

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Научная статья

УДК 616.995.428

doi: 10.19163/1994-9480-2021-4(80)-180-183

СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ, ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЧЕСОТКИ

Алексей Юрьевич Родин

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия, dermavolgmu@yandex.ru

Аннотация. В статье рассматриваются вопросы этиопатогенеза, эпидемиологии, классификации, клинических проявлений, диагностики и лечения чесотки.

Ключевые слова: чесотка, клиника, диагностика, лечение

TO HELP A PRACTICAL DOCTOR

Original article

MODERN CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL, DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC ASPECTS OF SCABIES

Alexey Yu. Rodin

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia, dermavolgmu@yandex.ru

Abstract. The article discusses the issues of etiopathogenesis, epidemiology, classification, clinical manifestations, diagnosis and treatment of scabies.

Keywords: scabies, clinic, diagnosis, treatment

Проблема чесотки заключается не только в ее высокой контагиозности (ежегодно в мире болеют чесоткой более 300 млн человек) [1], но и в развитии атипичных форм (особенно это относится к грудным детям, ВИЧ-инфицированным и др.), стертых форм и при сочетаниях с другими дерматозами, мимикрирующими под основное заболевание, что затрудняет диагностику и приводит к позднему началу лечения и формированию эпидемиологического очага.

Чесотка (*scabies*) – паразитарное заболевание, относящееся к дерматозоозам (внедрение животных паразитов в кожу). Возбудитель – чесоточный клещ (*Sarcoptes scabiei hominis*), вне человеческого организма короткое время сохраняющий жизнеспособность и способность инфицирования человека. Чесотка – строгий антропоноз, поэтому ни один вид животного ею не болеет. Инвазивными стадиями клеща являются молодые самки чесоточного зудня и личинка [2].

Заражение происходит от больных людей через рукопожатие, прямой контакт кожи (в 95 % случаев), в том числе через половые контакты (60 %), реже – через белье, одежду, игрушки и т. д.

Инкубационный период не является достаточным точным понятием и колеблется от 1–3 дней

до 1,5 месяцев. Длительность инкубационного периода зависит от количества чесоточных клещей, попавших на кожу, стадий, в которых находятся данные клещи (наиболее быстро заболевание развивается при попадании молодых оплодотворенных самок), чистоплотности человека [3]. На коже человека происходит оплодотворение самки самцом, который после этого погибает, а самка роет ходы под роговым слоем эпидермиса и откладывает там яйца. Местом внедрения самки являются анатомические зоны с наиболее тонким роговым слоем, где клещу легче прорыть ход [4].

Классификация клинических форм [3]:

- типичная;
- чесотка без ходов;
- «чесотка чистоплотных», или «инкогнито»;
- скабиозная эритродермия;
- норвежская чесотка;
- псевдосаркоптоз;
- скабиозная лимфоплазия.

Типичная чесотка. Чесоточный зудень (клещ) прорывает ходы на коже с наиболее тонким роговым слоем (межпальцевые промежутки кистей, запястья, гениталии, ягодицы), а в дальнейшем – на коже туловища.

В отличие от взрослых, у грудных детей поражения могут локализоваться в области лица, волосистой

части головы, на ладонях и подошвах. Вылупившиеся личинки выходят из ходов на поверхность кожи через отверстия, сделанные самкой над местом каждой кладки, расселяются на ней и внедряются в волосяные фолликулы и под чешуйки эпидермиса. Здесь протекает их метаморфоз (линька): через стадии прото- и теле- нимфы образуются взрослые особи (самки и самцы).

В месте внедрения клеща образуется милиарная папула, на вершине которой – пузырек, у маленьких детей могут быть волдыри, пятна. Высыпания парные (расстояния между ними 2–3 мм, до 10 мм) – это место входа самки и место откладки яиц. Между ними сероватая полоска – чесоточный ход, его легкое возвышение над уровнем кожи описано как симптом Сезари [4].

Характерным для чесотки является зуд кожи, вплоть до интенсивного, усиливающийся к вечеру, что связано с биологическим ритмом жизнедеятельности клеща. Зуд кожи развивается из-за механического раздражения болевых рецепторов при движении клеща, реакции на выделения клещом слюны, содержащей протеолитические ферменты, экскременты и развития сенсibilизации.

В результате расчетов – обильные экскориации, затем присоединение вторичной инфекции в виде фолликулитов, импетиго. На разгибательных поверхностях предплечий (локти) появляются импетигозные корочки (симптом Арди), кровянистые корки (симптом Горчакова), кровянистые и импетигозные корки в межъягодичной складке с переходом на крестец (Симптом Михаэлиса).

Чесотка без ходов. Возникает при заражении личинками, существует в виде единичных фолликулярных невоспалительных папул и везикул в сроки не более 2 недель после заражения.

Затем развивается типичная чесотка с ходами, что связано с развитием взрослых половозрелых особей.

Чесотка чистоплотных. Возникает у лиц, часто принимающих водные процедуры, особенно в вечернее время. Клинические проявления соответствуют типичной форме, но с минимальными, иногда трудно диагностируемыми проявлениями.

Постпаразитарная лимфоплазия. После проведенного лечения могут формироваться высыпания в виде постпаразитарной лимфоплазии (узелки, сформированные клеточной инфильтрацией вокруг остатков чесоточного клеща). Отмечается сильный зуд – в сроки от 2 недель до 6 месяцев после полноценного лечения.

Норвежская чесотка. Очень контагиозная форма, возникающая при длительном приеме кортикостероидов, цитостатиков, при сенильной деменции, болезни Дауна, СПИДе, нарушении периферической чувствительности и т. д.

Клинические проявления: эритродермия с массивными серовато-желтыми или буро-черными корками толщиной от нескольких мм до 2–3 см, делающими болезненными движения. Между слоями корок и под ними даже визуально обнаруживается огромное количество клещей. Может наблюдаться лимфаденит, выпадение волос, повышение температуры [5, 6].

От больных исходит неприятный запах квашенного теста. Часто наблюдаются микроэпидемии (в семье, среди медработников, в палате и т. д.).

Необычная особенность норвежской чесотки – зуд может отсутствовать вовсе или существовать постоянно, больше больных беспокоят боли при движении.

Сочетание чесотки с другими дерматозами. При сочетании чесотки и **ксероза** (сухость кожи на фоне атопического дерматита, вульгарного ихтиоза) отмечаются единичные чесоточные ходы.

При сочетании чесотки и дерматозов, сопровождающихся **повышенной влажностью** (гипергидроз, дисгидротическая экзема, эпидермофития) – множественные чесоточные ходы.

При чесотке на фоне **псориаза и плоского лишая** резко выражена изоморфная реакция Кебнера (появление новых высыпаний на месте механической травмы кожи при инъекциях, расчесах, экскориациях и т. д.).

Псевдосаркоптоз. Заболевание, возникающее у человека при заражении чесоточными клещами животных (кошки, собаки, свиньи, кролики и др.).

Инкубация – несколько суток, чесоточные ходы отсутствуют, так как клещи лишь частично внедряются в кожу и не размножаются на поверхности.

Высыпания представлены уртикарными папулами, кровянистыми корочками, расчесами.

Заболевание разрешается самостоятельно после естественной смерти клещей и от человека человеку не передается.

Диагностика чесотки. Диагноз чесотки должен быть подтвержден обнаружением клеща.

Метод прокрашивания. Подозрительный на чесоточный ход элемент смазывают йодом или анилиновыми красителями.

Метод масляной витропрессии. На предполагаемый чесоточный ход наносят масло (для просветляющего эффекта) и надавливают предметным стеклом для обескровливания и улучшения визуализации хода.

Метод извлечения клеща иглой. Иглой вскрывают слепой конец хода, извлеченного клеща помещают на предметное стекло с каплей воды или 40%-й молочной кислоты, накрывают предметным стеклом и микроскопируют.

Метод соскобов. На чесоточный ход, папулу, везикулу или корочку наносят каплю 40%-й молочной кислоты. Через 5 минут разрыхленный эпидермис

соскабливают скальпелем до появления капли крови. Материал накрывают покровным стеклом и микроскопируют. Результат считается положительным, если обнаруживают самку, личинку, нимфу, яйца, ленточные шкурки.

Дерматоскопия. Является обязательным методом при обследовании больного чесоткой. При типичной чесотке положительный результат исследования достигается во всех случаях, при чесотке без ходов – в 30 % случаев. Выявляемость чесоточных ходов при использовании этого метода повышается на треть.

При постановке диагноза чесотки врач заполняет экстренное извещение в СЭС по форме № 089/у-кв.

Лечение чесотки. Выделяют три вида противо-скабиозной терапии.

Специфическая терапия. Профилактическая (обработка здоровых контактных лиц при отсутствии клинических проявлений по эпидемиологическим показаниям в очаге чесотки). **Пробная** (проводится только в случаях, когда врач по клиническим данным подозревает наличие чесотки, но диагноз не подтвержден обнаружением возбудителя).

Препараты для лечения чесотки.

Бензилбензоат (Россия, 20%-я эмульсия, мазь).

Медифокс (Россия, свежеприготовленный 0,4%-й раствор перметрина, приготовленный из 5%-го концентрата эмульсии в этаноле – обработка в течение 3 дней).

Спрегаль (Франция, аэрозоль – раствор эсдепалетрина и пиперонила бутоксида) (однократная обработка в вечернее время на 12 часов), применяется во всех возрастных группах.

Натрия тиосульфат и сернистая кислота (метод по Демьяновичу).

Серная мазь 33%-я (4–5 дней).

Необходимо отметить, что метод лечения чесотки по Демьяновичу хотя и является эффективным, но в настоящее время не применяется, так как составная часть терапии – сернистая кислота – может применяться в террористических целях. Метод лечения серной мазью применяется редко в связи с неудобством такой терапии (неприятный запах, пропитывание одежды мазью, аллергические контактные реакции и др.)

Лечение на примере 20%-й эмульсии бензилбензоата (менее удобная и эффективная 20%-я мазь бензилбензоата).

По нашему мнению, многолетнее использование бензилбензоата связано с его эффективностью и доступностью.

Лечение заключается в последовательном выполнении следующих мероприятий:

1. Больной принимает горячий душ для разрыхления рогового слоя, лучшего проникновения препарата

в кожу, а также с целью смывания с поверхности кожи клещей, еще не проникших в кожу.

2. Самостоятельное двухминутное втирание пациентом препарата в каждую конечность и туловище, после перерыва в 10 минут – повторная обработка, 5 раз.

3. Смена белья; 2-й и 3-й день без обработки, купание не ранее, чем через 12 часов после обработки.

4. На 4-й день – две обработки по 10 мин с повторной сменой белья. Экспозиция препарата на коже – не менее 12 часов.

Перерывы в лечении на второй и третий день связаны с тем, что в первый день уничтожаются все взрослые особи, на четвертый день – вылупившиеся личинки, поскольку яйца обладают относительной устойчивостью к скабицидам. При присоединении вторичной инфекции лечение пиодермии или аллергического дерматита проводят на 2-й и 3-й день терапии.

Личные вещи больного, постель и туалетные принадлежности необходимо дезинфицировать (аэрозоль А-Пар однократно) или убрать в целлофановый пакет на 7 дней (взрослые особи и личинки вне человеческого организма при температуре 22 °С и влажности 35 % живут не более 4 дней, при влажности 60 % – до 6 суток).

Лечение чесотки у детей и беременных. Детям в возрасте от 3 до 7 лет лечение проводят 10%-й эмульсией бензилбензоата, старше 7 лет – так же, как и взрослым, – 20%-й эмульсией бензилбензоата.

Детям в возрасте до 3 лет рекомендуют 5%-й концентрат эмульсии перметрина в этаноле (свежеприготовленный раствор наносят на кожу на ночь в течение 3 дней или 1-й и 4-й день), или аэрозоль пиперонила-бутоксила + эсбиол (до 1 года только его). Также однократно на ночь. Аналогичный принцип лечения беременных. Лечение скабиозной лимфоплазии кожи проводят топическими стероидами, реже внутриочаговым введением глюкокортикостероидов.

Обычно после окончания лечения на протяжении 5–7 дней сохраняется зуд кожи, что связано с раздражением болевых рецепторов эпидермиса, ответственных за развитие ощущения зуда кожи. Поэтому по окончании противопаразитарного лечения можно применить противозудные водно-взбалтываемые смеси с ментолом, анестезином т. д.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Маларчук А.П. Оптимизация диагностики, лечения и профилактики чесотки на основе изучения заболеваемости и мониторинга основополагающих документов органов управления здравоохранения РФ: дис. ... д-ра мед. наук. М., 2016.

2. Приказ МЗ РФ № 162 от 24.04.2003 «Об утверждении отраслевого стандарта "Протокол ведения больных. Чесотка"» // *webapteka.ru*. URL: <https://www.webapteka.ru/phdocs/doc4981.html>

3. Малярчук А.П., Соколова Т.В. Выбор тактики лечения больных осложненной чесоткой // *Клиническая дерматология и венерология*. 2016. Т. 15, № 6. С. 74–84.

4. Соколова Т.Н. Чесотка: новый подход к старой проблеме // *Клиническая дерматология и венерология*. 2005. № 2. С. 74–77.

5. Сырнева Т.А., Корюкина Е.Б. Норвежская чесотка: современные клинические особенности, методы терапии и профилактики // *Клиническая дерматология и венерология*. 2012. № 2. С. 124–127.

6. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015. М., 2016. 768 с.

REFERENCES

1. Malarchuk A.P. Optimization of diagnostics, treatment and prevention of scabies based on the study of morbidity and monitoring of the fundamental documents of the health

authorities of the Russian Federation. Dissertation of the Doctor of Medical Science. Moscow; 2016. (In Russ.).

2. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 162 dated 04.24.21 "On the approval of the industry standard "Protocol for the management of patients. Scabies". *webapteka.ru*. URL: <https://www.webapteka.ru/phdocs/doc4981.html> (In Russ.).

3. Malyarchuk A.P., Sokolova T.V. The choice of treatment tactics for patients with complicated scabies. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiy = Clinical Dermatology and Venereology*. 2016;15(6):74–84. (In Russ.).

4. Sokolova T.N. Scabies: A New Approach to an Old Problem. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya = Clinical Dermatology and Venereology*. 2005;2:74–77. (In Russ.).

5. Syrneva T.A., Koryukina E.B. Norwegian scabies: modern clinical features, methods of therapy and prevention. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya = Clinical Dermatology and Venereology*. 2012;2:124–127. (In Russ.).

6. Federal clinical guidelines. Dermatovenereology 2015. Moscow; 2016. 768 p. (In Russ.).

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Информация об авторе

Алексей Юрьевич Родин – доктор медицинских наук, профессор кафедры дерматовенерологии, Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия.

Статья поступила в редакцию 17.09.2021; одобрена после рецензирования 11.11.2021; принята к публикации 18.01.2021.

The author declare no conflicts of interests.

Information about the author

Alexey Yu. Rodin – Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Dermatovenereology, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia.

The article was submitted 17.09.2021; approved after reviewing 11.11.2021; accepted for publication 18.11.2021.