

Паразитарные болезни кожи.

Чесотка.

Данилова А.А., Федоров С.М.
ЦНИКВИ Минздрава РФ, Москва
[Русский медицинский журнал](#) 2001

Паразитарные заболевания кожи остаются актуальной проблемой дерматологии в связи с их распространенностью в настоящее время. Наиболее часто встречающимися паразитарными болезнями кожи являются заболевания, вызываемые клещами.

Паразитами называются организмы, которые питаются за счет особей другого вида и находятся постоянно или временно на его поверхности или внутри организма [1]. Организм, в котором постоянно или временно обитает паразит и за счет которого он питается, является хозяином.

Паразитами называются не только указанные организмы, но и те, которые приносят вред хозяину. В зависимости от места обитания паразитов в организме хозяина их подразделяют на экто- и эндопаразитов. Паразиты могут быть временные и постоянные. Временные паразиты находятся на хозяине лишь для приема пищи и в основном существуют вне хозяина. Имеются также ложные паразиты (псевдопаразиты), — свободноживущие формы, которые случайно попадают в организм и временно находятся в нем, питаясь за его счет. Постоянными паразитами являются живые организмы, которые всю жизнь на всех стадиях развития обитают на теле или в организме хозяина и иначе существовать не могут.

Отличительной особенностью паразитов является максимальная приспособляемость их к организму хозяина и особым условиям существования [1]. В процессе эволюционных изменений у них развилось множество приспособлений к специфическим условиям и особому образу жизни.

Окончательным, или дефинитивным, называется организм, в котором паразиты проходят весь жизненный цикл развития от яйца, нимфы, до половозрелой особи и размножаются половым путем. Паразиты для своего хозяина являются чужеродными организмами, патогенными в связи с секрецией и экскрецией различных веществ. При наличии одного постоянного хозяина и прохождении всех фаз развития в нем, патогенетические и иммунологические процессы могут быть разной интенсивности, так же как и влияние паразитов на организм хозяина. Незначительное влияние на организм хозяина встречается достаточно редко, наиболее часто наблюдаются выраженные поражения с развитием заболеваний и осложнений [1].

Защитные реакции организма хозяина:

- Гуморальные:
 - иммунные изменения.
- Тканевые:

- инфильтрация, отек, экссудативный процесс, осложнение вторичной инфекцией;
- сосудистая реакция.
- Клеточные:
 - воспалительная реакция;
 - гипертрофия клеток;
 - пролиферация клеток.

Существуют различные методы диагностики паразитарных поражений, которые включают микроскопическое, макроскопическое, патоморфологическое, электронно-микроскопическое исследования.

Паразитарные заболевания кожи развиваются как ответная реакция на воздействие паразитов. При этом выделяют глубокие (дерма, подкожно-жировая клетчатка) и поверхностные (поверхность эпидермиса, внутриэпидермально) паразитарные дерматозы.

Наиболее распространенными заболеваниями, вызываемые паразитарным поражением кожных покровов, являются [педикулез](#), [демодекоз](#) и чесотка.

Чесотка

Чесотка — наиболее часто встречающееся паразитарное заболевание кожи человека, возбудителем которого является клещ *Sarcoptes scabiei*.

Источник заражения чесоткой — больной человек, при этом имеется прямой и непрямой путь передачи возбудителя. Прямым заражением является передача возбудителя заболевания от человека к человеку в момент контакта. При непрямом пути передачи клеща заражение происходит через предметы общего и личного пользования.

Жизненный цикл чесоточного клеща представлен двумя периодами: репродуктивным и метаморфическим.

Репродуктивный цикл чесоточного клеща следующий: яйцо, имеющее овальную форму, откладывается самкой в чесоточном ходе, в котором затем вылупляются личинки. Чесоточный ход может сохраняться до 1,5 мес и служить источником заражения. Метаморфический период определяется появлением личинки, которая через ход проникает в кожные покровы и после линьки превращается в протонимфу, затем в телеонимфу, которая в свою очередь превращается во взрослую особь в папулах, везикулах, на кожных покровах.

Самка на коже передвигается с помощью двух передних пар ног, на которых имеются присоски. В роговой слой кожи чесоточный клещ проникает при помощи челюстей, концевых шипов передних пар ног. Самка питается зернистым слоем эпидермиса, прокладывает ходы в роговом слое эпидермиса. Кладка яиц в ходах происходит последовательно в ряд.

Чесоточный клещ имеет черепахообразную форму, размеры 0,35 x 0,25 мм. Самец по размерам значительно меньше самки.

Инкубационный период чесотки составляет от 8 до 12 дней. Начало процесса характеризуется зудом, который резко усиливается в вечернее время.

Зуд вызывается движением клеща, наиболее активным в вечернее время. При этом кожные покровы и нервные окончания раздражаются не только самим чесоточным клещом, но продуктами его жизнедеятельности, экскрементами, слюной и др. [1-3].

Клиническая картина чесотки представляет собой не только вышеописанные высыпания, но возможно появление эрозий, гемморагических корок, эскориаций, эритематозно-инфильтративных пятен. При осложнении кожных изменений вторичной инфекцией возникают импетигиозные элементы, пустулы, гнойные корки. Осложнением заболевания является образование постскабиозной лимфоплазии, как реактивной гиперплазии лимфоидной ткани.

Диагностическим критерием постановки диагноза чесотки является наличие чесоточных ходов, папул, везикул. Наиболее типичные поражения в виде ходов, серозных корок, папул, везикул появляются в области кистей, локтевых суставов, животе, ягодицах, молочных железах, бедрах. Также встречаются стертые формы чесотки, которые приводят к ошибочной диагностике и часто расцениваются как аллергодерматоз.

Выделяют отдельные формы чесотки: узелковую, чесотку у детей, норвежскую, псевдочесотку [3].

Диагноз чесотки устанавливается на основании клинических проявлений, эпидемиологических данных, результатов лабораторных исследований.

Лечение чесотки

Лечение чесотки проводится несколькими препаратами: спрегалем, 20% бензилбензоатом, 20% или 33% серной мазью, медифоксом.

Бензилбензоат - 20% раствор (эмульсия, мазь) наносят на кожные покровы в 1, 2, 4-й день, также со сменой белья, одежды, обработкой помещения.

Спрегаль (раствор эсдепалетрина и пиперонила бутоксида) наносят в вечернее время на кожные покровы пациента от шейной области до подошв и оставляют на 12 ч. После применения препарата необходимо тщательно вымыться. Спрегаль применяется во всех возрастных группах и не имеет противопоказаний. При необходимости возможно повторное использование препарата через 10-12 дней после первичной обработки.

При осложненной чесотке необходимо использование антигистаминных препаратов, наружно противовоспалительных, антисептических, стероидных мазей.

Необходимо проведение санитарной обработки вещей, одежды и помещений.

Для обработки белья, одежды, помещения применяется высокоэффективное средство А-Пар, который представляет собой сочетание эсдепалетрина и бутоксида пиперонила в аэрозольной упаковке. Входящий в состав препарата эсдепалетрин — пиретроид, воздействует непосредственно на нервную систему насекомого. При соединении с липидным основанием мембран нервных клеток насекомых нарушается катионная проводимость. Действие пиретроидов усиливается бутоксидом пиперонила. Средство высокоэффективно при лечении различных видов педикулеза, чесотки, при заражении случайными видами паразитов (блохами, клопами).

Препарат наносится на все поверхности одежды, мебели и постельные принадлежности, с которыми соприкасался пациент и которые не подлежат кипячению и обработке иным способом.

Профилактические мероприятия при чесотке включают обработку лиц, находящихся в контакте с больным, противочесоточными препаратами, дезинфекцию вещей и постельных принадлежностей [8]. В помещении проводится влажная уборка или дезинфекция работниками СЭС в день выявления больного и после окончания лечения. Медицинский контроль проводится в течение 1,5 мес [9].

См продолжение статьи:

[Паразитарные болезни кожи - демодекоз](#). Данилова А.А., Федоров С.М.

[Паразитарные болезни кожи - педикулёз](#). Данилова А.А., Федоров С.М.

Литература

1. [Большая медицинская энциклопедия](#), 1978; 18: 1883 —9.
2. Большая медицинская энциклопедия, 1978; 4: 1434 —8.
3. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни, руководство. М., Медицина, 1995; 456 —83.
4. Павлов С.Т. Кожные и венерические болезни, справочник. Медицина, 1969; 142 —3.
5. Зацепина Н.Д., Майчук Ю.Ф., Семенова Г.Я. Поражения глаз при демодекозе. Методические рекомендации, М., 1983; 3 —17.
6. Курдина М.И., Потеев Н.Н., Потеев С.Н. и соавт. Терапия розацеа. Вестн. дерматол., М., 1998; 16 —20.
7. Barnhorst D., Foster J., Chern K. The efficacy of topical metronidazole in the treatment of ocular rosacea. Ophthalmology 1996; 103 (11): 1880 —3.
8. Скрипкин Ю.К., Федоров С.М., Селицкий Г.Д. Вестн. дерматол., 1997; 22 —5.
9. Пономарев Б.А., Кулагин В.И., Селицкий Г.Д., Новик Д.К. Основные проблемы эктопаразитарной инфекции. Вестн. дерматол., 2000; 1: 39 —40.