
А.П. Малярчук, Т.В. Соколова

Медицинский институт усовершенствования врачей

ФГБОУ ВПО «Московский государственный университет пищевых производств»

Rare variants of scabies

Federal State Educational Institution of Higher Professional Education

“Moscow State University of Food Production”, Moscow, Russian Federation

Аннотация

В настоящее время выделяют шесть паразитарных заболеваний кожи человека (чесотка, головной и лобковый педикулез, фтириаз, тунгиоз, анкилостомоз), где взаимодействие между

паразитом и хозяином ограничивается эпидермисом [1]. Их обозначают EPSD – эпидермальные паразитарные заболевания кожи. Наиболее распространенными являются чесотка и педику-

лез. Чесотка по своей значимости относится к группе социальных проблем медицины. Ежегодно в мире регистрируется около 300 млн. больных чесоткой [2,3]. А в нашей стране этот показатель уменьшается из года в год и составляет 49,5 (2011) – 32,8 (2012) на 100000 населения [4].

В основе клинической диагностики чесотки лежит знание врачом вариантов ее течения, возникновение которых определяется давностью заболевания (типичная чесотка, чесотка без ходов), действием факторов, уменьшающих численность популяции клещей на больном (чесотка «инкогнито» или «чистоплотных»), реактивной гиперплазией лимфоидной ткани в местах ее наибольшего скопления при внедрении самки клеща (скабиозная лимфоплазия кожи). Возможно развитие осложнений в результате аллергической реакции на клещей или при присоединении вторичной инфекции (чесотка, осложненная аллергическим дерматитом, вторичной пиодермией, микробной экземой). Причины возникновения и особенности течения норвежской чесотки достаточно полно систематизированы в монографии Т.В.Соколовой и соавт. (1989) [5]. При нападении на человека чесоточных клещей от животных развивается псевдосаркоптоз [6].

В то же время развитие чесотки на фоне дерматозов неинфекционного генеза затрудняет диагностику обоих заболеваний. В литературе описаны случаи сочетания чесотки и лобкового педикулеза, осложнением которых был аллергический дерматит [7]; чесотки и кольцевидной гранулемы [8]; чесотки и атопического дерматита [9]. Чесотка может имитировать мастоцитоз, болезнь Дарье [10, 11], почесуху, красный плоский лишай, дерматит Дюринга [10]. При имитации выявлялись чесоточные ходы с типичной локализацией, а заболевание разрешалось после лечения скабицидами. Случай чесотки на фоне болезни Дарье осложнился генерализованной пиодермией с лимфаденопатией [10].

За последние два десятилетия описаны случаи норвежской чесотки при инфицировании ВИЧ [12, 13, 14, 15], у лиц пожилого возраста и инвалидов [16-17] и как редкие наблюдения при астроцитоме головного мозга [18], микроспории [19], наркомании [20], у ожогового больного [21], при сочетании болезни Дауна, диффузного жирового гепатоза, анемии, паренхиматозной дистрофии внутренних органов, кахексии [22], буллезном пемфигоиде при

лечении системными кортикостероидами [23], врожденной эритродемии [24], при использовании иммунодепрессантов нового поколения – тоцилиумаба [25] и циклоспорина [26], в отношении на кожу пестицидов [27]. В редких случаях регистрируют случаи норвежской чесотки и без сопутствующей патологии: у 24-летнего мужчины [28], беременной [29], детей [30, 31].

Чесотка может протекать с редкими осложнениями: панариций, рожистое воспаление, орхоэпидидимит [32]. Ранее нами обнаружено, что чесотка, протекающая на фоне дерматозов, сопровождающихся выраженной сухостью кожного покрова (атопический дерматит и вульгарный ихтиоз), характеризуется единичными чесоточными ходами. При дерматозах, сопровождающихся повышенной влажностью (гипергидроз, дисгидротическая экзема и эпидермофития стоп), чесоточные ходы были множественными. У лиц старческого возраста чесоточные ходы, как правило, единичные в связи с выраженной инволюцией потовых желез [33].

Многообразие клинических проявлений чесотки, возможность имитации ряда дерматозов и изменение течения дерматозов, на фоне которых она протекает, требует во всех случаях постановки диагноза по обнаружению возбудителя.

Целью настоящей публикации явилось описание редких вариантов чесотки, выявленных нами в ходе многолетней работы с данным контингентом больных.

Нами наблюдались трое пациентов с псориазом в возрасте 20, 22, 48 лет, заразившиеся чесоткой.

Кожный зуд, сопровождающий чесотку и являющийся причиной расчесов кожи, провоцировал появление псориазических папул не только на местах расчесов, но и там, где паразитировал чесоточный клещ – чесоточные ходы, невоспалительные везикулы на кистях и фолликулярные папулы на туловище и конечностях. По сути дела, это было проявлением генерализованной изоморфной реакции Кебнера. Массивные псориазические бляшки, возникшие на локтях, соответствовали топике симптомов Арди и Горчакова. Скабиозная лимфоплазия, отличающаяся мучительным зудом, и топически приуроченная к ягодицам, животу, аксиллярным областям, являлась предпосылкой возникновения нумулярных псориазических бляшек. Существенно, что клинические проявления псориаза маскировали

чесотку. Наличие чесоточных ходов в местах типичной локализации (кисти, запястья, половые органы) позволило своевременно поставить правильный диагноз и назначить адекватную терапию. В связи с этим особый интерес представляет случай заражения чесоткой мужчины, страдающего псориазом с изолированным поражением волосистой части головы.

Больной П., 1987 года рождения (20 лет), военнослужащий по призыву, прослуживший в армии 4 месяца, поступил в КВО госпиталя 14.02.2008 года. До призыва в армию в течение нескольких лет беспокоили шелушащиеся высыпания на волосистой части головы, которые сам пациент и врач по месту жительства расценивали как перхоть. Во время призывной медицинской комиссии в военкомате жалоб не предъявлял. Признан здоровым и годным к военной службе. Призван в армию в октябре 2007 года. В январе 2008 г. больного стал беспокоить кожный зуд, усиливающийся в ночное время. Через 2-3 недели появились шелушащиеся высыпания на коже туловища, кистей и разгибательных поверхностях конечностей. Во время занятий борьбой неоднократно тесно контактировал с сослуживцем, больным чесоткой. Врач части при обращении больного за помощью диагностировал корковую (крустозную) чесотку, обработал пациента 20% мазью бензил-бензоата и направил на лечение в госпиталь. При поступлении на стационарное лечение дополнительно к анамнезу установлено, что свежие шелушащиеся высыпания сначала появились на местах расчесов, затем на кистях и позднее – на других участках кожного покрова. При объективном осмотре установлено, что процесс распространенный. Высыпания локализуются на туловище, конечностях, голове, половых органах. На коже туловища и конечностей, с преимущественным поражением разгибательных поверхностей, ягодицах локализовались многочисленные милиарные и лентиккулярные папулы, покрытые серебристо-белыми чешуйками. Особенно много высыпаний было на кистях и запястьях, являющихся местами излюбленной локализации чесоточных ходов.

В области локтей папулы сливались в бляшки, покрытые массивными чешуйко-корками.

На коже волосистой части головы с переходом на гладкую кожу имелись бляшки розового цвета с серебристыми чешуйками на поверхности.

Псориатическая триада симптомов (феномен Ауспитца) была положительной. Изоморфная реакция Кебнера выражена, как на местах чесоточных ходов, высыпаний метаморфической части жизненного цикла чесоточного клеща (рис. 1. Изоморфная реакция Кебнера на в аксиллярной области (а) и на бедрах (б) в местах локализации метаморфической части жизненного цикла чесоточного клеща (отмечено стрелками) – см. обложку), так и на местах скабиозной лимфопазии кожи.

У больного выявлено 12 чесоточных ходов на коже кистей, 6 – в области запястий, по 2 – на половом члене и мошонке, 2 – на коже туловища. Общее число чесоточных ходов (паразитарный индекс) составило 24. На коже кистей, кроме того, имелись единичные невоспалительные везикулы.

При дерматоскопии в день поступления из чесоточных ходов с помощью иглы были извлечены погибшие чесоточные клещи.

Больному поставлен диагноз: типичная чесотка, множественная скабиозная лимфопазия кожи, вульгарный псориаз (прогрессивная стадия).

Лечение чесотки проведено 20% серной мазью. Ее втирали в весь кожный покров, кроме лица, в течение 6 дней. На фоне антипаразитарной терапии быстро купировался зуд, прекратилось подсыпание псориатических папул. Для лечения псориаза использовали традиционную схему лечения: витамины, глюконат кальция внутримышечно №10, гемодез, фототерапия спектром «В», 3% салициловая мазь на ночь и локоид (мазь) утром. В скабиозные папулы локоид втирали 2 раза в день. Псориатические высыпания разрешились за 28 дней.

Они выявлены у пациентов со сквамозно-гиперкератотической формой рубромикоза, заразившихся чесоткой. Мы наблюдали 4 таких больных в возрасте старше 50 лет (51, 56, 65, 74 года). Выраженный гиперкератоз и распространение процесса на тыльные поверхности стоп и кистей затруднял внедрение чесоточного клеща. Диагностическими критериями заболевания являлись обнаружение чесоточных ходов на запястьях, в области ахиллова сухожилия, на локтях (Чесотка на фоне рубромикоза стоп у больного Б. 65 лет: а – поражение кожи подошвы, б - поражение кожи тыла стопы, в - поражение кожи в области голеностопного сустава). Численность лентиккулярных папул (скабиозная лимфопазия кожи)

увеличивалась на ягодицах, животе, в аксиллярных областях, половых органах у мужчин.

Они выявлены у пациентов с интертригинозной (25, 36, 47 лет) и дисгидротической формой (18, 20, 26 и 35 лет) заболевания. Повышенная влажность кожных покровов создавала благоприятные условия для чесоточного клеща. В этом случае численность чесоточных ходов на кистях и стопах почти в 2 раза превышала таковую при обычном течении заболевания. Преобладали чесоточные ходы, приуроченные к экссудативным морфологическим элементам. Чаше регистрировалась вторичная пиодермия, преимущественно стафилококковое импетиго. Важно отметить, что после лечения одним из скабицидов наблюдалось резкое обострение процесса на кистях в виде везикулезных или везико-буллезных эпидермофитидов (рис. 3. Эпидермофитиды на кистях, возникшие после лечения чесотки, протекающей на фоне дисгидротической эпидермофитии стоп, 20% эмульсией бензилбензоата). Причина этого явления неизвестна. Можно полагать, что это результат воздействия скабицида на мицелий дерматофитов.

. Для этой цели обследовано 45 пациентов, госпитализированных в три психиатрические больницы Московской области. Возраст больных был от 37 до 86 лет, составляя в среднем 65,611,0. Женщины преобладали (93,3%). Особенности течения чесотки, в первую очередь, были связаны с длительным приемом различных психотропных препаратов, которые практически у всех больных вызывали сухость кожных покровов снижали интенсивность зуда. Более половины (26 или 57,8%) больных его не ощущали. Объективным подтверждением данного факта являлось отсутствие расчесов и кровянистых корочек на теле. Более трети (17 или 37,8%) больных жаловались на слабый зуд. Только 2 (4,4%) больных отметили умеренный зуд. Прием нескольких медикаментов достаточно часто является причиной медикаментозной токсикодермии (12 больных или 26,7%). Эти препараты, обладая иммуносупрессивным эффектом, способствовали развитию поверхностных микозов кожи (26 больных или 57,8%). Из них почти половина (11 или 42,3%) больных имела микоз стоп с онихомикозом или онихогрифозом. Чесотка в сочетании с микозом стоп и онихогри-

фозом у больных шизофренией) (рис. 4. Чесотка в сочетании с микозом стоп и онихогрифозом у больных шизофренией), более четверти (7 или 26,9%) – микоз без поражения ногтевых пластинок, 5 (19,2%) – изолированный онихомикоз, 4 (15,4%) – микоз крупных складок. У одного (3,8%) пациента зарегистрирована микотическая экзема. Все это маскировало клинические проявления чесотки. Типичная чесотка выявлена у 26 (57,8%) больных. Вторичная пиодермия зарегистрирована у 6 (13,3%) пациентов. При этом невозможно было установить причину ее возникновения – чесотка или микоз стоп (рис. 5. Вторичная пиодермия (множественные импетиго) на стопах у больной с сенильной деменцией). Чесотка без ходов выявлена у 13 (28,9%), преимущественно в надзорных палатах. Полный подсчет чесоточных ходов у 32 больных типичной чесоткой на фоне психических заболеваний показал, что их число сильно варьировало – от 1 до 40. Среднее число чесоточных ходов на больном составило $10,5 \pm 10,1$. До 5 ходов имели 15 (46,9%) больных, от 6 до 10 – 5 (15,6%), от 11 до 15 – 4 (12,5%), от 16 до 20 – 2 (6,2%), более 20 – 6 (18,8%). Иными словами, более чем у трети (37,5%) пациентов было 10 и более чесоточных ходов. Анализ встречаемости клинических вариантов чесоточных ходов у больных чесоткой с психическими заболеваниями проведен на выборке из 337 ходов. Более половины из них (58,8%) составили полуразрушенные ходы, чаще в виде трещин, что обусловлено выраженной сухостью кожных покровов. Встречаемость интактных чесоточных ходов составляла четверть (24,6%) выборки (рис. 6. Интактный чесоточный ход на своде стопы у больной шизофренией). Ходы, приуроченные к лентикулярным папулам (скабиозная лимфопазия кожи) составляли только 9,5% выборки и у большинства больных локализовались на ягодицах и/или в области седалищных бугров (рис. 7. Ходы приуроченные к лентикулярным папулам на ягодицах у больной сенильной деменцией). Ходы с приуроченными к ним экссудативными морфологическими элементами составили всего 7,1%. Высыпания, свойственные метаморфической части жизненного цикла чесоточного клеща (фолликулярные папулы и везикулы), у данного контингента больных наблюдались редко. Возможно это было обусловлено несколькими причинами: сухостью кожных покровов, аллергическими реакциями на принимаемые психотропные препараты, сенсibilизацией

к дерматофитам (микоз кожи) и т.п. Эпидемиологическая значимость очагов чесотки в стационарах психиатрического профиля и особенности ее течения у больных поверхностными микозами кожи достаточно полно проанализирована нами в более ранней публикации [34].

. Обследовано 5 больных чесоткой, основным клиническим проявлением которой была эритродермия. Все пациентки – женщины в возрасте 42, 72, 76, 84 и 89 лет. Данность заболевания от 8 месяцев до 1 года. Причины развития эритродермии были различные. У первой пациентки (42 года) заболевание возникло на фоне системной красной волчанки, в комплексную терапию которой был включен преднизолон по 60 мг в сутки в течение 3 месяцев. Двум больным (72 и 76 лет) ошибочно диагностирован аллергический контактный дерматит, а затем токсикодермия. В течение 8-9 месяцев они получали антигистаминные, десенсибилизирующие препараты внутрь и топические глюкокортикостероиды (ТКС) наружно. Эритродермия возникла спустя 2 месяца после назначения ТКС. Четвертая больная (84 года) выявлена в психоневрологическом стационаре. В связи с шизофренией длительное время получала психотропные препараты, а наружно – синаflan. Пятая пациентка (89 лет) с диагнозом аллергический дерматит, а затем токсикодермия, в течение года получала антигистаминные препараты, ТКС, а затем 3 месяца дипроспан. Эритродермия возникла спустя 2 месяца после начала инъекций дипроspана. Лабораторно диагноз чесотки подтвержден во всех случаях.

Анализ пяти клинических случаев позволил выделить скабиозную эритродермию в самостоятельную редкую форму чесотки. Ее клинико-диагностическими критериями являются:

1. Развитие заболевания на фоне приема препаратов, ослабляющих зуд: системные и ТКС, психотропные, антигистаминные, десенсибилизирующие препараты. Подавление зуда способствует меньшему расчесыванию кожи и сохранению в ней клещей. Происходит бесконтрольное увеличение численности их популяции.
2. Значительная давность заболевания (более 8 мес.), при раннем появлении эритродермии (через 2-3 мес.) после назначения системных, ТКС, нередко в комбинации с антигистаминными и/или психотропными препаратами.

3. Особый характер зуда – менее выраженный, диффузный, усиливается к вечеру, следы расчесов отсутствуют. Больные, как правило, не расчесывают, а растирают кожу ладонями.
4. Наличие генерализованной эритемы с инфильтрацией (эритродермии) и ксерозом при минимальном шелушении.
5. Появление участков гиперкератоза в местах постоянного давления (ягодицы, локти).
6. Отсутствие корок.
7. Наличие только мелких пустул (остеофолликулитов) с небольшой инфильтрацией в основании.
8. Большое число чесоточных ходов в местах типичной локализации (кисти, запястья, стопы) – 50-310 на анатомическую область.
9. Наличие чесоточных ходов на лице, шее, в межлопаточной области, где они всегда отсутствуют при типичной чесотке.
10. Преобладание коротких чесоточных ходов длиной 2-3 мм, сделанных в большинстве случаев неполовозрелыми стадиями чесоточного клеща (личинками, нимфами), которые в литературе получили название метаморфических [Соколова Т.В., 1989].
11. Выражен стойкий белый дермографизм.
12. Методом дерматоскопии визуализация клещей в значительном количестве не только в ходах, но и в эритродермически измененной и внешне неизменной коже.
13. Заражены все лица, контактировавшие с больным.

В качестве примера приводим выписку из истории болезни и фотографии больной со скабиозной эритродермией, выявленной в июне 2013 года.

Больная С., 89 лет, поступила в июне 2013 г. в КВО одного из московских военных госпиталей с жалобами на поражение всего кожного покрова, умеренный кожный зуд, усиливающийся вечером, зябкость, несмотря на высокую температуру окружающего воздуха. Болеет в течение года. Начало заболевания ни с чем не связывает. Полагала, что изменения кожи – результат «аллергии» (в прошлом работала медицинской сестрой). Первым симптомом заболевания был кожный зуд в межлопаточной области, который постепенно распространился на другие участки кожи. Дочь, ухаживающую за пациенткой, также беспокоил небольшой зуд. Лечились самостоятельно антигистаминными препаратами и втиранием противозудных средств (меновазин, фенистил гель, боро плюс). Эффекта от самолечения не было. Об-

ратились в КВД по месту жительства. Дочь о наличии зуда у себя умолчала. Поставлен диагноз распространенный аллергический дерматит. Назначено лечение: антигистаминные и десенсибилизирующие препараты, кремы с ТКС. Наступило незначительное кратковременное улучшение. В дальнейшем пациентку консультировали еще четыре дерматолога в частных медицинских центрах г. Москвы. Диагноз оставался прежним, а лечение мало отличалась от предыдущего. Эффект от проводимой терапии отсутствовал. За три месяца до поступления в стационар один из дерматологов назначил дипроспан по 2 инъекции в месяц и кремы с ТКС (дермовейт, кутивейт). На фоне субъективного снижения интенсивности зуда появились очаги покраснения, которые быстро распространились по всему кожному покрову и приняли характер эритродермии. Больная в очередной раз обратилась в лечебно-диагностический центр. Поставлен диагноз токсикодермия. Направлена на стационарное лечение. При поступлении в отделение состояние больной удовлетворительное, температура тела нормальная. Состояние внутренних органов и выявленная патология в целом соответствует преклонному возрасту пациентки. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. Локальный статус: процесс носит универсальный характер, захватывая все тело (рис. 8. Клинические проявления скабиозной эритродермии: а – диффузная эритродермия с инфильтрацией, б – очаговый гиперкератоз в межъягодичной складке, в – очаговый гиперкератоз в области локтя). Кожа застойно красного цвета, сухая, инфильтрована, пигментирована и лихенифицирована, местами шелушится. На ощупь она теплая, плотная, шершавая. Дермографизм белый. Корки отсутствуют. В области межъягодичной складки и локтей очаговый гиперкератоз сероватого цвета с плотно сидящими чешуйками. Следов расчесов практически нет. Так как скабиозная эритродермия ранее по данным литературы не выделена в самостоятельную форму чесотки, то многие авторы пытаются рассматривать ее как норвежскую чесотку, оценивая гиперкератотические наслоения как корки, которые таковыми не являются. На коже лица в области лба, век, щек, красной каймы губ, подбородка, ушных раковин на фоне умеренной гиперемии очаги инфильтрации красного цвета. Кожа волосистой части головы бледная, без признаков воспаления. На

коже плеч и голеней мелкие очаги не измененной кожи. На коже ладоней и своде подошв воспалительные изменения выражены слабо. Визуализируется большое число свежих и разрушенных чесоточных ходов различной длины, большая часть которых приурочена к кожным складкам. Число выявленных без использования дерматоскопа чесоточных ходов составляло на ладонях – 186, на подошвах – 81, в области ареол молочных желез – 34. На других участках кожи чесоточные ходы без дерматоскопа визуализировались очень плохо.

Данные лабораторного обследования. В общем анализе крови умеренный лейкоцитоз $13,6 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 3 мм/ч. Биохимические исследования – гипопроteinемия 52 г/л. Другие биохимические показатели и общий анализ мочи в норме. При дерматоскопии на всех участках кожного покрова обнаружены многочисленные чесоточные ходы, в том числе на лице (рис. 9. Чесоточные ходы на лице (а), на волосистой части головы по границе роста волос (б), в межлопаточной области (в), на лобке (г)), на волосистой части головы по границе роста волос, в межлопаточной области, на лобке. Методом дерматоскопии чесоточные клещи (от 5 до 30 на 1 см^2) обнаружены вне чесоточных ходов (рис. 10. Чесоточные клещи выявленные методом дерматоскопии вне чесоточных ходов: а – на воспаленных участках (ув. $\times 10$), б – на внешне мало измененной коже (ув. $\times 50$)), в том числе на внешне мало измененных участках кожи. Численность клещей преобладала на участках кожного покрова с резко выраженными воспалительными явлениями. Для сопоставления результатов обнаружения клещей на ладони визуально и методом дерматоскопии их подсчитали на участке кожного покрова площадью 4 см^2 . Визуально выявлялись только самки чесоточных клещей, находящиеся в чесоточных ходах (всего 19). При дерматоскопии клещи выявлялись и вне ходов. Их было в 2,2 раза больше (41).

Результаты микроскопического исследования соскобов кожи приведены в табл. 1.

Число паразитарных элементов в соскобах напрямую зависело от величины участка кожного покрова, с которого соскабливался эпидермис. В соскобе с бедра (размер $6 \times 8 \text{ см}$) выявлено 17 паразитарных элементов, в соскобе с живота (размер $20 \times 10 \text{ см}$) – 25. Преобладали взрослые особи (самки и самцы) (40,5%). Треть (33,3%) выборки была представлена яйцами. Опустевшие яйцевые оболочки обнаружены в 19,1%

случаев, личинки – в 7,1%. Полученные данные свидетельствуют, о высоком уровне колонизации чесоточными клещами тех участков кожного покрова, которые при типичной чесотке поражаются незначительно. Преобладание в соскобах самок, яиц и наличие опустевших яйцевых оболочек свидетельствует о наличии чесоточных ходов, которые при типичной чесотке приурочены к кистям, запястья и стопам.

Для диагностики чесотки кроме других методов были так же использованы скотч-пробы. Результаты представлены в таблице 2.

Методом скотч-проб, взятых с 4-х участков кожного покрова, обнаружено 15 чесоточных клещей на разных стадиях развития. Преобладали взрослые особи (имаго). Самок было 6, самцов – 3. Выявлены также личинки (6) и нимфы (1). Яйца и опустевшие яйцевые оболочки отсутствовали. Клещи выявлялись не только на местах типичной локализации чесоточных ходов (стопа), но и на тех участках кожного покрова, где при типичной чесотке локализуются высыпания метаморфической части жизненного цикла (живот, бедро, грудь).

Сравнение эффективности дерматоскопии и метода скотч-проб показало значительное преимущество первого метода. В 4-х скотч-пробах число выявленных клещей на площади

10 см² колебалось от 2 до 6 особей. При дерматоскопии на площади того же размера было обнаружено на стопе 35 клещей, животе – 12, бедре – 22, груди – 15.

Для паразитологического обследования простыни, на которой лежала пациентка, выполнено 3 скотч-пробы (рис. 17. Скотч-проба с простыни, на которой лежала больная чесоткой (обведены места, где обнаружены паразитарные элементы). В верхней и нижней частях рисунка микроскопическое изображение выявленных чесоточных клещей).

Обнаружено 9 самок, 6 самцов, 11 личинок, 1 нимфа и 4 яйца. Полученные данные свидетельствуют о высоком инвазивном потенциале данной формы заболевания. Не случайно, что все члены семьи, ухаживающие за больной, имели чесотку. На основании клинических, дерматоскопических и микроскопических данных поставлен диагноз: чесотка, скабиозная эритродермия. Больную обработали 20% мазью бензилбензоата. На следующий день проведена оценка эффективности лечения по воздействию на возбудителя. При извлечении клещей из чесоточных ходов сохраняли подвижность 67% экземпляров, из внешне неизменной кожи – 92%. В скотч-пробах с поверхности простыни из 27 клещей 23 (85,2%) сохраняли подвижность. Мазь бензилбензоата втирали однократно вечером в весь кожный покров

Таблица 1. Паразитарные элементы в соскобах эпидермиса

Место забора материала	Самки	Самцы	Личинки	Нимфы	Яйца	Яйцевые оболочки	Всего
Соскоб с бедра (6x8 см)	6	6	0	0	3	2	17
Соскоб с живота (20x10 см)	4	1	3	0	11	6	25
Всего	10	7	3	0	14	8	42

Таблица 2. Паразитарные элементы в скотч-пробах с различных участков кожного покрова

Место забора материала	Самки	Самцы	Личинки	Нимфы	Яйца	Яйцевые оболочки	Всего
Стопа	1	3	2	0	0	0	6
Живот	0	0	2	0	0	0	2
Бедро	4	0	0	0	0	0	4
Грудь	1	0	1	1	0	0	5
Всего	6	3	5	1	0	0	15

в течение 7 дней. Одновременно назначали лоратадин. На восьмые сутки инфильтрация и интенсивность гиперемии кожи значительно уменьшились, количество клещей при дерматоскопии снизилось до 1-3 на см², подвижных не было. Скотч-пробы с поверхности кожи и белья были отрицательными. Дальнейшая терапия проводилась неспецифическими гипосенсибилизирующими средствами (натрия тиосульфат) и антигистаминными (хлоропирамин) препаратами. Наружно применяли смягчающие средства (кольд-крем).

Впервые дано описание новой клинической формы чесотки – скабиозной эритродермии, и оценен ее инвазивный потенциал. Разработаны критерии дифференциальной диагностики скабиозной эритродермии и норвежской чесотки, которые являются основой их правильной диагностики. Клиническая картина этих форм чесотки базируется на чрезмерном увеличении популяции возбудителя в связи с устранением зуда, являющегося результатом иммуноаллергической реакции организма на продукты его жизнедеятельности. Аллергенами являются сами клещи, продукты их жизнедеятельности (оральный секрет, фекалии, секрет желез яйцевода, приклеивающий яйца в ход). Данные об участии иммунной системы человека в патогенезе чесотки достаточно полно обобщены в публикации Ю.В.Сергеева [35].

При псориазе кожный зуд, вызванный чесоточным клещом, способствует резкому прогрессированию процесса за счет изоморфной реакции Кебнера. При рубромикозе стоп и ки-

стей выраженный гиперкератоз затрудняет внедрение чесоточного клеща. Диагностическими критериями заболевания были обнаружение чесоточных ходов на запястьях, в области ахиллова сухожилия, на локтях. Возрастает численность скабиозной лимфоплазии кожи на ягодицах, животе, в аксиллярных областях, половых органах у мужчин. При эпидермофитии стоп за счет повышенной влажности кожи численность чесоточных ходов на кистях и стопах почти в 2 раза превышает таковую при обычном течении заболевания. Преобладают чесоточные ходы, приуроченные к экссудативным морфологическим элементам, чаще регистрируется вторичная пиодермия. Прием психотропных препаратов у соответствующего контингента больных изменяет клиническую картину чесотки. Это проявляется в сухости кожных покровов, устранении (ослаблении) зуда, развитии медикаментозной токсикодермии (26,7%), преобладании разрушенных чесоточных ходов и частому возникновению поверхностных микозов кожи (57,8%), что маскирует клинические проявления чесотки.

Изменение течения псориаза, эпидермофитии и рубромикоза стоп в сочетании с чесоткой и особенности ее течения на фоне приема психотропных средств у соответствующего контингента больных обосновывают целесообразность их более детального обследования.

1. Feldmeier H., Heukelbach J. Epidermal parasitic skin diseases: a neglected category of poverty-associated plagues. *Bull. World Health Organ.* 2009; 87(2): 152-1599.
2. Chosidow O. Scabies. *Engl. J. Med.* 2006; 354: 1718-27.
3. Alasaad S., Walton S., Rossi L., Bornstein S., Abu-Madi M., Soriguer R., Heukelbach J. Sarcoptes - World Molecular Network (Sarcoptes-WMN): integrating research on scabies. *International Journal of Infectious Diseases.* 2011; 15(5): e294-e297.
4. Ресурсы и деятельность медицинских организаций дермато-венерологического профиля. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, заразными кожными болезнями и болезнями кожи (статистические материалы). Москва, 2013.

5. Соколова Т.В., Федоровская Р.Ф., Ланге А.Б. Чесотка. М.: Медицина. 1989. 176 с.
6. Соколова Т.В. Случай семейного псевдосаркоптоза, вызванного заражением *Sarcoptes scabiei canis* (Gerlach) (Acariformes, Sarcoptidae) от собак. *Вестн. дерматол. и венерол.* 1992; 9: 77-8.
7. Исмаилова Г.А., Самигуллина А.Р. Особенности современной чесотки при поражении кожи лобковой области. *Клиническая дерматология и венерология.* 2004; 3: 41-3.
8. Khalid A. Daifullah A. Multiple lesions of granuloma annulare on the hand in a patient with scabies. *Clin. Cosmet. Investig. Dermatol.* 2011; 4: 131-2.

9. Samochocki Z., Dejewski J., A comparison of criteria for diagnosis of atopic dermatitis in children. *World J. Pediatr.* 2012; 8(4): 355-8.
10. Соколова Т.В. Чесотка и крысиный клещевой дерматит (новое в этиологии, эпидемиологии, клинике, лечении и профилактике). Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 1992: 34 с.
11. Phan A., Dalle P., Balme B., Thomas I. Scabies with clinical features and positive darier sign mimicking mastocytosis. *Pediatric Dermatology* 2009; 26(3): 363-4.
12. Fuchs B.S. Sapadin A.N, Robert G. Phelps R.G., Rudikoff D . Diagnostic dilemma: crusted scabies superimposed on psoriatic erythroderma in a patient with acquired immunodeficiency syndrome. *SKINmed: Dermatology for the Clinician.* 2007; 6(3): 142-4.
13. Freitas A. Human T-lymphotropic virus 1 (HTLV-1), strongyloidiasis and scabies. *Infections and associations to considerate.* *Invest. Clin.* 2008; 49(4): 455-6.
14. Karthikeyan K. Crusted scabies. *Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol.* 2009; 75(4): 340-7.
15. Buehlmann M., Beltraminelli H., Strub C. Scabies outbreak in an intensive care unit with 1659 exposed individuals-key. *Infect. Control. Hosp. Epidemiol.* 2009; 30(4): 354-60.
16. Rothe M. J., Bernstein M. L., Grant-Kels J. M. Life-threatening erythroderma: diagnosing and treating the "red man". *Clinics in dermatology.* 2005; 23(2): 206-17.
17. Mehta V., Balachandran C., Monga P., Rao R. Norwegian scabies presenting as erythroderma. *Ind. J. Dermatol, Vener. Leprol.* 2009; 75(6): 609-10.
18. Mortazavi H., Abedini R., Sadri F. Crusted scabies in a patient with brain astrocytoma: Report of a case. *Int. J. Infect. Dis.* 2009; 22(4): 451.
19. Poziomczyk C. S., Kępczyk B., Becker F. L., Dornelles S. I. T., Bonamigo, R. R. Tinea pseudoimbricata caused by *M. gypseum* associated to crusted scabies. *Anais brasileiros de dermatologia.* 2010; 85(4): 558-9.
20. Almond D. S., Green C.J., Geurin D.M. Lesson of the week Norwegian scabies misdiagnosed as an adverse drug reaction. *British Med. J.* 2000; 320: 7226-235.
21. Berg J.O., Alsbjorn B. Crusted Scabies in the Burned Patient. *J. Burn Care* 2011; 32(3): 97-100.
22. Нехамкин П.Б., Сарафанова Е.А., Корюкина Е.Б. Случай норвежской чесотки у проживающих в психоневрологических интернатах. *Межрег. научно-практ. конф. дерматовенерол.* Екатеринбург. 2005; 34 с.
23. Svecova D., Chmurova N., Pallova A., Babal P. Norwegian scabies in immunosuppressed patient misdiagnosed as an adverse drug reaction. *Epidemiol. Mikrobiol. Imunol.* 2009; 58(3): 121-3.
24. Chosidow O. Scabies and pediculosis. *The Lancet.* 2000; 355(9206): 818.
25. Baccouche K., Sellam J., Guegan S., Aractingi S. Crusted Norwegian scabies, an opportunistic infection, with tocilizumab in rheumatoid arthritis. *Joint Bone Spine.* 2011; 78(4): 402-4.
26. Monari P., Sala R., Calzavara-Pinton P. Norwegian scabies in a healthy woman during oral cyclosporine therapy. *European journal of dermatology: EJD.* 2007; 17(2): 173.
27. Фелькер А. Я. Норвежская чесотка. *Вестник дерматологии и венерологии.* 1992; 4: 67-9.
28. Ekmekci T.R., Koslu A. Erythrodermic crusted scabies in a young healthy man. *Dermatology Online Journal.* 2012; 6: 23.
29. Judge M.R., Kobza-Black A. Crusted scabies in pregnancy. *Br. J. Dermatol.* 1995; 132(1): 116-9.
30. Baysal V., Yildirim M., Turkman C., Aridogan B., Aydin G. Crusted scabies in a healthy infant. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2004; 18(2): 188-90.
31. Gladstone H.B., Darmstadt G.L. Crusted scabies in an immunocompetent child: treatment with ivermectin. *Pediatr. Dermatol.* 2000; 17(2): 144-8.
32. Соколова Т.В. Редкие клинические проявления чесотки. Современные аспекты диагностики, лечения и профилактики кожных и венерических заболеваний. *Владивосток, 1992, 67 с.*
33. Малярчук А.П. Соколова Т.В., Малярчук Т.А., Чесотка и микозы при сочетанной патологии. *Иммунопатология, аллергология, инфектология* 2012; 4: 16-22.
34. Сергеев Ю.В. Современные клинико-эпидемиологические особенности чесотки и новые подходы к ее диагностике и терапии. *Иммунология, аллергология, инфектология.* 2003; 4: 102-7.

Сведения об авторах:

Малярчук Александр Петрович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии медицинского института усовершенствования врачей ФГБОУ ВПО МГУПП, Москва, раб. тел. 84997500700, моб. тел. +79267143843, e-mail: 2236779@mail.ru

Соколова Татьяна Вениаминовна, доктор медицинских наук, профессор кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии медицинского института усовершенствования врачей ФГБОУ ВПО МГУПП, 125080, Москва, Волоколамское ш., д. 11. Раб. тел. 84997500700, моб. тел. +79163486848, e-mail: stv_morf2005@mail.ru

Поступила 15.01.2014 г.