Норвежская чесотка: современные клинические особенности, методы терапии и профилактики

Т.А. СЫРНЕВА[1], Е.Б. КОРЮКИНА

ФГУ «Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии» Минздравсоцразвития России, Екатеринбург

Norway itch: current clinical features, methods of therapy and prophylaxis

T.A. SYRNEVA, E.B. KORYUKINA

Federal state institution «Ural Institute of Dermatovenerology and Immunopathology», Russian Ministry of Health and Social Development, Ekaterinburg

Представлены современные клинико-эпидемиологические особенности норвежкой чесотки. Отмечено увеличение доли норвежской чесотки в структуре клинических форм заболевания, произошедшее в последние десятилетия. Описаны клинические особенности этого инфекционного дерматоза, а также опыт лечения 32 пациентов.

Ключевые слова: норвежская чесотка, клиника, лечение, профилактика.

The currently available clinical and epidemiological information on Norway itch is presented. It is shown that the incidence of this pathology in the structure of general dermatological morbidity has appreciably increased during the past decades. Specific clinical features of this infectious dermatosis are described in conjunction with the experience of its treatment as exemplified by the management of 32 clinical cases.

Key words: Norway itch, clinical features, treatment, prevention.

Норвежская чесотка (корковая, крустозная) — крайне редкая разновидность заболевания. Основной причиной ее возникновения является устранение зуда как защитной реакции организма человека на беспрепятственное размножение чесоточных клещей. Не случайно, что норвежская чесотка впервые описана в 1847 г. Даниэльсоном и Беком у больных лепрой. В современной литературе представлено около 150 случаев норвежской чесотки [1]. Она наблюдается на фоне иммунодефицитов и иммуносупрессивных состояний, при длительном приеме гормональных и цитостатических препаратов, нарушении периферической чувствительности (лепра, сирингомиелия, паралич, спинная сухотка), конституциональных аномалиях ороговения. Все больше случаев норвежской чесотки описывается у ВИЧ-инфицированных [2]. Однако в последние годы случаи норвежской чесотки регистрируются значительно чаще [3—7].

Нередко пациенты с нераспознанной норвежской чесоткой становятся причиной эпидемий чесотки в стационарных отделениях больниц, социальных учреждениях престарелых, психоневрологических интернатах и др. [8].

В Свердловской области первые 12 случаев норвежской чесотки были выявлены в 2005 г. во время медицинских осмотров пациентов и сотрудников социальных учреждений по эпидемическим показаниям. В 2007 г. при проведении аналогичных мероприятий вновь выявлено 5 случаев норвежской чесотки, в 2008 г. — 5 случаев, в 2009 г. — 7. В обследуемых социальных учреждениях в течение ряда лет формировались очаги заболевания. Источники инфекции не выявлялись, и ее очаги локализованы не были.

В общей сложности с 2003 по 2010 г. под нашим наблюдением находились 32 пациента с норвежской чесоткой. У 3 (9,4±0,2%) больных имела место реинфекция норвежской чесотки. Заболевание повторно развилось через 1,5 и 2 года после клинического и этиологического излечения первого эпизода инфекции.

Большинство (78,1%) пациентов постоянно проживали в психоневрологических интернатах и домах инвалидов и были выявлены активно во время медицинских осмотров.

Во всех случаях норвежская чесотка развивалась на фоне тяжелых психических и соматических заболеваний (см. таблицу).

© Т.А. Сырнева, Е.Б. Корюкина, 2012

Klin Dermatol Venerol 2012;2:124

[1]e-mail: orgotdel_2008@mail.ru

Распределение пациентов с норвежской чесоткой (*n*=32) в зависимости от основного заболевания

Основной диагноз	Абс.	Удельный вес в % ±Sp
Хронический алкоголизм	1	3,1±0,3
ВИЧ-инфекция	5	15,6±0,2
Болезнь Дауна	26	81,3±0,4

Примечание. Sp — стандартная ошибка доли, при $p \leqslant 0{,}001$.

Длительность заболевания варьировала от 2 мес до 14 лет и в среднем составляла 2,6±3,4 года. Наиболее прогрессивное течение заболевания наблюдалось у ВИЧ-инфицированных пациентов. Так, у больного *М.*, 32 года (IV-А стадия ВИЧ-инфекции) с момента появления первых высыпаний на коже до диффузного поражения кожного покрова с формированием типичных для норвежской чесотки корковых наслоений и поражения ногтевых пластинок прошло около 2 мес.

Средний возраст наших пациентов составил 24,0±2,1 года. Удельный вес мужчин и женщин был почти равным (51,7±0,3 и 48,3±0,2% соответственно).

Первый случай норвежской чесотки диагностирован в 2003 г. при патологоанатомической экспертизе после смерти больной *М.*, 28 лет. Было установлено, что причиной смерти явилось основное заболевание — норвежская чесотка в сочетании с ихтиозом, осложненная жировым гепатозом, анемией, паренхиматозной дистрофией внутренних органов, кахексией. Фоновым заболеванием явилась болезнь Дауна с нарушением архитектоники коры головного мозга. Сопутствующими заболеваниями были хронический бронхит в стадии обострения, туберкулезный плеврит. В ходе посмертного эпидемиологического расследования установлено, что с 11 лет у умершей диагностировались различные кожные заболевания, в том числе нейродермит, кератодермия, себорейный дерматит, глубокий микоз. В истории болезни имелись записи о неоднократных традиционных курсах лечения акарицидными препаратами. В течение последнего года жизни состояние женщины прогрессивно ухудшалось. Кожный покров был полностью покрыт корковым «панцирем». В этой связи в клинической картине заболевания отмечались выраженная общая интоксикация, кахексия (на момент смерти женщина имела массу тела 38 кг при росте 173 см). При жизни пациентки диагноз норвежская чесотка установлен не был.

У всех больных с норвежской чесоткой отмечалаись выраженная сухость и гиперемия кожных покровов, локальная инфильтрация, умеренное количество экскориаций. В области ладоней, подошв, волосистой части головы имелись массивные корковые наслоения (рис. 1).

Толщина корок, цвет которых был разным (грязно-серым, бело-гипсовым, желто-зеленым), составляла от нескольких миллиметров до 2—2,5 см. На туловище, верхних конечностях локализовались



Рис. 1. **Массивные корковые наслоения в области стоп у больной норвежской чесоткой.**



Рис. 2. **Корковые наслоения у больной норвежской чесоткой в области локтей.**

очаги с четкими границами до 6—8 см в диаметре, имитируя псориатические бляшки (рис. 2).

Ногти кистей и стоп у 75±0,3% пациентов были мягкими, рыхлыми, тусклыми, в единичных случаях отмечался подногтевой гиперкератоз (рис. 3).

У 28 (87,5%) пациентов развивалась эритродермия (рис. 4).

В 93,7±0,1% случаев имело место тотальное поражение кожного покрова, включая ушные раковины и волосистую часть головы (рис. 5).



Рис. 3. **Очаговые высыпания у пациента с норвежской чесоткой (20-е сутки лечения).**



Рис. 4. **Эритродермия при норвежской чесотке у пациентки с болезнью Дауна.**

Лишь 28,1±0,2% больных беспокоил незначительный зуд. Эту группу составили ВИЧ-инфицированные пациенты, в остальных случаях (71,9±0,4%) зуд полностью отсутствовал. Выраженные симптомы общей интоксикации (субфебрилитет, слабость, снижение массы тела) наблюдались у 75±0,3% пациентов.



Рис. 5. **Высыпания в области ушных раковин и волосистой части головы у ВИЧ-инфицированного пациента с норвежской чесоткой.**

При лабораторной диагностике во всех локализациях, в том числе с ногтевых пластинок, обнаружено большое количество (до 50 в поле зрения) особей чесоточного клеща на разных стадиях развития.

Лечение норвежской чесотки проводили амбулаторно по месту фактического проживания пациентов. Госпитализация для проведения первых курсов терапии в специализированные учреждения осуществлялась в 9,4±0,2% случаев.

Длительность курса лечения пациентов с норвежской чесоткой составляла 4—16 нед (в среднем 8,5 нед). Клиническое и лабораторное излечение достигнуто в 93,7±0,6% случаев. У 2 (6,3±0,3%) пациентов с болезнью Дауна, несмотря на систематически проводимое в течение 2—4 лет амбулаторное лечение, эффекта не отмечено. Причиной неудачи терапии в этих случаях явилось отсутствие желания или возможности проведения необходимых лечебных и противоэпидемических мероприятий у лиц, осуществляющих уход за пациентом.

Лечение больных норвежской чесоткой осуществлялось с использованием чередующихся курсов кератолитиков и скабиоцидов. Использование кератолитических препаратов было обусловлено необходимостью удаления корковых наслоений и пораженных ногтевых пластинок (рис. 6). При выраженной сухости кожных покровов использовали увлажняющие, ожиряющие наружные средства. По показаниям назначали антигистаминные препараты, поливитамины. Каждому четвертому пациенту были проведены курсы дезинтоксикационной, инфузионной терапии в сочетании с системными глюкокортикосизидами.

В ходе лечения использовали различные акарициды (33% серную мазь, 20% мазь бензилбензоат, медифокс, спрегаль). Одной трети пациентов (33,3%)



Рис. 6. **Изменения ногтей у пациента с норвежской чесоткой (45-е сутки лечения).**

ввиду отсутствия эффекта от лечения или развития контактного дерматита проводили несколько курсов акарицидной терапии разными препаратами. В среднем 1 пациент получил 9,8±0,7 курса противочесоточных препаратов. Наиболее выраженный эффект отмечен при использовании 33% серной мази, однако частое развитие контактного дерматита существенно ограничило возможность использования данного лекарственного средства. Низкая эффективность лечения установлена при применении 20% мази бензилбензоат. Наиболее эффективным средством при лечении норвежкой чесотки, по нашему мнению, является спрегаль, который обладает выраженным акарицидным эффектом. Его экспозиция на коже минимальна (12 ч). В результате осложнения, неизбежные в подобных случаях, минимальны.

Таким образом, следует констатировать, что в последние годы в структуре клинических форм чесотки произошли изменения: возросла доля редких форм заболевания, в частности норвежской чесотки. Недостаточное знание врачами-дерматовенерологами клинических проявлений этого дерматоза часто приводит к диагностическим ошибкам. При этом инфекционный процесс протекает многие годы, а пациент с норвежской чесоткой становится источником, вокруг которого регулярно формируются очаги чесотки. У практических врачей возникают вопросы, связанные с лечением таких пациентов. В стандартизированных схемах, регламентированных отраслевым стандартом «Протокол ведения больных. Чесотка», утвержденным Приказом №162 Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 апреля 2003 г., алгоритмы лечения таких больных отсутствуют. Последнее обстоятельство требует доработки отраслевого стандарта.

С целью предупреждения ошибок в диагностике и дальнейшего распространения чесотки, в том числе норвежской, необходимо повышать квалификацию врачей в вопросах клиники, диагностики и профилактики всех форм чесотки, в том числе норвежской, обратив особое внимание врачей общей практики, терапевтов, педиатров.

С целью профилактики чесотки руководителям лечебно-профилактических, образовательных и социальных учреждений рекомендуется проводить профилактические медицинские осмотры с целью выявления больных чесоткой, в том числе лиц, находящихся в учреждениях системы социального обеспечения (2 раза в месяц), больных перед поступлением на стационарное лечение во все отделения многопрофильных больниц и другие медицинские организации.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Соколова Т.В.* Новое в этиологии, эпидемиологии, клинике, диагностике, лечении и профилактике чесотки. Рос журн кожн и вен бол 2001; 1: 27—39.
2. *Perna A.G., Bell K., Rosen T.* Localised genital Norwegian scabies in an AIDS patient. Sex Transm Infect 2004; 80: 1: 72—73.
3. *Кунгуров Н.В., Сырнева Т. А., Корюкина Е.Б.* Атипичные и редкие формы чесотки. Вестн дерматол и венерол 2009; 1: 75—81.
4. *Нехамкин П.Б., Сарафанова Е.А., Корюкина Е.Б.* Случаи норвежской чесотки на территории Свердловской области. Межрегиональная научно-практическая конференция дерматовенерологов. Екатеринбург 2005; 34—36.
5. *Соколова Т.В., Малярчук А.П.* Все ли вы знаете о чесотке? Леч врач 2009; 6: 56—60.
6. *Писклакова Т.П.* Случай норвежской чесотки у больной хроническим лимфолейкозом. Рос журн кожн и вен бол 2007; 2: 50—52.
7. *Уджуху В.Ю., Короткий Н.Г., Тихомиров А.А.* Норвежская чесотки: патогенез, клиника и выбор лечения. Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. М 2010; 4: 48—50.
8. *Mebazaa A., Bedday B., Trabelsi S. at al.* Norwegian scabies, a rare diagnosis in Tunisia. Tunis Med 2006; 84: 10: 654—657.