

**ИНФЕКЦИЯЛЫҚ ПАРАЗИТАРЛЫ ТЕРІ  
ДЕРМАТОЗДАРЫ (ПЕДИКУЛЕЗ,  
ЖҰҚПАЛЫ МОЛЛЮСК)**



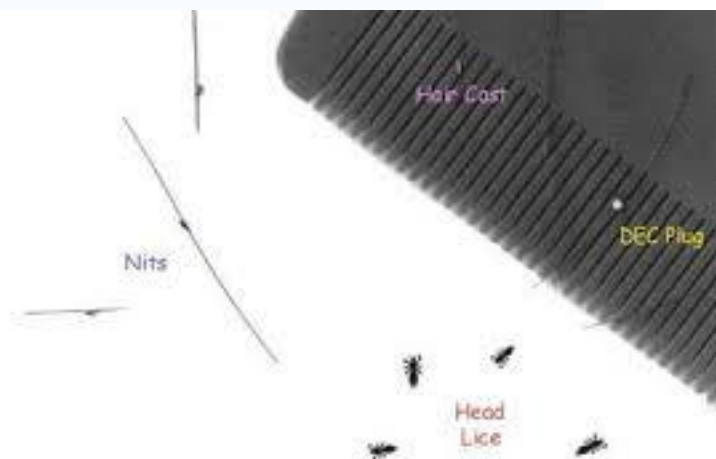
ОРЫНДАҒАН: КУНАКБАЕВА С.  
ФАКУЛЬТЕТ: АиГ  
КУРС: 7  
ТОП: 702-1



# Педикулез — биттер түрімен шақырылатын паразитарлы дерматоздар тобы.



# Вошь – это мелкое бескрылое насекомое



Бас биті сұрғылт түсті, еркегі-2-3, ұрғашысы 2,4-4,0 мм. Бастың шашты бөлігінде олар жұмыртқалайды. Сіркелердің ұзындығы 0,8. олар хитинді затымен шашқа нық бекінеді.



Киім-кешек биті: еркегі 2 ден 3,75мм дейін, ұрғашысы 2,2-4,75 мм.





## Клиника

**Бас биті:** локализациясы-шүйде, самай бөлігінде. Сіркелер шаш фолликуласының сағасында табылады. Биттер қышу шақырады, сонын әсерінен эксфолиациялар пайда болады. Кейде екіншілік инфекция қосылуы мүмкін.

**Қасаға биті:** қасаға, аралықтакейде қлтық астында орналасуы мүмкін. Шаш фолликуласының сағасына қатты бекінеді. Бұларға тән көк немесе көгілдір дақтар тән.





## Для лечения педикулеза необходим комплексный подход

Биттермен күресудің негізгі әдісі-химиялық. Бұл мақсатта әр түрлі дәрілік формадағы педикулоцидтер қолданылады-ерітінділер, эмульсиялар, аэрозольдер.



- Медифокс
- Ниттифор
- Педиллин
- Пиретрум
- Спрей пакс
- Пара плюс
- бензилбензоат



# Лица, у которых обнаружен головной педикулез, должны быть обследованы и в плане возможного заражения другими видами вшей

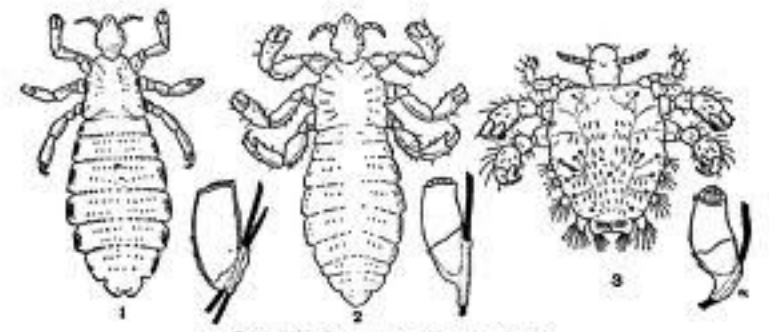


Рис. 191. Вши и их яйца (гунды):  
1 — головная (*Pediculus humanus capitis*); 2 — телесная (*P. h. vestimentis*); 3 — лобковая (*Phthirus pubis*).

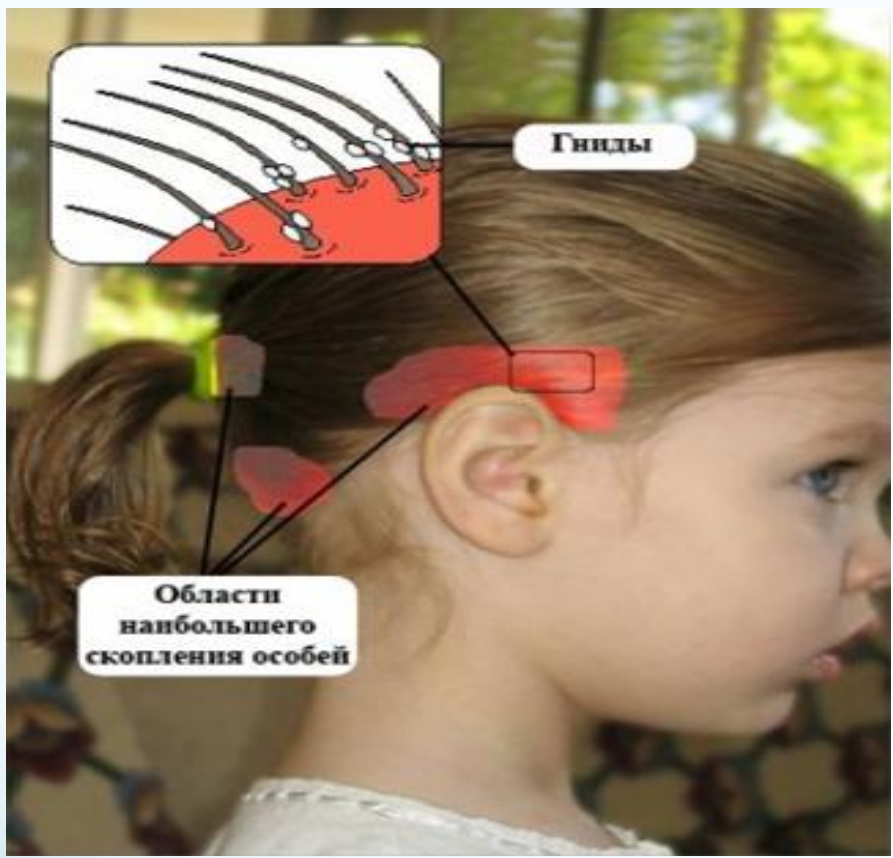




**В случае выявления больного педикулезом проводится работа с его ближайшим окружением в детском коллективе, классе и дома среди совместно проживающих родственников и соседей.**







**За минуту вошь может пробежать до 20 - 35 см.**

Жұқпалы моллюск — эпидермистің вирусты инфекциясы. Қоздырғышы — *Molitor hominis*. Инфекция науқаспен қатынас кезінде немесе тұрмыстық қолданыстағы заттар арқылы беріледі. Инкубациялық кезең екі аптадан бірнеше айға дейін.

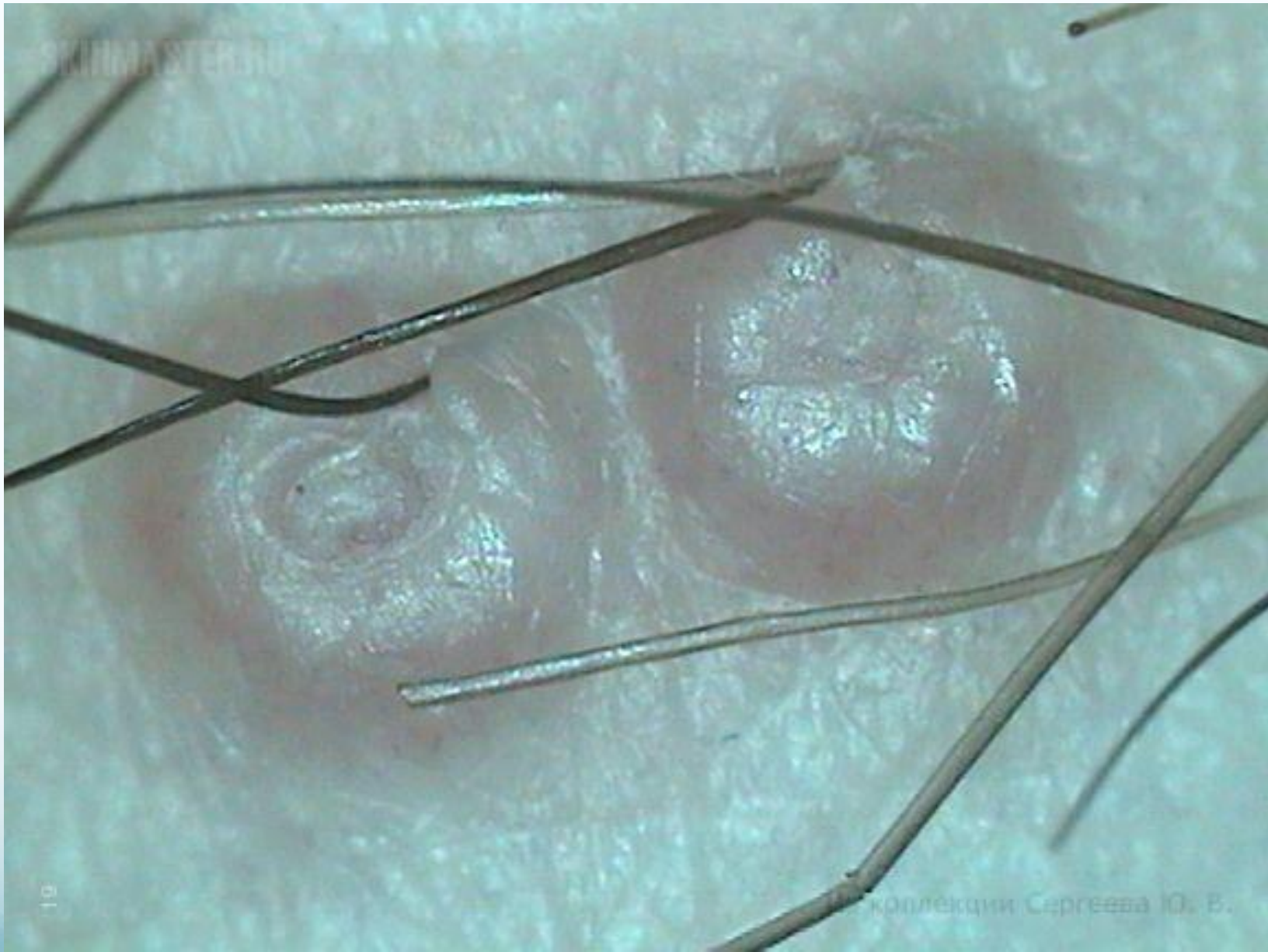
# СИМПТОМЫ

**Түйіншек** диаметрі 1-8 мм дейін, тері түстес, жарты шар пішінді, ортасында кіндік тәрізді ойыс, ірімшік тәрізді құрамды. Микроскопияда дегенеративті эпителиальды жылтыр сопақ жасушалар, ішінде үлкен протоплазматикалық қосындылар (моллюск денешіктері). Субъективті шағымдар болмайды. Түйіншектер біреу немесе диссеминирленген болуы мүмкін. Балаларда түйіншектер көбінесе бет, мойын, кеуде терісінде, білекте орналасады. Ересектерде сыртқы жыныс органдарында, қасаға мен іш терісінде орналасады. Демек бұл бізге жыныстық берілу жолы жайлы айтады. Контагиозный моллюск у людей с нормальной иммунной системой обычно исчезает спонтанно по истечении нескольких месяцев или лет.

У больных **СПИДом** или другими заболеваниями, поражающими иммунную систему, повреждения, связанные с воздействием контагиозного моллюска, могут быть более экстенсивными.

Жұқпалы моллюсктың бірнеше клиникалық формасы болады:

1. *Molluscum contagiosum miliare*-көп ұсақ бөртпелер түрінде
2. *Molluscum contagiosum pediculatum*-аяқшасы бар моллюск түйіншектері. Бөлек орналасқан түйіншектер қосылғанда гигантты моллюсктар түзіледі.



При надавливании из центрального углубления выделяется белесая кашицеобразная масса.

Рассасывающиеся элементы окружены ободком гиперемии. Форма. круглая, овальная, полусферическая.

Цвет: жемчужно-белый, розовый, цвет нормальной кожи. У темнокожих после лечения и самопроизвольного рассасывания высыпаний возможна поствоспалительная гиперпигментация.



# Дифференциальный диагноз

Множественные мелкие элементы- плоские бородавки, остроконечные кондиломы, сириногома, гиперплазия сальных желез.

Одиночный крупный элемент - кератоакантома, плоскоклеточный рак кожи, базальноклеточный рак кожи, имплантационная киста.

Множественные мелкие элементы на лице у ВИЧ-инфицированного- криптококкоз, гистоплазмоз, кокцидиоидоз, пенициллиоз.



# Дополнительные исследования

## Микроскопия

Из отделяемой роговой массы готовят мазок. При окраске по Гимзе видны внутриклеточные цитоплазматические включения — моллюсковые тельца.

## Патоморфология кожи

Грушевидные выросты эпидермиса вклиниваются в дерму. В кератиноцитах содержатся крупные цитоплазматические включения. В клетках базального и шиповатого слоев эти включения одиночные, представляют собой мелкие овальные эозинофильные структуры. Иногда поражаются волосяные фолликулы.

# Диагноз

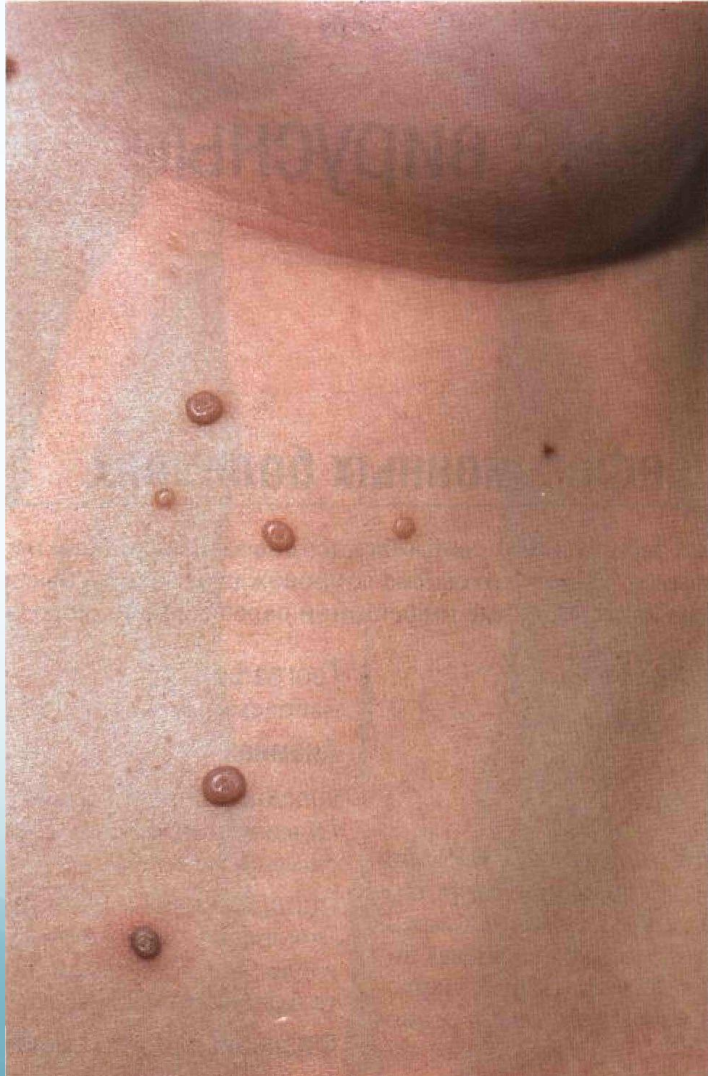
Обычно достаточно клинической картины. При ВИЧ-инфекции для исключения глубоких микозов показана биопсия

# Течение и прогноз

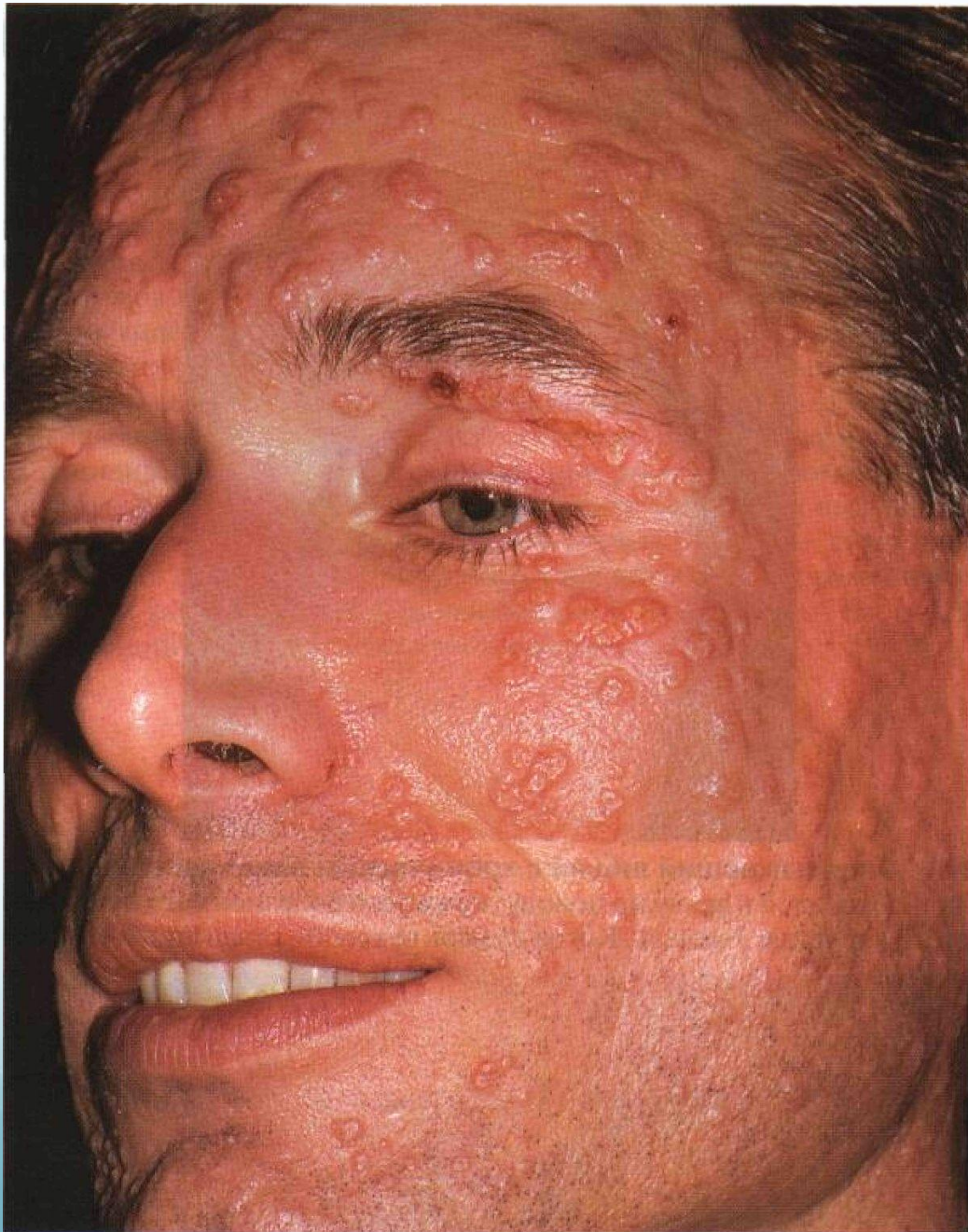
При нормальном иммунитете заболевание проходит самостоятельно. У ВИЧ-инфицированных высыпания нередко прогрессируют даже в ходе лечения, приводя к косметическим дефектам (особенно при локализации на лице).

## Лечение

Хирургическое. Небольшие элементы выскабливают кюреткой, что почти безболезненно. Криодеструкция. Эффективный и не очень болезненный метод. Жидкий азот наносят тампоном или распылителем в течение 10—15 с. Электрокоагуляция. При множественных высыпаниях и крупных элементах, не поддающихся криодеструкции (особенно у ВИЧ-инфицированных), методами выбора становятся электрокоагуляция и лазерная терапия. Перед удалением мелких элементов кожу смазывают кремом с лидокаином и прилокаином; в остальных случаях нужна инфильтрационная анестезия лидокаином. Гигантские элементы, иногда простирающиеся вглубь до подкожной клетчатки, удаляют в несколько этапов.



Контагиозный моллюск: гигантский элемент. На верхней губе виден большой одиночный узел, по цвету не отличающийся от окружающей кожи. В центре узла имеется углубление, заполненное роговыми массами. В данном случае контагиозный моллюск оказался первым симптомом СПИДа. Больной заразился ВИЧ при переливании крови



Контагиозный моллюск:  
множественные элементы.  
Обильные высыпания на лице  
больного СПИДом мужчины



## Источники используемые при подготовке материала :



1. А.И. Новиков, Э.А. Логинова «Болезни кожного и паразитарного происхождения» Руководство для врачей Москва Медицинская книга.
2. Кожные болезни Диагностика и лечение. Томас П. Хэбиф Москва «Медпресс – информ» 2006
3. Современные аспекты диагностики, лечения и профилактики кожных и венерических заболеваний. Владивосток, 1992, с.17.
4. Девять мифов о чесотке Леонид Щеботанский, Олеся Сосницкая, 25.2.2009
5. Независимое издание для практикующих врачей «Актуальность проблемы педикулеза»
6. «Инфекционные болезни и эпидемиология»- В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И. Брико, Б.К. Данилкин.
7. Т.В. Соколова, Ю.В. Лопатина «Паразитарные дерматозы»
8. Кожевников П.В. Общая дерматология
9. Г.Т. Павлова «Многотомное руководство по дерматовенерологии»