

Государственное бюджетное образовательное учреждение
среднего профессионального образования города Москвы
«Медицинское училище № 19. Департамента здравоохранения города Москвы»

Внеаудиторная самостоятельная работа
Презентация

По дисциплине: «Сестринское дело в дерматовенерологии»
Тема: «Лепра»

Специальность : «Сестринское дело (160109)»
Курс IV
Семестр VII



Автор: студентка гр. 41м11
Пузанова Алёна Андреевна

Содержание

- 1.** Что такое лепра?
- 2.** История лепры.
- 3.** Классификация групп лепры.
- 4.** Причины лепры.
- 5.** Эпидемиология лепры.
- 6.** Патогенез.
- 7.** Клинические проявления лепры
 - Ранняя лепра
 - Туберкулоидная лепра
 - Лепроматозная лепра
 - Пограничная лепра
 - Реактивные состояния
- 8.** Осложнения лепры.
- 9.** Диагноз и дифференциальный диагноз.
- 10.** Лечение лепры.
- 11.** Профилактика лепры.
- 12.** Прогноз при лепре.
- 13.** Литература/сайт.

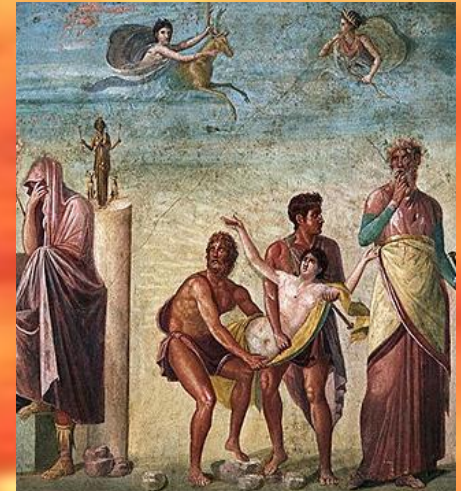
Что такое лепра?

хроническая генерализованная инфекционная болезнь, вызываемая микобактериями лепры; характеризуется поражением кожи, слизистых оболочек, периферической нервной системы, внутренних органов.



История лепры

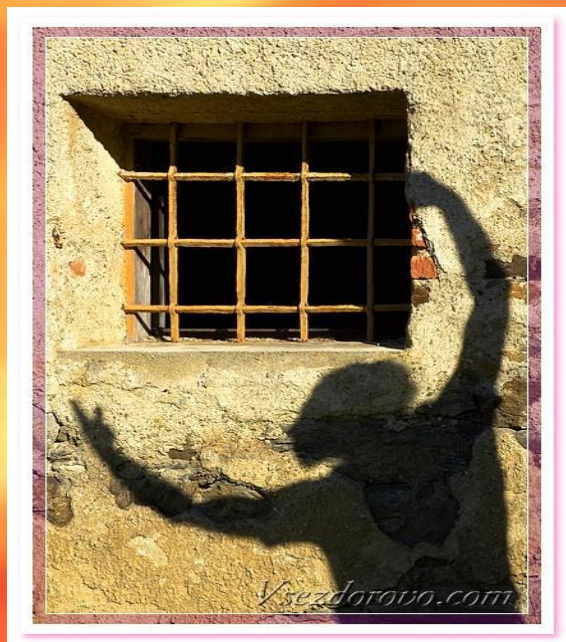
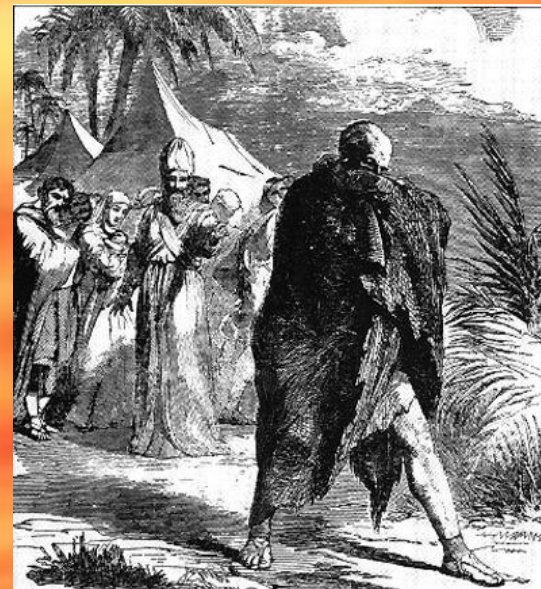
В европейских странах лепра впервые встречается в **V-III** в. до н. э. прежде всего в Греции и Италии, куда она была завезена из Египта, Финикии и стран Азии в результате развития торговых связей, войн и других передвижений народов. Распространению лепры в Европе способствовал массивный занос ее в **I** в. до н. э. римскими солдатами Помпея, возвращавшимися из длительных походов в страны Юго-Восточной Азии. В Южную и Центральную Америку лепра была занесена европейцами в **XVI-XVII** вв. В первых упоминаниях о лепре европейских авторов болезнь называлась «монтиазис».



Наиболее полно клинические симптомы заболевания описаны в Европе во **II** в. врачами Ареетем и К. Галеном, который выделил шесть основных признаков лепры: воспаление кожи, язвы, утолщение нижних конечностей, львиное лицо, выпадение волос, мутиляции.

В Европе болезнь длительное время фигурировала под названием эфантиаз. Только в **III** в. христианский богослов Ориген, указал на то, что название эфантиаз соответствует библейскому названию "**zaraath**", а поскольку **70** толковников, переводившие Библию в **III** в. до н. э. на греческий язык, перевели термин "**zaraath**" словом "**lepra**", болезнь следует называть "лепра".

Необратимая инвалидизация больных и неизвестность причин развития болезни на протяжении многих веков внушали человечеству ужас перед лепрой. Трагична была судьба больных: стать "прокаженным" в те годы означало гражданскую смерть, изгнание из общества.



В конце **XIII** в. и в начале **XIV** в. широко проводилась изоляция больных в специальные лечебные учреждения - лепрозории, являвшиеся в то время фактически местом пожизненного заключения больных, попытки покинуть лепрозорий сурово наказывались, вплоть до смертной казни.

Классификация групп лепры

- 1. TT** - туберкулоидный тип (синонимы: полярный туберкулоид, полярная туберкулоидная группа);
- 2. BT** - погранично-туберкулоидная группа (пограничный туберкулоид);
- 3. BV** - пограничная лепра (пограничная группа);
- 4. BL** - погранично-лепроматозная группа (пограничный лепроматоз);
- 5. LL** - лепроматозный тип лепры (полярный лепроматоз - полярная лепроматозная группа).

Все группы отличаются характерными клиническими проявлениями, течением, прогнозом, а также эпидемиологической значимостью.

Причины лепры

Возбудители заболевания - микобактерии лепры, которые по некоторым признакам напоминают возбудителей туберкулеза. Однако, в отличие от этого заболевания, профилактическая вакцина против лепры пока не создана.



Лепра признана малозаразным заболеванием. Считается, что она может передаваться от больного к здоровому человеку путем длительного, повторного контакта, сопровождающегося повышенной иммуногенетической восприимчивостью.

Признанный путь передачи - воздушно-капельный, однако говорится также о возможности заражения и через кожу (при ее повреждении).

Эпидемиология лепры

Считается, что лепра передается несколькими путями:

- вдыхание зараженных частиц при разговоре, чихании, кашле (общение с больными).
- прямой контакт с зараженной почвой (сельское хозяйство, строительство).
- передача кровососущими насекомыми (в экспериментах с москитами).
- использование грязных инструментов (салоны тату, больницы).

Известные факторы риска лепры включают:

- генетическая мутация в участке **q25 6**-й хромосомы, обуславливающая восприимчивость.
- проживание или командировки в опасные регионы (Индия, Китай, Непал, Египет).
- разведение некоторых экзотических животных (шимпанзе, броненосцы).

Патогенез

Воротами инфекции является кожа и слизистая оболочка верхних дыхательных путей. От момента внедрения микробов до появления первых проявлений чаще проходит от **3** до **5** лет, но иногда и несколько десятилетий. Лишь у **10-20%** инфицированных лиц развиваются малозаметные признаки инфекции и лишь у половины из них (т. е. у **5-10%** инфицированных) в дальнейшем формируется развернутая картина болезни.

Развитие определенной клинической формы связывают с генетическими особенностями организма. Даже при интенсивной гематогенной диссеминации возбудителя деструктивные процессы ограничиваются кожей, периферическими нервами, передними отделами глаза, яичками, верхними и нижними конечностями.

Особенно часто поражается локтевой нерв около локтевого сгиба. При лепроматозной форме лепры микобактерии обнаруживаются в печени, селезенке, костном мозге.

Клинические проявления лепры

- Ранняя лепра.
- Туберкулоидная лепра.
- Лепроматозная лепра.
- Пограничная лепра.
- Реактивные состояния.

Ранняя лепра.

Первые признаки лепры обычно обнаруживаются на коже и выражаются одним или несколькими гипопигментированными или гиперпигментированными бляшками или пятнами.



При тщательном обследовании этого участка устанавливают поражение кожи. При обследовании лиц, входивших в контакт с больным, у них, особенно у детей, часто выявляют единичный кожный очаг. Обычно это участок с пониженной чувствительностью, который может самопроизвольно устраниваться в течение года или двух, но и в этом случае рекомендуется специфическое лечение. Чувствительность в области ранних очагов часто сохраняется, особенно если они расположены на коже лица.

Туберкулоидная лепра.

Ранняя туберкулоидная лепра часто проявляется четко отграниченными пятнами гипопигментации кожи с пониженной чувствительностью. Позднее очаги увеличиваются в размерах, края их приподнимаются и закругляются или приобретают кольцевидную форму.



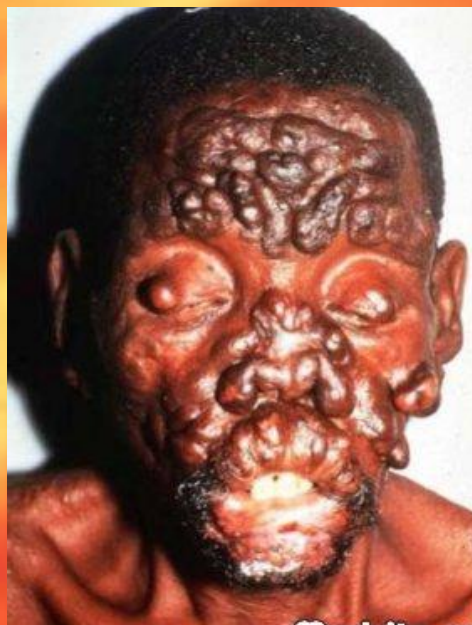
Полностью развившиеся очаги совершенно утрачивают чувствительность и нормальные кожные образования (потовые железы и волосяные фолликулы). Очаги, как правило, единичные или немногочисленные и несимметричные. Нервы рано вовлекаются в патологический процесс, и поверхностные, идущие от очага поражения, могут увеличиваться в размерах.

Увеличенные периферические нервы (особенно локтевой, малоберцовый и большой ушной) могут пальпироваться и увеличиваются настолько, что становятся видимыми, в особенности те, которые расположены в непосредственной близости от очагов поражения на коже. Поражение нервов ведет к атрофии мышц, особенно малых мышц кисти.



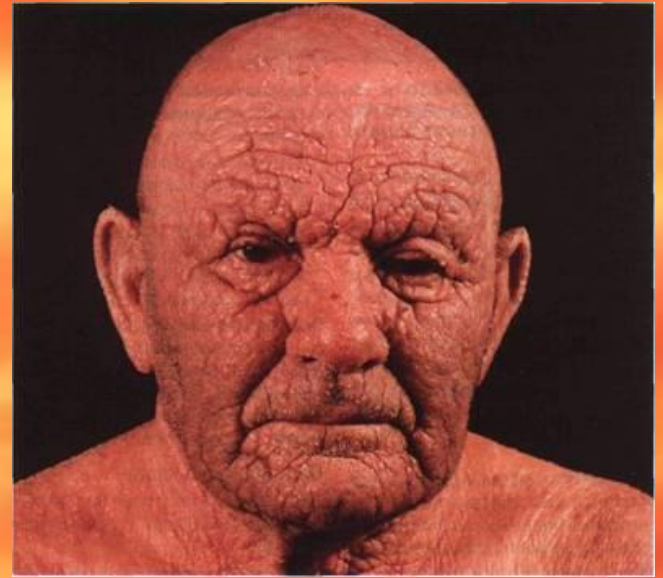
Лепроматозная лепра.

Кожные очаги поражения проявляются в виде пятен, узлов, бляшек или папул. Границы очерчены неясно, а центральные отделы очагов, приподнятых над поверхностью кожи, уплотненные и выпуклые, а не вогнутые, как при туберкулоидной форме болезни.



Излюбленные участки локализации очагов—это лицо, уши, запястья, локтевые суставы, ягодицы и колени. Вовлечение того или иного участка в патологический процесс с развитием инфильтрации, небольшим образованием узелков или без него может прогрессировать настолько неувлимо, что заболевание протекает незаметно.

Выпадают брови, особенно боковые участки. Значительно позднее кожа лица становится утолщенной и сморщивается (львиное лицо), а ушные мочки отвисают.



Перфорация носовой перегородки и образование впадины в средней части спинки ведут к развитию седловидного носа. В результате поражения переднего отдела глаза развиваются кератит и иридоциклит. Наблюдается безболезненная лимфаденопатия паховых и подмышечных лимфатических узлов. У взрослых мужчин инфильтрация и рубцевание яичек приводят к стерильности. Обычным симптомом является гинекомастия.

Пограничная лепра.

Для пограничной лепры характерна возрастающая вариабельность в характеристике кожных очагов, что обуславливает название диморфная лепра. Папулы и бляшки могут сосуществовать с пятнистыми очагами.



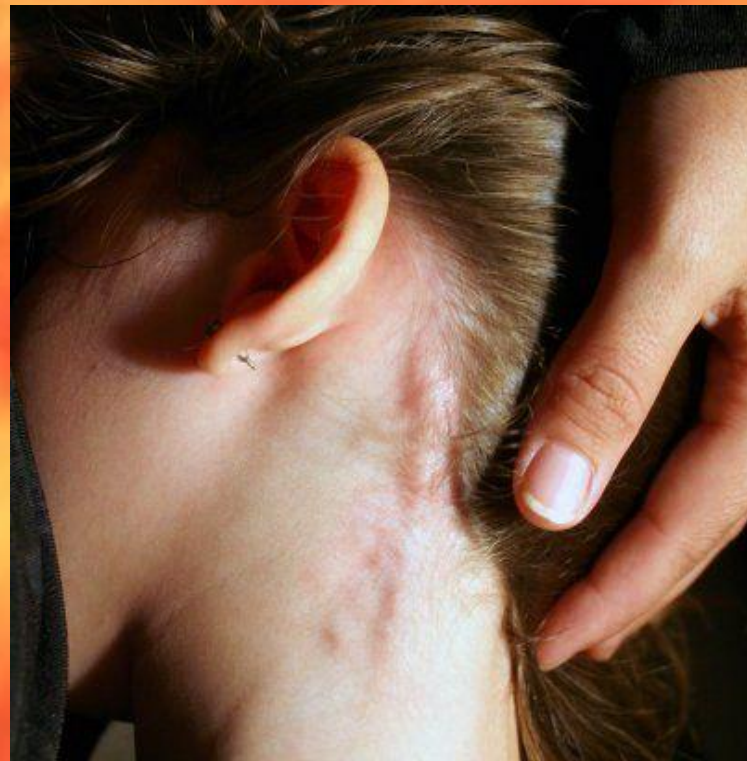
Погранично-лепроматозная форма характеризуется в значительной степени гетерогенными и относительно симметричными кожными очагами. Мочки ушей могут быть слегка утолщены, но брови и область носа изменены мало.



РЕАКТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ

Лепрозная узловатая эритема, или лепрозная реакция **2**-го типа, наиболее часто наблюдается у больных лепрозной и погранично-лепрозной лепрой во второй половине первого года лечения.

Обычно выявляются множественные болезненные, воспаленные подкожные лимфатические узлы. Каждый узел сохраняется в таком состоянии в течение **1—2** нед, но возможно появление, и новых увеличенных узлов. Тяжелая лепрозная узловатая эритема сопровождается небольшим повышением температуры, лимфаденопатией, артралгиями.



Переменная реакция, или лепрозная реакция **1**-го типа, может осложнять все три пограничных формы заболевания. В существующих кожных очагах развиваются эритема и отечность, могут появиться новые очаги поражения.



Переменную реакцию можно дифференцировать от прогрессирования заболевания или рецидива с помощью заражения мышей для определения жизнеспособности микобактерий, а также с помощью гистологических исследований.

Ослабевающие реакции, которые клинически напоминают переменную реакцию, наиболее часто наблюдаются у не леченых больных и у женщин во время **III** триместра беременности.

Осложнения лепры.

При затяжном течении болезни могут возникнуть такие последствия:

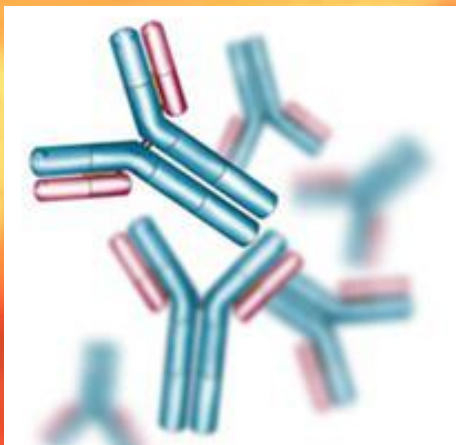
- потеря кожной чувствительности, начинающаяся с рук и ног;
- необратимое повреждение нервов конечностей и лица;



- прогрессирующая мышечная слабость;
- обезображивание лица, туловища, рук и ног.

Диагноз и дифференциальный диагноз.

Подтверждением диагноза является обнаружение кислотоустойчивых микобактерий в материале из кожных очагов, полученных методом соскоба-иссечения, гистологическое исследование биоптатов кожи (особенно доказательным являются признаки поражения периферических нервов).



Разработаны серологические методы, позволяющие выявлять специфические антитела у **50-95%** больных лепрой.

При дифференциальной диагностике также следует учитывать такие заболевания, как:

- красная волчанка, обыкновенная волчанка;
- саркоидоз,
- фрамбезия,
- кожный лейшманиоз.



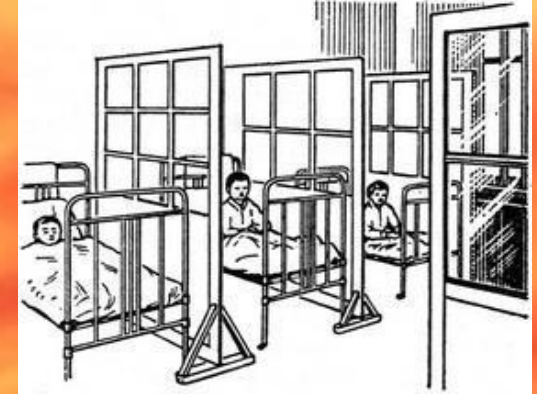
Признаки лепры имеют много общего с периферической невропатией, вызванной другими причинами, а также синингомиелией, хотя поражения кожи не характерны для других заболеваний, вызывающих периферическую невропатию. Комбинация хронического заболевания кожи и поражения периферических нервов должна всегда наводить на мысль о лепре.



Лечение лепры.

Лечение в специализированных лечебно-профилактических учреждениях - лепрозориях.

В зависимости от тяжести заболевания, больные находятся в лепрозории от нескольких месяцев до нескольких лет.



Основное лечение лепры – применение антибиотиков. Обычно против лепры применяют комбинацию антибиотиков рифампицина и дапсона, а мультибациллярную форму лепры лечат, добавляя к этой паре третий препарат – клофазимин. Прием антибиотиков длится как минимум **6-12** месяцев.



Профилактика лепры.

Периодически осматривают членов семей заболевших, особенно детей, и проводят профилактические осмотры всех жителей населенных пунктов, неблагополучных по лепре.



Контактным по лепроматозной лепре лицам назначают дапсон.

В эндемических по лепре очагах детям и лицам с лепронегативными реакциями, имевшими контакт с больными лепрой, в целях иммунопрофилактики вводят вакцину БЦЖ.



Прогноз при лепре.

LEPRA

Только в случае, если начать лечение после того, как разовьются деформации и трофические язвы, могут наступить необратимые последствия, которые сделают человека инвалидом. То есть, основными условиями выздоровления являются своевременные диагностика и начало специфического лечения.



В целях привлечения внимания мировой общественности к заболеванию лепрой, начиная с **1954** года, последнее воскресенье января признано Всемирным днем помощи больным лепрой. Хочется верить, что совместными усилиями мировой медицинской общественности и простых граждан удастся если не победить эту страшную болезнь окончательно, то создать для тех, кто от нее страдает, возможности для полноценной жизни.

Литература/сайт:

infectology.ru

<http://medkarta.com>

<http://www.erom.ru>

<http://www.infectology.ru>

<http://www.eurolab.ua>

<http://www.rusmedserver.ru>

<http://istoriya-bolezni.ru>