

Паразитарные болезни кожи. Демодекоз.

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

Паразитарные заболевания кожи остаются достаточно актуальной проблемой в связи с их распространенностью. 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 внутри организма или на его поверхности [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. Паразиты могут быть постоянными и временными. Постоянными паразитами являются живые организмы, которые всю жизнь на всех стадиях развития обитают на теле или в организме хозяина и иначе существовать не могут. Временные паразиты находятся на хозяине лишь для приема пищи и в основном существуют вне хозяина. Имеются также псевдопаразиты, или ложные паразиты, — свободноживущие формы, которые случайно попадают в организм и временно находятся в нем, питаются за его счет.

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.

Дефинитивным, или окончательным, 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:

- Клеточные:
 - пролиферация клеток.
 - воспалительная реакция;
 - гипертрофия клеток;
- Тканевые:

- инфильтрация, отек, экссудативный процесс, осложнение вторичной инфекцией;
- сосудистая реакция.
- Гуморальные:
 - иммунные изменения.

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

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

Наиболее распространенными заболеваниями, вызываемые паразитарным поражением кожных покровов, являются педикулез, демодекоз и чесотка.

Демодекоз

Демодекоз — часто встречающаяся патология у человека и животных, вызванная клещами рода *Demodex*. В настоящее время из 65 видов и нескольких подвидов демодекса у людей обнаруживается только два: *Demodex folliculorum* и *Demodex brevis*. Каждый вид и подвид демодекса строго специфичен для своего хозяина.

Демодекоз, поражающий животных, заставляет принимать соответствующие меры в сельском хозяйстве, так как с ним связано поражение не только кожи и шкуры, но и внутренних органов животных.

Клещ железница (*Demodex folliculorum*) встречается наиболее часто, обнаруживается только у человека в волосяных фолликулах, сальных железах, вне хозяина его размножение прекращается [3]. Клещ жизнеспособен и вне хозяина при постоянной влажности и комнатной температуре в темноте до 9 сут. Оптимальная температура для развития клеща - 30—40°C, при температуре 14°C клещи находятся в состоянии оцепенения, а при 52°C быстро погибают. В воде насекомые сохраняются до 25 дней, в сухом воздухе погибают через 1,5 дня. Самая благоприятная питательная среда для демодекса — растительное масло, жир, вазелин.

Клещи имеют размеры 0,3—0,4 мм. В полости волосяного фолликула самки откладывают яйца, из которых через 60 ч вылупляется личинка, которая неподвижна и постоянно питается. Через 40 ч личинка превращается в нимфу 1, которая также малоподвижна и остается в фолликуле. Спустя 72 ч происходит превращение в нимфу 2, подвижную, перемещающуюся по кожным покровам, и через 60 ч — превращение во взрослую особь. Взрослая особь вновь попадает в фолликул и после откладывания яиц погибает. Жизненный цикл клеща составляет около 15 сут [5].

Если в организме хозяина имеются какие-либо патологические процессы: нейроэндокринные, желудочно-кишечные, психические, иммунные а также при наличии очагов хронической инфекции происходит сенсibilизация организма к клещу. В этой ситуации демодекс представляет собой химический, механический раздражитель, способствующий развитию и поддержанию патологического процесса. Кроме этого, нарушается симбиоз с коринебактериями и условно-патогенной флорой, что также

является пусковым фактором для развития заболевания. Возможно также бессимптомное носительство клеща при отсутствии патологии кожи. При массовом обследовании в ЦНИКВИ обнаружено 89% носительства паразита независимо от кожной патологии. Наибольшая активность демодекса на коже человека наблюдается в весенне-осенний период, что связано с повышенной инсоляцией, изменением температуры окружающей среды, иммунными и эндокринными изменениями. Наиболее часто клещ обнаруживается в области носо-губной складки, щек, носа, подбородка, достаточно редко — в области шеи и очень редко — в области спины и груди.

Клиническое проявление демодекоза разнообразны. Существуют кожные и глазные проявления заболевания. Необходимо различать непосредственно демодекоз и заболевания, течение которых усугубляет наличие клещей. Наиболее распространенные заболевания представлены в табл. 2.

Лечение демодекоза

Для выбора терапии имеет значение клиническая картина заболевания, наличие форм клещей, их количество. Необходимо также учитывать сопутствующую патологию пациента. Для воздействия непосредственно на клещей демодекс применяются акарицидные средства, к которым относятся производные нитроимидазольной группы. Наиболее эффективным средством является трихопол, применяемый от 4 до 6 нед [6, 7]. Также используется орнидазол циклами от 8 до 10 дней. Отмечено не только противопаразитарное действие препарата, но и бактериостатическое, повышающее активность нейтрофилов, стимулирующее адренергические структуры, усиление репаративных процессов [6]. Возможно применение препаратов серы, ангиопротекторов, антисеротониновых и антигистаминных средств (лоратадина, эбастина, терфенадина и др.), хлорохина, ферментов желудочно-кишечного тракта, изотретиноина, ретинола палмитата, производных кальция, седативных средств, иммуномодуляторов, биологически активных веществ и др.

Наружная терапия включает сосудосуживающие (водный адреналин-резорциновый раствор и др.), мази, содержащие антибиотики, мупироцин (бактробан), эритромициновая, фузидиновая, тетрациклиновая мазь, антигистаминные средства, стероиды, нестероидные противовоспалительные средства (индометациновая, бутадионовая, ортофеновая мази и др.), препараты, содержащие серу, нафталан, метронидазол, 20% раствор бензилбензоата, производные витамина А (ретиноевая мазь, ретин А, айрол, бензоилпероксид (окси-5, окси-10) и др. Для терапии окологлазничной области применяются спиртоэфирные смеси, 3—5% трихополовый крем, сульфацил-натрий и др.

Эффективен препарат Спрегаль, содержащий раствор эсдепалетрина и пиперонила бутаоксида. При демодекозе и розовых угрях Спрегаль втирают в пораженные участки кожи с помощью тампона 1—3 раза в день. Клинического улучшения и выздоровления удается добиться в 70—87% случаев. Спрегаль хорошо переносится и не вызывает серьезных побочных действий.

Профилактика заболевания заключается в соблюдении общегигиенических правил в быту и в общественных местах. Необходим правильный и адекватный уход за кожей, полноценное питание, соблюдение режима отдыха. При незначительных изменениях кожных покровов кожи лица и периорбитальной области необходимо своевременное обращение к дерматологу.

См продолжение статьи:

[Паразитарные болезни кожи - чесотка](#). 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.