

[medi.ru](#) »»» [Подробно о лекарствах](#) »»» [RUSFIC](#) »»» [ПАРА Плюс](#)

Информация для медицинских работников !

Соглашение об использовании

Паразитарные болезни кожи

А.А. Данилова, профессор С. М. Федоров

Центральный научно-исследовательский кожно-венерологический институт
Минздрава РФ, Москва

Наиболее распространённые паразитарные заболевания кожи - педикулез, демодекоз и чесотка.

Паразитарные заболевания кожи остаются достаточно актуальной проблемой 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 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. В зависимости от места обитания паразитов в организме хозяина их подразделяют на эндо- и эктопаразитов. Паразиты могут быть постоянные и временные. 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 ложнопаразиты, - 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.

Таблица 1. Приспособления паразитов к условиям существования

Вид адаптации	Приспособления
Морфологическая	<ul style="list-style-type: none"> • Органы фиксации (сложно устроенные) • Специфическая покровная ткань (защитные функции) • Строение органов зрения • Строение органов кроветворения • Строение органов дыхания • Строение нервной системы (примитивное)
Физиологическая	<ul style="list-style-type: none"> • Развитие половой системы (максимальное) • Большое количество яиц • Значительное усложнение жизненных циклов • Усложненная пищеварительная система, способная усваивать большие объемы пищи

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:

1. Клеточные:

- воспалительная реакция,
- гипертрофия клеток,
- пролиферация клеток

2. Тканевые:

- инфильтрация, отек, экссудативный процесс, осложнение вторичной инфекцией,
- сосудистая реакция

3. Гуморальные:

- иммунные изменения

Существуют различные методы диагностики паразитарных поражений, которые включают микроскопическое, макроскопическое, патоморфологическое, электронно-микроскопическое исследования. Паразитарные болезни кожи развиваются как ответная реакция на воздействие паразитов. При этом выделяют поверхностные (поверхность эпидермиса, внутриэпидермально) и глубокие (дерма, подкожно-жировая клетчатка) паразитарные дерматозы.

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

Педикулез

Существует несколько видов возбудителей, вызывающих педикулез у человека:

- платяной (*P. humanus vestimenti*)
- головной (*P. humanus capilis*)
- лобковый, или площица (*Phthirus pubis*).

Вши - кровососущие насекомые отряда Anoplura, представляют собой паразитов млекопитающих и человека. В природе имеется до 150 видов вшей, которые

разделены на 3 семейства. Вши являются строго специфичными паразитами, которые характерны для определенных видов животных и человека. Строение организма, как и у других паразитирующих насекомых, приспособлено к их образу жизни. Тело имеет длину от 1 до 5 мм, покрыто хитиновой кутикулой, сплющено в дорсо-вентральном направлении. В области головы определяются два выроста - глаза и колюще-сосущий ротовой аппарат. В грудном отделе находится три пары лап с развитыми коготками, которые с голенью образуют клешню, цепко удерживающую насекомое на волосе. Самки крупнее самцов, в отличие от самца имеют на конце раздвоенное крупное брюшко. Вши питаются часто, долго без пищи находиться не могут, выпивают от 0,7 до 1,2 мл крови. Самка в течение жизни размерами откладывает до 300 яиц при оптимальной температуре 28-30 °С. Цикл развития особей зависит от температурного режима и состоит из следующих этапов: яйцо, личинки (три превращения), имаго (половозрелая особь) [2].

Зародышевый период длится от 4 дней до 6 нед, личинки проходят три стадии длительностью от 3 до 5 нед каждая, половозрелая особь живет от 27 до 46 дней. Яйца овальной формы желто-белесоватого цвета, прикрепляются к волосам или ворсинкам ткани секретом клеевых желез, вырабатываемым самкой. Личинка значительно отличается от взрослой особи размерами, строением тела, отсутствием полового аппарата. Через 30 мин после вылупления личинка начинает сосать кровь, а после третьей линьки превращается во взрослую особь. Полный жизненный цикл от яйца до откладывания самкой яиц длится 15 дней [3].

Головной педикулез

Вши находятся на волосистой части головы, наиболее часто поражают затылочную и височные области, также возможно поражение бровей и ресниц. При наличии длинных волос процесс наиболее выражен, в большей степени это относится к женщинам и детям. Головные вши представляют собой особей серовато-белого цвета, размеры самцов достигают 2-3 мм, самок — 2,4-4 мм.

При головном педикулезе гниды бело-желтого цвета размерами менее 1 мм находятся у корня волоса

Яички (гниды) бело-желтого цвета размерами 0,7-0,8 мм приклеиваются самками к стержню волоса на расстоянии 2-3 мм от устья фолликула или у корня особым хитиновым веществом, который вырабатывается специальными железами самок. Гниды прочно прикреплены к волосам и с большим трудом удаляются с поверхности волоса. Каждая самка откладывает в среднем до 8 яиц овальной формы, прикрепляя их одно за другим к волосу.

Через 7 дней появляются молодые вши (нимфы), оставляя на месте развития пустые оболочки серо-белого и желтого цвета. Через 10 дней нимфа самостоятельно может откладывать яйца. ***Вши очень подвижны, определить их у пациентов достаточно сложно*** [2].

Насекомые попадают от зараженного человека к здоровому только при тесном контакте.

Клиническая картина при поражении вшами ***представлена папулами, везикулами, эритематозными пятнами***, которые возникают на местах укусов в связи с раздражением кожных покровов продукцией слюнных желез. Развивается дерматит, экзематизация, эксфолиации. При этом возникают воспаление, вторичная

пусту-лизация, экссудация. Появляются корки гнойно-геморрагического характера, шелушение с последующей лихенификацией и пигментацией пораженных участков кожных покровов. Заболевание сопровождается выраженным зудом.

Гнойнички, экссудативные изменения, образовавшиеся корки на волосистой части головы ссыхаются, способствуют слипанию волос и образованию колтуна (трихомы) [4]. Склеенные с экссудатом и гноем войлокоподобные толстые пучки волос грязно-серого цвета имеют неприятный запах и способствуют раздражению кожи. Развиваются импетигиозные поражения, фолликулиты, фурункулез, дерматит, экзема, осложненная вторичной инфекцией. Наблюдается увеличение регионарных заушных, шейных, затылочных лимфатических узлов, болезненных при пальпации. Кожные поражения могут распространяться на область лица, ушные раковины, шейную область, спину и другие участки. Диагноз устанавливается при нахождении гнид и вшей.

Платяной педикулез

Заболевание вызывается вшами беловато-серого, коричневатого цвета, размерами превосходящими головных вшей. Самцы имеют размер от 2,1 до 3,75 мм, самки от 2,2 до 4,75 мм. Наиболее часто поражаются места соприкосновения складок и швов одежды с кожными покровами. Насекомые попадают к здоровому человеку при тесном бытовом контакте, поселяются в складках одежды, из которых переползают на кожные покровы [2]. Заражение может произойти при использовании грязных вещей, постельного белья. Типичная локализация — поясничная, плечевая, шейная область, верхняя часть спины, пахово-бедренные складки, живот, подмышечные впадины. Поражаются асоциальные пациенты, плохо соблюдающие гигиену взрослые, иногда дети, а также существует высокая вероятность заражения при повышенной скученности людей.

Клиническая картина определяется наличием сосудистых синюшных пятен в местах укусов, папулезных, уртикарных элементов, капилляритов. У

зараженных людей отмечается ***нестерпимый зуд***. Также появляются эктимы, вторичные пиогенные элементы, фолликулиты, пустулы, развивается фурункулез. На месте длительно протекающего процесса при наличии постоянного зуда, эксфолиаций появляется утолщение кожных покровов, лихенификация с желто-коричневыми изменениями кожных покровов и последующей гипопигментацией или гиперпигментацией. На месте эксфолиаций возможно развитие белых рубцовых изменений.

Заболевание платяным педикулезом опасно в связи с возможностью распространения ***волынской лихорадки***. Волынская лихорадка (окопная, или пятидневная, лихорадка) вызывается риккетсиями (*R. quintana*), которые размножаются внеклеточно в кишечнике вшей и выделяются с продуктами их жизнедеятельности, испражнениями [2]. При раздавливании насекомых или при втирании испражнений риккетсии попадают на кожные покровы и далее в кровь через ссадины, травмированные кожные покровы, расчески.

Лобковый педикулез (фтириаз)

Заболевание развивается в лобковой области, области промежности, мошонки,

также возможно поражение бровей, ресниц, бороды, усов, подмышечных впадин, редко волосистой части головы. Иногда площади находятся в области ушных раковин, шейно-затылочной области, при развитом волосяном покрове вшей можно обнаружить по всему телу.

Лобковые вши являются самыми маленькими представителями педикулеза человека. Паразиты имеют грязно-желтую, серо-коричневатую окраску, размеры самца около 1 мм, самки - 1,5 мм. Заражение возможно при тесном бытовом контакте (часто поражаются дети), однако основной причиной заболевания являются половые контакты.

Площицы очень плотно прикрепляются к волосяному стержню у его основания

Площицы очень плотно прикрепляются к волосяному стержню у его основания или у волосяной луковицы имеющимися на передних лапках клешневидными образованиями. Хоботок площицы находится в устье фолликула, а хвостовая часть — у основания волоса, и определяется в виде сероватой точки. Гниды телесного цвета откладываются у устья волоса и находятся также на волосах [2, 3].

При укусах платяных вшей зуд не столь выражен, как при ранее описанных педикулезах, однако также появляется реакция на укусы всвязи с попаданием в кровь слюны насекомого и последующей реакцией с кровью в виде *синюшно-голубых пятен* (*M.coeruleae*). Пятна не исчезают при надавливании, имеют размер от 5 до 15 мм. Дифференциальный диагноз при появлении пятен следует проводить с тифозной розеолой, сифилисом. На коже появляются папулы, везикулы, при интенсивном зуде — эксфолиации, шелушение, гемморагические корки и осложнение пиодермией. Могут развиваться пустулы с импетигинизацией, дерматитом, экземоподобная реакция.

Эпидемическое значение педикулеза

Педикулез является заболеванием опасным не только для самого зараженного человека, но и может способствовать развитию эпидемий и пандемий. Выше упоминалась волынская лихорадка, вызываемая риккетсиями и распространяемыми платяными вшами.

Вши рода *Pediculus* являются источником заражения человека **эпидемическим сыпным тифом**, причиной возникновения которого является риккетсия (*Rickettsia prowaseki*). Вши питаются кровью больного человека, в связи с этим риккетсии попадают в желудок насекомого. В эпителии желудка имеются благоприятные условия для размножения риккетсии, которые повреждают и разрушают эпителий. Риккетсии при этом попадают в просвет кишечника и с экскрементами на 5—9-й день выводятся на поверхность кожных покровов. Температура окружающей среды и количество возбудителя влияют на продолжительность жизни насекомых. Вши погибают на 3—31-й день от начала заражения. Нет данных, свидетельствующих о трансвариальном пути заражения. В слюнные железы риккетсии не проникают, поэтому укусы вшей не заразны. Однако при попадании на поврежденные кожные покровы и слизистые человека продуктов жизнедеятельности вшей, их испражнений возбудители сыпного тифа проникают в организм человека. При раздавливании вшей риккетсии в большом количестве попадают на кожу людей [2, 3]. Возможно заражение при вдыхании пыли. так как риккетсии хорошо сохраняются в сухом месте.

Возвратный тиф вызывается спирохетой (*Spirochaeta recurrens*), которая попадает с кровью в желудок насекомого и быстро из него эвакуируется. Однако на 6—7-й день спирохеты развиваются в большом количестве и накапливаются в полостной жидкости, в связи с чем заражение может происходить уже на 6-й день после попадания насекомого на пациента, при раздавливании его и втирании спирохет в поврежденные кожные покровы, ранки, расчесы и др. [2].

Лечение

Для проведения наиболее эффективной терапии требуется **укорочение волос или их сбривание**. При проведении обработки пораженных участков кожи необходимо избавиться от нид с помощью вычесывания или механического удаления с волос. Необходима также санитарная обработка нижней и верхней одежды, постельного белья. Противопедикулезные средства представлены различными препаратами, влияющими губительно как на взрослых особей, так и на гниды. Способы лечения керосином, 50% мыльно-сольвентной пастой, чемеричной водой, раствором карбофоса в настоящее время применяются крайне редко в связи с имеющимися более эффективными и удобными для применения препаратами.

Высокоэффективными средствами являются **ниттифор, пара-плюс, итакс, никс, 20% раствор бензил-бензоата, антискаб** и др.

Пара-плюс — препарат в аэрозольной упаковке, содержащий перметрин, малатион, бутоксид пиперонила. Средство оставляют на обрабатываемых поверхностях на 10 мин с последующим смыванием и удалением гнид. Препарат удобен в применении и эффективен при однократном использовании. Пара-плюс применяется также для обработки вещей, с которыми контактировал пациент.

Никс — крем, содержащий перметрин, наносится на пораженные участки на 10 мин. смывается обычным способом, при этом обязательно удаление гнид.

Антискаб — комплексный гидрофильный гелеобразный препарат, содержащий бензилбензоат, активные вещества растительного происхождения. Данное средство втирается в пораженные и граничащие с пораженными места в 1, 3 и 7-й день в вечернее время. Смывается на 8-й день.

Ниттифор содержит 0,0005% перметрин в водно-спиртовом растворе. Препарат применяется для уничтожения головных, лобковых вшей и их гнид. Ниттифор наносится на пораженные участки и после подсыхания волос через 40 мин после обработки смывается шампунем, при необходимости обработку повторяют. Терапия **педикулеза, осложненного пиодермией**, включает антибактериальную терапию как местную, так и прием препаратов внутрь. Желательно применение антибиотиков широкого спектра (амоксциллин, ломефлоксацин, рокситромицин, доксициклин и др.). Из наружных средств необходимо применять **анилиновые антисептические средства, мази и пасты с антибиотиками** (ген-тамициновая, гелиомициновая, линкомициновая, гиоксизон, тридерм, дипрогент, белогент, целестодерм с гарамицином и др.).

При развившемся дерматите необходимо использование **антигистаминных препаратов** (лоратадин, эбастин, терфенадин, кетотифен и др.). Наружная терапия должна включать стероидные мази.

Из противовоспалительных средств могут быть использованы аргосульфам, деситин, драполен и др.

Профилактические мероприятия

Наибольшее значение имеют санитарно-гигиенические мероприятия, личная гигиена, частое мытье головы и тела, регулярная смена белья и одежды. В качестве общественной профилактики необходим регулярный осмотр людей в местах их вынужденного скопления или длительного проживания (больницы, детские учреждения, школы, детские сады, профилактории и др.).

При обнаружении вшивости проводится тщательная санитарная обработка зараженных и контактирующих с ними людей, обработка помещений, одежды, мытье предметов быта. Медицинский персонал, проводящий санитарную обработку, должен иметь специальную одежду из прорезиненной материи или плотного холста. Большое значение имеет санитарно-просветительная работа среди населения и своевременное проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий.

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 °С, при температуре 14 °С клещи находятся в состоянии оцепенения, а при 52 °С 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:

неэроэндокринные, желудочно-кишечные, психические, иммунные, а также при наличии очагов хронической инфекции происходит сенсибилизация организма к клещу. В этой ситуации демодекс представляет собой химический, механический раздражитель, способствующий развитию и поддержанию патологического процесса. Кроме этого, нарушается симбиоз с коринебак-териями 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 таблице:

Заболевания, течение которых осложняется наличием демодекса	
Заболевания кожи.	Заболевания глаз
<ul style="list-style-type: none"> • Розацеа (формы: эритематозная, папулезная, папулопустулезная, инфильтративно-продуктивная ринофима) • Розацеоподобный дерматит • Себорейный дерматит • Периоральный дерматит 	<ul style="list-style-type: none"> • Блефароконъюнктивит (неосложненный и осложненный клещевой) • Эписклерит • Кератит (краевой, стромальный, поверхностный) • Серозный ирит

Лечение

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 ней-трофилов, стимулирующее адренергические структуры, усиление репаративных процессов [6]. Возможно применение препаратов серы, ангиопротекторов, антисеротонинных и антигистаминных средств (лоратадина, эба-стина, терфенадина и др.), хлорохина, ферментов желудочно-кишечного тракта, изотретиноина, ретинола пал-митата, производных кальция, седативных средств, им-муномодуляторов, биологически активных веществ и др.

Наружная терапия включает сосудосуживающие (водный адреналин-

резорциновый раствор и др.), мази, содержащие антибиотики, мупироцин (бактробан), эрит-ромициновая, фузидиновая, тетрациклиновая мазь, антигистаминные средства, стероиды, нестероидные противовоспалительные средства (индометациновая, бутадионочная, ортофеновая мази и др.), препараты, содержащие серу, нафтаган, 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 натрия 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.

Чесотка

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

Источник заражения этим заболеванием — 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 клеща представлен двумя периодами: репродуктивным и метаморфическим.

Репродуктивный цикл 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.

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

Самка на коже передвигается с помощью двух передних пар ног, на которых имеются присоски. В роговой слой кожи 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.

Инкубационный период заболевания 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 клещом, но продуктами его жизнедеятельности, экскрементами, слюной и др. [1-3].

Диагностическим критерием постановки диагноза 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 желез, бедрах. Также встречаются стертые формы чесотки, которые приводят к ошибочной диагностике и часто расцениваются как аллергодерматоз.

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

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

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

Лечение

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

Спрегаль (раствор эсдепалетрина и пиперонила бу-токсиды) 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.

Необходимо проведение санитарной обработки вещей, одежды и помещений.

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

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

Для обработки белья, одежды, помещения применяется высокоэффективное средство **А-Пар**, который представляет собой сочетание эсдепалетрина и буюксида 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 буюксидом пиперонила. Средство высокоэффективно при лечении различных видов педикулезы, 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 включают обработку лиц, находящихся в контакте с больным, противочесочными 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].

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.Г. 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.М., Потекаев Н.Н., Потекаев С.Н. и соавт. Терапия розацеа. Вестн. дерматол., М. 1998; 16-20.
7. Vamhorst D., Foster J., Chem 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

Эсдепалетрин + пиперонила буюксид - Спрегаль (торговое название)
(Laboratoires Omega Pharma)

Препарат для лечения педикулеза - Пара-Плюс (торговое название)
(Laboratoires Omega Pharma)

HTML-код для размещения ссылки на сайте или в блоге:

```
<a href=http://medi.ru/doc/181101.htm> ~ Паразитарные болезни кожи (MEDI.RU)</a>
```

Информация для медицинских работников !
medi.ru »» [Подробно о лекарствах](#) »» [RUSFIC](#) »» [ПАРА Плюс](#)

Соглашение об использовании
Дата документа: Август 2002 г.

48 553
34 473
1 169



1 241
1 038
1 038



РЕЙТИНГ 172604496
1470
1162

УЧАСТНИК TOP
Rambler's 100