

Термін	Визначення
Короста	- 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. при корості
Джерело зараження	- хвора людина. Розрізняють <i>прямий</i> (переважає) : статевий контакт, перебування на одному ліжку, догляд за хворими, масаж та <i>непрямий</i> : постільна білизна, одяг, рукавички, рушники, мочалки
Інкубаційний період	- становить 8-12 днів
Клінічний перебіг	- 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 підошвах.
Основні ознаки корости:	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.
Типова (класична) –	- перебіг класичний: свербіж вночі, парна вузликова висипка, коростяні ходи, розчули, перлинні везикули, прурігінозні папули, виразки на статевих органах, коростяні вузлики в ділянці калитки, пупка.
Атипова (малосимптомна, доглянута, короста охайних людей)	- відрізняють у останні роки. Характеризується незначним свербіжем 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.
Короста дітей	- характеризується особливістю клінічної картини: нетипова локалізація висипки, переважання ексудативних елементів висипки (крупні пухирі з прозорим вмістом та коростяним ходом на покришці),

	часті ускладнення піодермією та екзематизацією.
Вузликова короста (постскабіозна лімфоплазія шкіри)	-характеризується наявністю червоно – рожевих або жовтувато - 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.
Норвезька короста (крустозна)	- виникає рідко у осіб з хворобою Дауна, астенією, лепрою, генералізованим кандидозом, імунодефіцитними станами. Характеризується появою на тілі масивних кіркових та гіперкератотичних нашарувань, товщина яких може бути 2-3 см. Кірки розташовуються дифузно у вигляді рогового панциру, поверхня кірок вкрита тріщинами та бородавчастими розростаннями, під якими знаходиться велика кількість коростяних кліщів (до 200 кліщів на 1 см ²). 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.
Псевдосаркоптоз (псевдокороста)	- 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.
Ускладнення корости	<i>запальні:</i> -остіофолікуліт, -фолікуліт, -фурункул, -ектима, -лімфангіт, -лімфаденіт, -сепсис; <i>алергічні та імунокомпоненті:</i> -алергічний дерматит, -кропив'янка, -гострий гломерулонефрит
Діагностика	1) метод діставання голкою; 2) метод тонких зрізів лезом; 3) метод пошарового зіскребу; 4) метод лужного препарування шкіри
Лікування	Місцеве : мазь Вількінсона, сірчана мазь (10-33%), 5% перметринова мазь, метод Дем'яновича, 10-20% суспензія бензилбензоату, аерозоль „Спрегаль”. Загальне: 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 t не менш ніж 55 °C, а також аерозолем „А - Пар”.
Протиепідемічні заходи:	- 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.
Демодекоз	– 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.
Клініка.	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 себорейних явищ з'являються фолікулярні вузлики та розсіяні пустули) та перорального дерматиту. 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.
Діагноз	- підтверджується мікроскопічно при виявленні збудника у зшкрібі зі шкіри обличчя , секреті сальних залоз, на волоссях повік.
Диференціюють	з рожевими вугрями, горбиковим сифілідом, дискоїдним червоним вовчаком, пероральним дерматитом.
Лікування.	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.
Вошивість	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.
Педикульоз голови	– характеризується наявністю паразитів на волосистій ділянці голови (скроні та потилиця), а іноді на бровах, віях, бороді, вусах. Головну вошу можна побачити ad oculum 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.
Клінічна картина	- 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 вушних раковин, шию, лоб, збільшуються регіонарні лімфовузли.
Педикульоз тулуба	- 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.
Педикульоз лобка	- 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.
Ускладнення:	1. Гноячкові: остіофолікуліти, фолікуліти, фурункул

	2. <i>Алергічні</i>: алергічний дерматит, екзематизація 3. <i>Неврастенія</i>
Діагностика	- базується на виявленні дорослих вошей та гнид на волоссях, білизні. При знаходженні яких потрібно негайно повідомити СЕС про наявність вогнища зараження та почати лікування.
Диференціальну діагностику	- проводять з: укусами інших комах, залишками лаку чи гелю на волоссі, обмежений нейродерміт, імпетиго, пахвинною дерматофітією, контагіозним моллюском, стійкою дисхромічною еритемою, вторинним сифілісом).
Лікування	1) головної педикульоз – нанесення 20% емульсії бензилбензоату (дітям – 10%) під косинку з подальшим споліскуванням гарячою водою з милом або шампунем; обробка 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. 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”. 3) лобковий педикульоз – використовують 10–25% сірчану мазь, 25% емульсію бензилбензоату, лосьйон „Скабікар”, аерозоль „Спрей – пакс”.
Протиепідемічні заходи	- ізоляція, лікування та подальше диспансерне спостереження за хворими ; масові профілактичні огляди ; виявлення джерела

	зараження; дезинфекція одягу, білизни; дотримання правил особистої гігієни ; санітарно-просвітня робота.
--	--