



ФГБОУ ВО «ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

Паразитарные заболевания кожи.

Ассистент кафедры
Попов Виктор Викторович

Определение

В 86 Чесотка (scabies) – распространенное паразитарное заболевание кожи, вызываемое чесоточным клещом *Sarcoptes scabiei*.





Этиология и патогенез

- Заражение чесоткой происходит преимущественно при контакте с больным чесоткой или через инфицированные предметы (предметы обихода, одежду и пр.).
- Чесоточные клещи являются паразитами, большую часть жизни проводящими в коже хозяина и лишь в короткий период расселения переходят на эктопаразитический образ жизни на поверхности кожи.
- Суточный ритм активности чесоточного клеща объясняет усиление зуда вечером.
- Взрослая самка при комнатной температуре способна сохранять патогенные свойства до 36 часов.
- Клещ быстро проникает в толщу эпидермиса, формируя так называемые «чесоточные ходы». В них самка клеща откладывает яйца и оставляет экскременты.

Клиническая картина

Общепринятой классификации не существует. Выделяют типичные и атипичные варианты.

- **Типичная чесотка.** Характерна локализация высыпаний на коже: межпальцевых складок кистей, сгибательных поверхностей области нижних и верхних конечностей, локтей, лучезапястные суставы, подмышечные впадины, область живота, у мужчин – на коже наружных половых органов, у женщин – окружность сосков молочных желез, у детей – ладони, подошвы, ягодицы, голова. Характерной особенностью высыпаний при чесотке является их относительная симметричность.

Клиническая картина

- Различные варианты чесоточных ходов:
 1. Исходный (интактный) тип хода, образование которого связано со способностью кожи реагировать возникновением тех или иных первичных морфологических элементов на внедрение самки клеща.
 2. Ходы, образующиеся из клинических вариантов ходов первой группы в процессе естественного регресса самих ходов и/или превращения приуроченных к ним первичных морфологических элементов во вторичные
 3. Ходы, обусловленные присоединением вторичной инфекции к экссудату полостных элементов ходов первой группы.

Клиническая картина

- Типичные ходы имеют вид слегка возвышающейся линии беловатого или грязно-серого цвета, прямой или изогнутой, длиной 5–7 мм. Так называемые **«парные элементы» нельзя отождествлять с ходами и рассматривать, как диагностический признак заболевания.**
- Фолликулярные папулы на туловище и конечностях, везикулы вблизи ходов, расчесы и кровянистые корочки, диссеминированные по всему кожному покрову нередко преобладают в клинической картине заболевания.





Клиническая картина

- **Чесотка без ходов** регистрируется реже типичной чесотки, выявляется преимущественно при обследовании лиц, бывших в контакте с больными чесоткой, возникает при заражении личинками, существует в первоначальном виде не более 2 недель, клинически характеризуется единичными фолликулярными папулами и невоспалительными везикулами.
- **Чесотка «чистоплотных»** или **«инкогнито»** возникает у лиц, часто принимающих водные процедуры, особенно в вечернее время, соответствует по своей клинической картине типичной чесотке с минимальными проявлениями.

Клиническая картина

- **Скабиозная лимфоплазия** кожи клинически проявляется сильно зудящими лентикулярными папулами, локализуется на туловище (ягодицы, живот, подмышечная область), половых органах мужчин, молочных железах женщин, локтях. Персистирует после полноценной терапии чесотки от 2 недель до 6 месяцев. Соскоб эпидермиса с ее поверхности ускоряет разрешение. При реинвазии она рецидивирует на прежних местах.



Клиническая картина

- **Скабиозная эритродермия** возникает в случаях длительного использования системных и топических кортикостероидов, антигистаминных препаратов, психотропных средств. Зуд слабый и диффузный. Больные, как правило, не расчесывают, а растирают кожу ладонями. Основным симптом - выраженная эритродермия. Чесоточные ходы короткие, возникают в местах типичной и атипичной локализации (лицо, шея, волосистая часть головы, межлопаточная область). В местах, подверженных давлению (локти и ягодицы), выражен гиперкератоз.



Клиническая картина

Норвежская (корковая, крустозная) чесотка – редкая и очень контагиозная форма заболевания. Возникает:

- при иммуносупрессивных состояниях,
- при длительном приеме гормональных и цитостатических препаратов,
- при нарушении периферической чувствительности,
- при конституциональных аномалиях ороговения,
- у больных сенильной деменцией, болезнью Дауна, СПИДом и т.п.

Основной симптом – эритродермия, на фоне которой образуются массивные серовато-желтые или буро-черные корки толщиной от нескольких миллиметров до 2–3 см, между слоями корок и под ними обнаруживается огромное количество чесоточных клещей. На кистях и стопах наблюдается множество чесоточных ходов. Нередко поражаются ногти, увеличиваются лимфатические узлы, выпадают волосы, повышается температура тела. От больных исходит неприятный запах.



Клиническая картина

- **Осложненная чесотка.** Чесотка часто осложняется вторичной пиодермией и дерматитом, реже – микробной экземой и крапивницей. Среди нозологических форм пиодермии преобладают стрептококковое или стрептостафилококковое импетиго в местах частой локализации ходов (кисти, запястья, стопы) и остиофолликулиты в местах метаморфоза клещей (переднебоковая поверхность туловища, бедра, ягодицы). Микробная экзема чаще наблюдается в местах локализации скабиозной лимфоплазии кожи, особенно в области ягодиц



Клиническая картина

- **Чесотка у детей** характеризуется большей распространенностью процесса с вовлечением кожи лица и волосистой части головы, ногтевые пластинки (у грудных детей). Преобладают реактивные варианты чесоточных ходов вблизи экссудативных морфологических элементов, часто встречается скабиозная лимфоплазия кожи, нередко чесоточные ходы на стопах, осложнения заболевания (пиодермия, аллергический дерматит).
- **Чесотка у лиц пожилого возраста** имеет определенные особенности: чесоточные ходы единичные в связи с инволюцией потовых желез, преобладают интактные варианты; везикулы и папулы малочисленны. Среди высыпаний часто встречаются кровянистые корочки и расчесы. Из осложнений чаще развиваются аллергический дерматит и микробная экзема.



Диагностика

Жалобы и анамнез:

- Больных беспокоит зуд, усиливающийся в вечернее и ночное время – характерный субъективный симптом чесотки.
- Наличие заболевания у контактных лиц. (С-5)

Клинической картины и диагностических симптомов:

1. симптом Арди – пустулы и гнойные корочки на локтях и в их окружности;
2. симптом Горчакова – кровянистые корочки в области локтей и в их окружности;
3. симптом Михаэлиса – кровянистые корочки и импетигиозные высыпания в межъягодичной складке с переходом на крестец;
4. симптом Сезари – обнаружение чесоточного хода пальпаторно в виде легкого полосовидного возвышения.

Диагностика

Лабораторные исследования: микроскопическое исследование нативного препарата (соскоб с кожи, извлечение клеща иглой) (С-5).

Дерматоскопические признаки (Инструментальные исследования) (С-5):

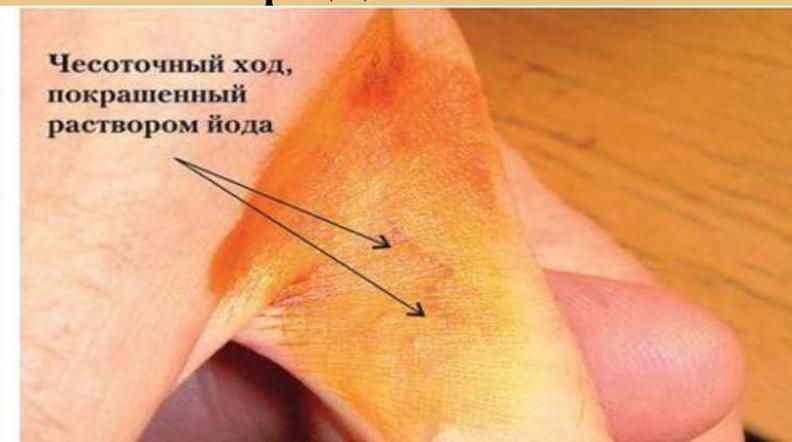
- чесоточный ход выглядит как беловатая линия,
- в месте выхода самки клеща можно выявить небольшую темно-коричневую дельтаобразную структуру, которая является телом взрослой самки клеща.
- чесоточный ход, наполненный яйцами, выглядит как «нить жемчуга».



Диагностика

Иные диагностические исследования:

- метод прокрашивания для выявления чесоточных ходов. Подозрительный на чесоточный ход элемент смазывают спиртовым раствором йода или анилиновыми красителями (С-5).
- метод масляной витропрессии, который позволяет быстро обнаружить чесоточный ход. За счет обескровливания капиллярного русла при надавливании предметным стеклом улучшается визуализация поверхностных кожных включений. Просветляющий эффект усиливается после предварительного нанесения минерального масла на предполагаемый чесоточный ход (С-5).





Лечение

Бензилбензоат эмульсия, мазь(С-3):

- Перед началом лечения больному рекомендуется вымыться под душем теплой водой с мылом, стараясь максимально распарить кожу, вытереться полотенцем. 200 мл 20% эмульсии бензилбензоата тщательно рукой втереть в кожу рук, затем туловища и ног, включая подошвы и пальцы. Руки после обработки не мыть в течение 3 часов, в последующем втирать препарат в кожу кистей после каждого их мытья. На смазанную кожу надеть чистое нательное белье; сменить постельное белье.
- 2-й и 3-й дни - не мазаться, не мыться, не менять нательное и постельное белье.
- 4-й день: вечером принять душ, вымыться с мылом, вытереться полотенцем, повторить обработку бензилбензоатом. На смазанную кожу надеть чистое нательное белье; сменить постельное белье.
- 5-й день: Смыть остатки препарата теплой водой с мылом без растирания кожи. Сменить нательное и постельное белье.

Лечение осложнений (пиодермия, аллергический дерматит и пр.) проводят во 2 и 3 день.

Для детей в возрасте от 3 до 5 лет применяют 10% эмульсию и мазь.

!Беременным и детям до 3-х лет бензилбензоат противопоказан!

Лечение

Перметрин 5% концентрат для приготовления эмульсии (С-3).

- Водная 0,4% эмульсия готовится путем разведения 8 мл 5% перметрина в 100 мл теплой кипяченой воды. Втирание препарата проводится 1 раз в день на ночь 3 дня подряд или в 1-ый и 4-ый дни курса.
- **Противопоказан при лактации, детям в возрасте до 1 года, пожилым людям с недостаточностью функции печени, почек. Исследований применения препарата при беременности не проводилось, поэтому у беременных применять с осторожностью.**





Лечение

- **Серная мазь 33% (С-3).**

Следует применять после мытья с мылом 1 раз в день на ночь в течение 5–7 дней. Препарат тщательно втирают в кожу рук, затем туловища и ног, включая подошвы и пальцы.

!Противопоказано при беременности и детям до 2 лет!

- **Спрегаль (аэрозоль пиперонилбутоксид + эсбиол) (С-3).**

После мытья больного препарат распыляют на расстоянии 20–30 см от кожи. Обработку кожи проводят, начиная с верхней части тела. Детям на лицо препарат наносят ватным тампоном. Через 12 часов больной моется и меняет постельное и нательное белье. При чесотке без ходов и отсутствии осложнений проводят однократную обработку, при осложненной чесотке обработку повторяют через 3–5 суток. Показан для лечения детей в возрасте до 1 года.



Лечение норвежской чесотки

- Рекомендуется вечером больного обработать скабицидом, а утром – кератолитическое средство, содержащее салициловую кислоту (5% серно-салициловая мазь, 5–10% салициловая мазь) или мочевины (С–5).
- Терапию рекомендуется проводить до полного отхождения корок. Далее больного в течение 2–3 дней обрабатывают в вечернее время только скабицидом. После завершения специфической терапии для устранения сухости кожного покрова используют смягчающие или увлажняющие средства. Важным условием является регулярное исследование соскобов эпидермиса для выявления чесоточного клеща. При обнаружении подвижных особей рекомендуется курс специфической терапии повторить со сменой скабицидного средства.
- При отсутствии эффекта лечения необходимо исключить реинвазию.

Показания для госпитализации:



- пациенты с психическими, неврологическими и иными заболеваниями (при невозможности самостоятельного выполнения необходимых назначений),
- больные из организованных коллективов при невозможности их изоляции от здоровых лиц (детские дома, интернаты и пр),
- чесотка, осложненная вторичной инфекцией (особенно у детей), а также сопровождающаяся высокой температурой, лимфаденопатией и пр.

Показания для выписки:

- эрадикация возбудителя на всех стадиях его развития,
- устранение клинических проявлений заболевания.

Профилактика и диспансерное наблюдение



1. Активное выявление больных,
2. Привлечение и обследование источников заражения и контактных лиц.
3. Осмотр членов организованных коллективов.
4. Больным чесоткой обеспечивается диспансерное наблюдение у дерматовенеролога;
5. Рекомендуется проведение профилактического лечения лицам, находящимся в тесном бытовом и половом контактах, членам семей и членам инвазионно-контактных коллективов, живущих с больным в одном помещении, путем однократной обработки кожи одним из противочесоточных препаратов. Лечение больных и профилактическое лечение контактных лиц в очаге проводят одновременно.
6. При полноценном лечении больных и профилактической обработке контактных лиц в семейных очагах и организованных коллективах срок наблюдения составляет две недели, осмотр при этом проводят дважды – при выявлении больного и через две недели. В организованных коллективах, где профилактическое лечение контактных лиц не проводилось, осмотр осуществляют трижды с интервалом 10 дней.
7. При выявлении чесотки у детей дошкольного и школьного возраста на время проведения лечения они отстраняются от посещения дошкольных образовательных и общеобразовательных организаций. Они могут быть допущены в образовательные организации только после завершения комплекса лечебно-профилактических мероприятий с подтверждающей справкой врача.

Профилактика и диспансерное наблюдение



8. Контроль излеченности проводится на 3 и 10 дни после окончания лечения;
9. При чесотке без ходов, типичной чесотке, чесотке «инкогнито» после полноценного курса терапии и проведения полного комплекса профилактических мероприятий в очаге срок наблюдения за больными составляет 2 недели;
10. Длительность диспансерного наблюдения увеличивается при чесотке, осложненной пиодермией, дерматитом, микробной экземой, при скабиозной лимфооплазии кожи, скабиозной эритродермии и норвежской чесотке;
11. Лечащий врач инструктирует больного чесоткой или лицо, осуществляющее уход по методике проведения текущей дезинфекции, направленной на уничтожение возбудителя на постельных принадлежностях, одежде и предметах личной гигиены больного. Проводит текущую дезинфекцию сам больной или ухаживающий за ним член семьи. Текущая дезинфекция проводится в присутствии больного с момента выявления заболевания и до его выздоровления или госпитализации
12. По окончании амбулаторного лечения (или госпитализации) проводится заключительная дезинфекция: вещи обрабатываются в дезинфекционной камере, помещения и предметы обстановки обрабатывают дезинсекционными средствами, имеющими государственную регистрацию и в соответствии с действующими СанПиНами.
13. Больной снимается с учета после полного разрешения всех клинических проявлений. Прогноз при чесотке благоприятный.

Педикулез

– паразитарное заразное заболевание человека, причиной которого служат кровососущие насекомые
– вши.

Этиология и патогенез

Вши (отряд Anoplura) – постоянные эктопаразиты млекопитающих.

Педикулез вызывают специфические однохозяинные паразиты человека:

- *Pediculus humanus capitis* de Geer, семейство Pediculidae – головная вошь, вызывает головной педикулез;
- *Pediculus corporis* de Geer, семейство Pediculidae – платяная вошь, вызывает платяной педикулез;
- *Phthirus pubis*, семейство Phthiridae – лобковая вошь, или площица, вызывает лобковый педикулез.

Заражение людей головным педикулезом происходит при контакте с человеком, зараженным вшами, преимущественно при соприкосновении волос (прямой путь) или при использовании предметов (непрямой путь), которыми пользовался больной педикулезом.

Заражение платяными вшами происходит при контакте или при использовании одежды больного педикулезом. Платяные вши являются переносчиками сыпного и возвратного тифа.

Лобковый педикулез (фтириаз) передается, главным образом, при половых контактах.

Особенности кодирования заболевания

- Педикулез и фтириаз (B85)
- B85.0 – Педикулез, вызванный *Pediculus humanus capitis*;
- B85.1 – Педикулез, вызванный *Pediculus humanus corporis*;
- B85.2 – Педикулез неуточненный;
- B85.3 – Фтириаз;
- B85.4 – Смешанный педикулез.



Клиническая картина



- При головном педикулезе вши и гниды локализуются на волосистой части головы, чаще в височной и затылочной областях. При активном процессе возможно склеивание волос серозно-гнойным экссудатом. Может наблюдаться поражение бровей и ресниц, а также гладкой кожи ушных раковин, заушных областей и шеи.
- При платяном педикулезе вши заселяют одежду, концентрируясь в складках. При распространенном процессе переходят на кожу туловища. В местах частого кровососания вшей, где одежда плотно прилегает к телу, типичны огрубение кожи, меланодермия («кожа бродяг»).
- При смешанном педикулезе инфестация головными и платяными вшами происходит одновременно, клинические симптомы заболеваний сочетаются.
- При лобковом педикулезе (фтириазе) вши обнаруживаются в волосах лобка, нижней части живота. Они могут переползать на волосы аксилярных областей, бороды и усов, бровей и ресниц. Характерно появление голубоватых пятен (*macula caeruleae*) в местах кровососания.



Диагностика

Основывается на клинических и эпидемиологических данных, подтвержденных обнаружением возбудителя.

- Рекомендуется визуальный осмотр пациента: живые гниды при головном и лобковом педикулезе находятся у основания волос, тогда как пустые оболочки и погибшие яйца можно обнаружить на значительном расстоянии – до 2-3 см от корней волос. Локализация гнид на волосах помогает определить давность заболевания. При средней скорости роста волос около 0,5 мм в сутки отложенные месяц назад гниды находятся на расстоянии 1-1,5 см от кожи. При подозрении на платяной педикулез осматривают больного и его одежду, уделяя особое внимание швам и складкам на внутренней стороне вещей.
- Использование лампы Вуда (живые гниды в лучах лампы Вуда дают жемчужно-белое свечение)(С-5).
- Возможно проведение дерматоскопии для верификации диагноза и дифференциальной диагностики с чесоткой, крысиным клещевым дерматитом, флеботодермией, аллергическим контактным дерматитом, пиодермией (С-5).

Лечение



- **Перметрин 5%** в составе водной эмульсии с экспозицией от 20 до 40 минут - обработка проводится однократно (С-5).
- **Бензилбензоат 20%** в составе педикулицидных средств в форме мази (С – 5).
- **Диметикон лосьон** (смесь диметикона (4%) и изопара (96%)) - экспозиция 15 мин., необходима повторная обработка через 7–10 дней (С– 5).
- **Диметикон спрей** (смесь диметикона (4%) и оксифтирина), экспозиция 8 часов, однократная обработка (С – 5)
- **Демитикон 92% р-р** (смесь двух диметиконов с разной степенью летучести), экспозиция 45 минут, необходима повторная обработка через 7–10 дней (С–5).
- **Демитикон 4% р-р** - экспозиция 8 часов, необходима повторная обработка через 7–10 дней (С–5).
- **Клеарол шампунь** - экспозиция составляет не менее 10 минут, необходима повторная обработка через 7–10 дней (С–5).
- **Аниса масло 6%** - экспозиция 30 минут, однократная обработка (С–5).

Лечение

- **Перметрин 5%**, разведенный в этаноле. Р-р показан для лечения беременных и кормящих женщин (С–5).
- **Черемичная вода.** Противопоказания: повышенная чувствительность к препарату, беременность, период грудного вскармливания, детский возраст до 18 лет (С–5).



Профилактика и диспансерное наблюдение

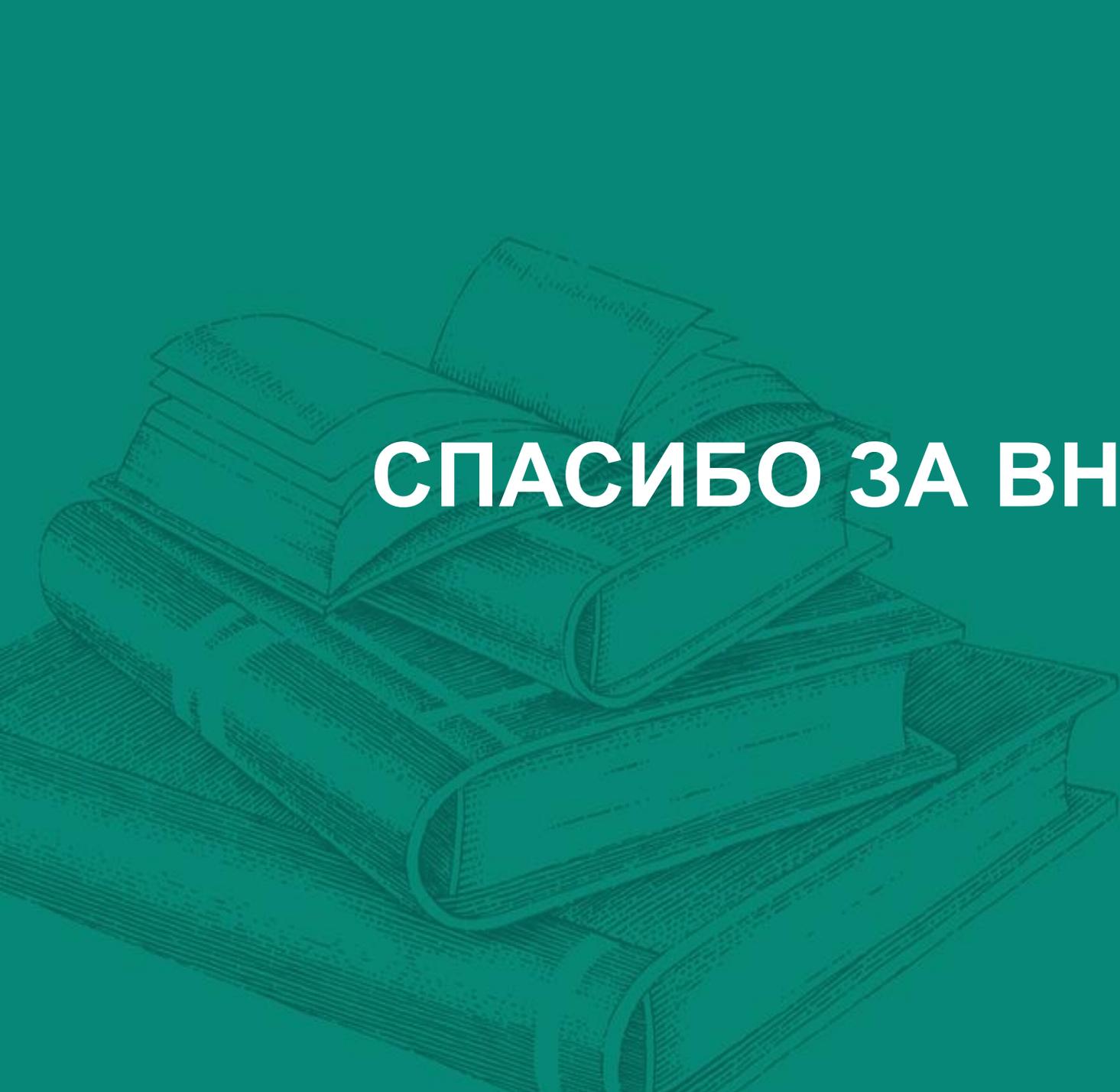


- При выявлении лиц с педикулезом (в первую очередь с платяным педикулезом) рекомендуется проведение радикального уничтожения вшей (С–5).
- Рекомендуется проводить дезинсекцию одновременно уничтожая вшей на теле человека, его белье, одежде, головных уборах, расческах и прочих вещах (постельное белье и др.), при необходимости на предметах обстановки (камерная дезинсекция) (С–5).
- Рекомендовано обследование контактировавших с больным педикулезом людей на наличие вшей. При лобковом педикулезе – рекомендуется осмотр половых контактов (С–5).
- Эффективность обработки при головном и лобковом педикулёзе устанавливается путём тщательного визуального осмотра волос и вычёсывания насекомых гребнем. При выявлении минимального количества жизнеспособных яиц вшей (1–3) рекомендуется проведение повторной обработки через 7–10 дней (С–5).
- Эффективность обработки вещей при платяном или смешанном педикулёзе устанавливается визуально, осматривая их с внутренней стороны через 1,5–2 часа и через сутки после обработки. Особое внимание уделяется воротнику, швам и складкам одежды, где обычно локализуются вши.

Организация оказания медицинской помощи



- Показания для госпитализации отсутствуют.
- В организованных коллективах осмотр контактных лиц и противопедикулезные мероприятия осуществляет медицинский персонал, при необходимости привлекаются другие сотрудники. Обследования организованного коллектива проводятся при выявлении первого больного и через 2 недели после завершения лечения последнего пациента (при условии своевременного осмотра всех членов очага). Срок наблюдения очага – 1 месяц с момента изоляции (или санации) последнего заболевшего. Осмотр контактных лиц в очаге - 1 раз в 10 дней. Очаг считается санированным при трех отрицательных результатах обследования.
- При выявлении случая педикулеза в соматическом отделении перевода в дерматологическое отделение не требуется. Лечение проводится в том отделении, где пациент находится в связи с основным заболеванием.
- При подозрении на фтириаз пациенты направляются к врачу-дерматовенерологу.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!