Збудник</i> – <i>Demodex folliculorum</i> – є умовно-патогенним факультативним сапрофітом, який можна знайти на цілком здоровій, особливо жирній шкірі. Кліщі містяться у лійках волосяних фолікулів та протоках сальних залоз. Поза цим середовищем збудник тривало зберігає свою активність.</p>
<b>Клініка.</b>	<p>Процес локалізується на шкірі носу, щік, підборіддя. Можливе ураження повік. При виникненні у хворого рожевих вугрів активність кліщів зростає, вони виявляються у великій кількості та обумовлюють характерну клінічну картину розацеа ( на еритематозному тлі при наявності себореїчних явищ з'являються фолікулярні вузлики та розсіяні пустули) та перорального дерматиту.</p>

	Кліщі демодексу можуть бути переносчиками різноманітних мікроорганізмів у більш глибокі відділи волосяних фолікулів та сальних залоз, у результаті чого формуються демодекс – гранульоми. Розвитку хвороби сприяють захворювання шлунково-травного шляху.
<b>Діагноз</b>	- підтверджується мікроскопічно при виявленні збудника у зшкрібі зі шкіри обличчя, секреті сальних залоз, на волоссях повік.
<b>Диференціюють</b>	з рожевими вугрями, горбиковим сифілідом, дискоїдним червоним вовчаком, пероральним дерматитом.
<b>Лікування.</b>	Призначають молочно – рослинну дієту з виключенням з раціону екстрактивних речовин. Застосовують антибактеріальні препарати (метронідазол, трихопол, тиберал за схемами), вітаміни групи В, полівітаміни. <i>Місцево</i> використовують акарицидні засоби: 20-30% сірчана мазь, 20% емульсія бензил – бензоату, трихополова мазь, гель метронідазолу. Згодом призначають кріомасаж шкіри обличчя.
<b>Вошивість</b>	паразитарне захворювання, яке спричиняють головні ( <i>Pediculus capitis</i> ), одежні ( <i>Pediculus vestimentorum</i> ) та лобкові ( <i>Pediculus pubis</i> , <i>phthiriasis ingiunalis</i> ) воші. Воші типові паразити, які харчуються кров'ю людини. Джерелом зараження є хвора людина. <i>Шляхи зараження: прямий</i> – при безпосередньому контакті від хворої людини до здорової, статеві стосунки з хворим; <i>непрямий</i> – через капелюхи, гребінці, одяг, постільну білизну.
<b>Педикульоз голови</b>	– характеризується наявністю паразитів на волосистій ділянці голови (скроні та потилиця), а іноді



	<p>на бровах, віях, бороді, вусах. Головну вошу можна побачити ad oculus чи за допомогою лупи. У більшості хворих паразитує не більше 10 вошей. Головна воша відкладає яйця (гниди – овальні яйця, розміром 0,5 мм, сірувато – білого кольору, вкриті захисною оболонкою) на стрижень волосся біля волосяного фолікулу. Кількість гнид може бути декілька тисяч.</p>
<b>Клінічна картина</b>	<p>- характеризується свербіжем, розчухами, дерматитом, екзематизацією, виникненням вторинної піодермії. Під впливом подразника слинних залоз вошей на місці укусу з'являються сверблячі плями та вузлики, які внаслідок розчухів перетворюються на ерозії, кірочки, лущення, а потім можуть трансформуватися у везикули, пустули. За рахунок виділення гною та ексудату волосся склеюється в товсті пучки (ковтуни). Патологічний процес розповсюджується на шкіру вušних раковин, шию, лоб, збільшуються регіонарні лімфовузли.</p>
<b>Педикульоз тулуба</b>	<p>- характеризується наявністю паразитів в місцях дотиків складок та швів білизни з тілом ( біля коміра, рукавів, поясу, у пахвинних складках, на животі та ін.) у місцях укусів виникають судинні плями, сверблячі папульозно – уртикарні елементи, потім приєднуються сліди розчухів, екскоріації ( особливо на спині в ділянці лопаток, попереку), нерідко приєднується вторинна піодермія. Якщо хвороба триває довго, виникає потовщення шкіри з розчухами, лущенням, ліхеніфікацією. Шкіра набирає брудно – сірого або сірувато – коричневого відтінку.</p>

<b>Педикульоз лобка</b>	<p>- викликається лобковими вошами або площцями ( сіро – коричневого кольору, розміром 1-2 мм, розташовується у кореня волосу) . Цикл розвитку від яйця до дорослої особини -22 -27 діб. Лобкова воша паразитує тільки на людині, мало рухається, любить вологе тепле середовище (мошонка, живіт, іноді у чоловіків – ділянки тіла вкриті волоссям: груди, плечі, борода, вуса). Гниди - білувато-сіруваті вузлики, які прикріплені до волосся. Свербіж помірний, у зв'язку з чим менше розчухів та піодермічних ускладнень. На шкірі з'являються характерні голубуваті або сіруваті плями діаметром до 1 см (maculae coeruleae ). При ураженні на бровах та віях (phthiriasis palpebrum ) з'являється синювато – червона смужка, кон'юнктивіт.</p>
<b>Ускладнення:</b>	<p>1. <i>Гноячкові:</i> остіофолікуліти, фолікуліти, фурункул  2. <i>Алергічні:</i> алергічний дерматит, екзематизація  3. <i>Неврастенія</i></p>
<b>Діагностика</b>	<p>- базується на виявленні дорослих вошей та гнид на волоссях, білизні. При знаходженні яких потрібно негайно повідомити СЕС про наявність вогнища зараження та почати лікування.</p>
<b>Диференціальну діагностику</b>	<p>- проводять з: укусами інших комах, залишками лаку чи гелю на волосі, обмежений нейродерміт, імпетиго, пахвинною дерматофітією, контагіозним моллюском, стійкою дисхромічною еритемою, вторинним сифілісом).</p>
<b>Лікування</b>	<p>1) головної педикульоз – нанесення 20% емульсії бензилбензоату (дітям – 10%) під косинку з подальшим споліскуванням гарячою водою з милом або шампунем; обробка</p>

	<p>шампунем «педилін», 1% крем – шампунем «Перметрин», 5% шампунем метилацетофос, 0,5% спиртовим розчином малатіону, нітіфору, педіліну, дезоциду, лосьон “Валітен”, з подальшим видаленням гнид гребінцем, який змочують розчином оцту.</p> <p>2) педикульоз тулуба – наносять на ділянки шкіри піпероніл– ортикост або піретрин, а потім приймають душ, змінюють натільну та постільну білизну, дезінфікують одяг та приміщення, для дезінфекції одягу застосовують аерозоль “Пара–плюс”.</p> <p>3) лобковий педикульоз – використовують 10–25% сірчану мазь, 25% емульсію бензилбензоату, лосьйон „Скабікар”, аерозоль „Спрей – пакс”.</p>
<b>Протиепідемічні заходи</b>	<p>- ізоляція, лікування та подальше диспансерне спостереження за хворими ; масові профілактичні огляди ; виявлення джерела зараження; дезинфекція одягу, білизни; дотримання правил особистої гігієни ; санітарно-просвітня робота.</p>

#### **4.2. Теоретичні питання до заняття:**

1. Епідеміологічні особливості при різних паразитарних хворобах шкіри.
2. Особливості анамнезу.
3. Клініка корости і вошивості. Особливості течії їх у дітей.
4. Ускладнення: піодерміти, дерматити, екзематизація,
5. Диференціальний діагноз.
6. Лабораторне підтвердження діагнозу.
7. Принципи етіологічної і патогенетичної терапії.
8. Профілактичні, протиепідемічні і диспансерні заходи

#### **4.3. Практичні роботи, які виконуються на занятті:**

Практичне заняття починається з участі студентів в ранковому огляді хворих у відділеннях. Звертається увага курсантів на важких пацієнтів.

Далі шляхом тестового контролю визначається початковий рівень підготовки інтернів до практичного заняття.

Самостійна робота інтернів під керівництвом викладача включає: курацію тематичних хворих (опитування, огляд, фізикальне обстеження хворих, знайомство з даними обстеження, постановка діагнозу, призначення лікувальних та профілактичних заходів, вирішення питань лікувально-трудової експертизи); вирішення ситуаційних задач.

Після закінчення самостійної роботи студентів проводиться її аналіз і корекція. Клінічний розбір тематичних хворих включає доповідь студентів про скарги хворих, анамнез, дані лабораторних і інструментальних досліджень, диференційний діагноз, остаточний діагноз та ускладнення. Студенти обговорюють лікування, питання тактики, профілактики, лікувально-трудової експертизи, реабілітації тематичних хворих. В кінці заняття проводиться підсумковий тестовий контроль. Оцінюється робота студентів, обговорюються результати. Підводиться підсумок заняття.

## **Матеріали для самоконтролю:**

### **Завдання № 1**

Учень 5 класу звернувся з приводу поширеного висипу на шкірі, що супроводжується сильним свербінням, особливо в нічний час. Хворіє 2 тижні, не лікувався. При огляді в області міжпальцевих складок обох кистей, згинальної поверхні променевозап'ястних суглобів, на шкірі живота та сідниць, виявлені дрібні, червоні папули і везикули, що мають тенденцію до попарного розташування. Є сліди розчухів, кров'яні скориночки. Клінічний діагноз – короста.

#### ***Назвіть основну клінічну ознаку корости:***

- A. Коростяні ходи
- B. Вузлики, луски
- C. Вузлики, пухирці
- D. Горбки, виразки, рубці
- E. Ліхеніфікація

### **Завдання № 2**

До дерматолога звернувся студент 21 року зі скаргами на висипання, ночний зуд. При огляді: процес носить розповсюджений характер, локалізується на шкірі бокових поверхнь тулуба, внутрішніх поверхнь стегнів. Висип представлений дрібними попарно розташованими папуло-везикулами. Після лабораторного овстеження встановлено діагноз: короста. Ураження яких ділянок найбільш характерно при корості?

- A. Увесь шкірний покрив
- B. Увесь шкірний покрив за винятком обличчя і шиї
- C. Тільки нижні кінцівки
- D. Великі складки шкіри
- E. Всі відповіді правильні

### **Завдання № 3**

На прийом до дерматолога звернулася мати с 3-річною дитиною зі скаргами на поширені висипання на шкірі тулуба та кніцівок, як у неї, так і в її дитини. При клініко-лабораторному обстеженні було виявлено збудника корости та встановлено діагноз – Короста. З епідеміологічного анамнезу звісно, що разом з хворими в квартирі проживають батько дитини та старший брат, які не мають клінічних проявів хвороби.

#### ***Які протиепідемічні заходи повинні бути здійснені стосовно контактів хворих?***

- A. Профілактичне лікування корости
- B. Нагляд без лікування
- C. Обов'язкове лікування, як і для хворих
- D. Тільки дезінфекція одягу
- E. Ніяких заходів не треба

#### **Завдання № 4**

У дитини 7 років після тривалого лікування корости, що декілька разів рецидивувала на шкірі пахової області та мошонки виявлено гіпертрофічні папули та вузли м'якої консистенції, що залишилися на місцях минулих елементів корости. При повторному лабораторному обстеженні збудника корости не виявлено. Встановлено діагноз – Постскабіотична лимфоплазія шкіри.

***Яке лікування треба запропонувати хворому?***

- A. Кортикостероїдні та нестероїдні протизапальні креми
- B. Діатермокоагуляція елементів
- C. Антибактеріальна терапія
- D. Повторне лікування корости
- E. Тільки нагляд

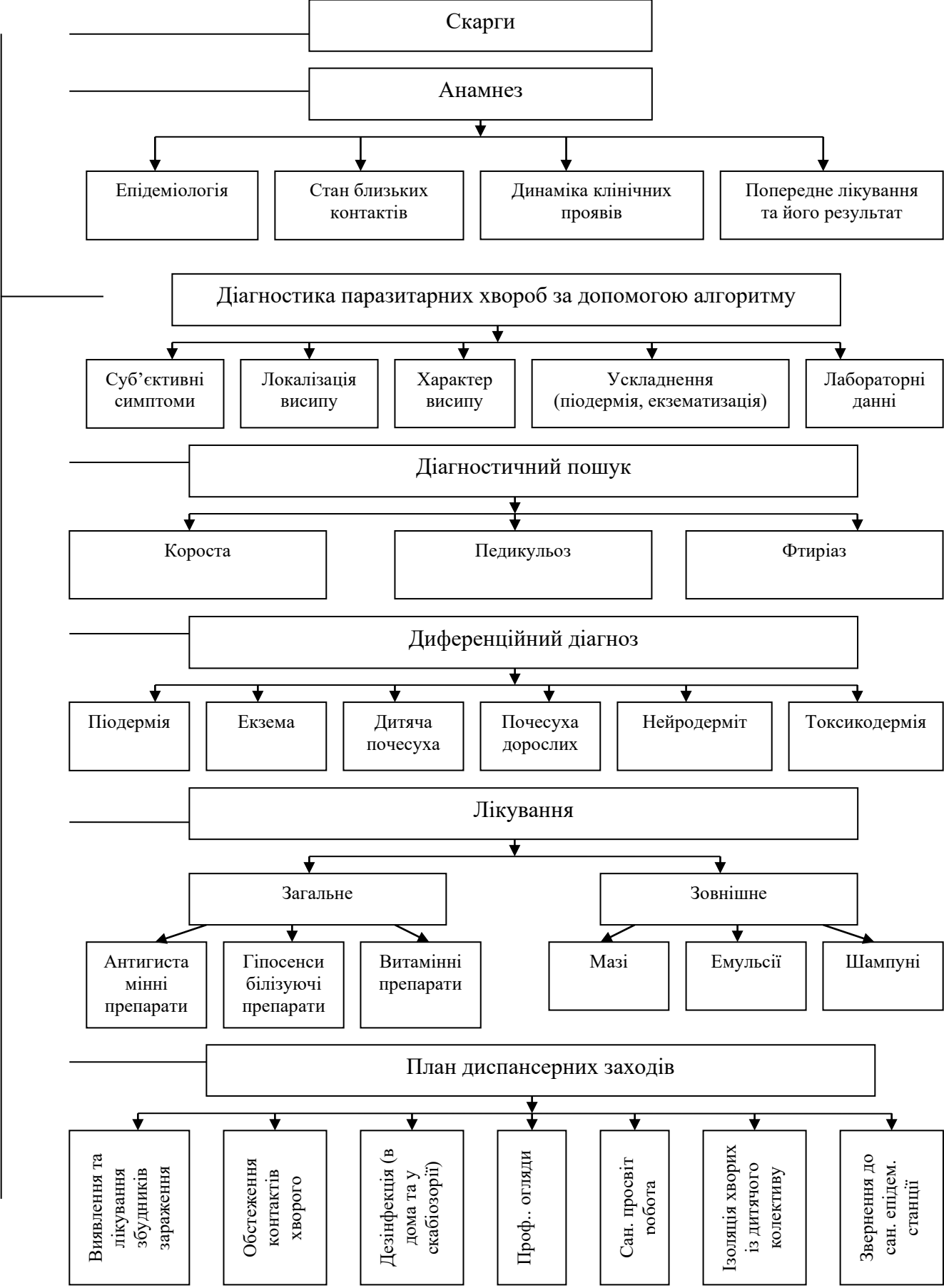
#### **Завдання №5**

Пацієнт після курсу терапії з приводу корости з'явився на перший контроль.

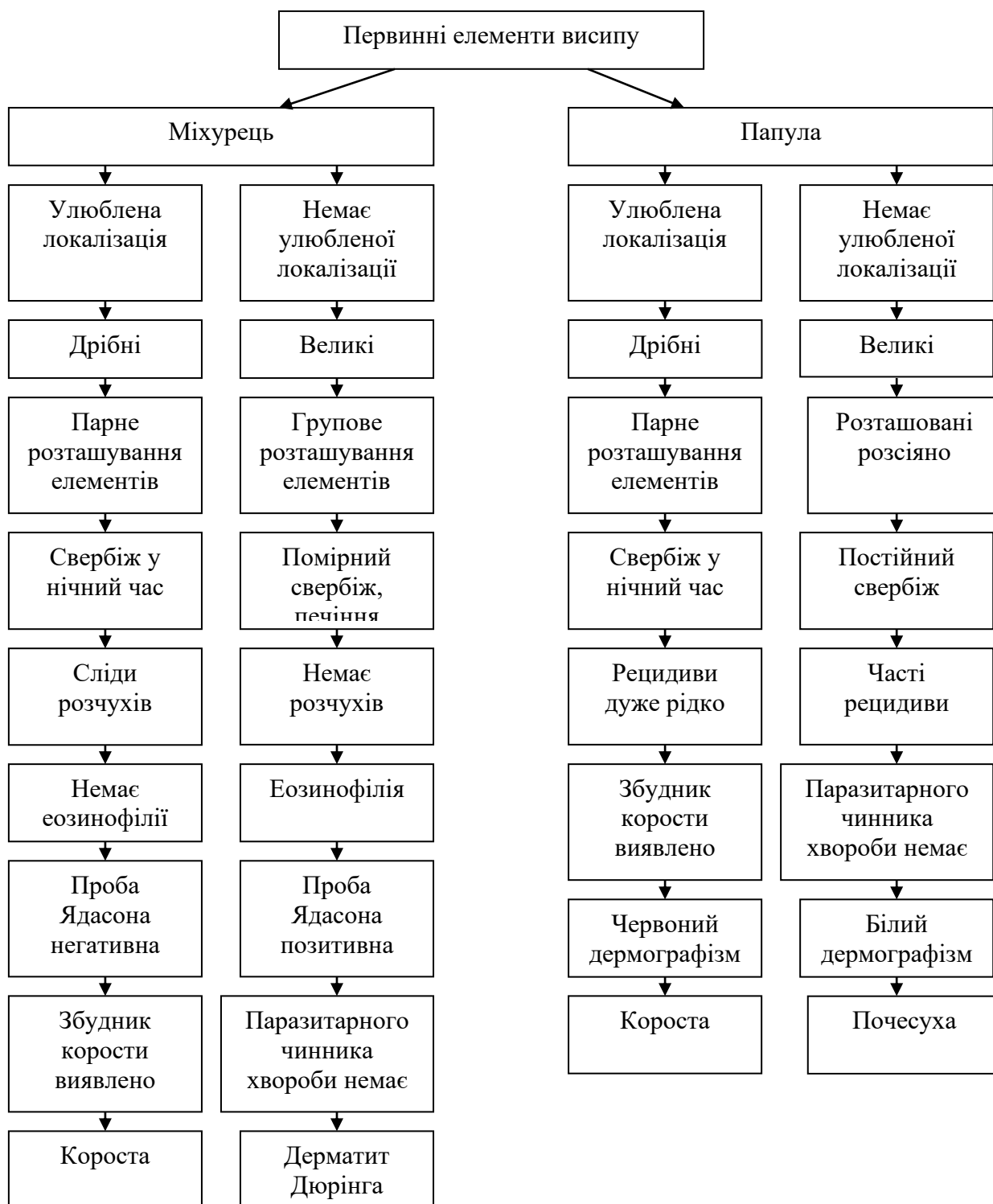
***Протягом якого часу проводиться контроль ізлеченості корости?***

- A. 5 днів
- B. 2 тижні
- C. 1 місяць
- D. 1,5 місяця
- E. 2 місяці

**Граф логічної структури  
до теми „Паразитарні хвороби шкіри”**



## Діагностичний алгоритм до теми: “Паразитарні хвороби шкіри (короста)”





## **Література**

### **Основна:**

- 1.Скрипкин Ю.К. Шкірні і венеричні хвороби: Навчальний посібник для студентів педіатричних факультетів медичних інститутів - М.: Тріада, 2000, - 688с.
- 2.Адаскевич В.И. Захворювання, що передаються статевим шляхом. - Вітебськ: Вітебський медичний інститут, 1997. - 310с.
- 3.Зудин Б.И. Шкірні і венеричні хвороби. - М.: Медицина, 1990 214с.

### **Додаткова:**

- 1.Айзятулов Р.Ф. Сифіліс. - Донецьк: Донеччина, 1998. - 227С.
- 2.Венеричні хвороби // Керівництво для лікарів - під ред. О.К. Шапошникова. - М.: Медицина, 1992. - 554с.

### **Електронні ресурси:**

- 1.[http:// www.umsa.edu.ua](http://www.umsa.edu.ua)
- 2.[http:// www.compedium.com.ua](http://www.compedium.com.ua)
- 3.<http://ukrmed.org.ua>
- 4.[http:// www.derma - don.org.ua](http://www.derma-don.org.ua)
- 5.[http:// www.medicina.kharkov.ua](http://www.medicina.kharkov.ua)

Методичні рекомендації підготував  
доц. мед.н., асистент

\_\_\_\_\_Емченко Я. А.