

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕРМАТОЗОВ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК 616.995.428-036.1

Норвежская чесотка

Дубенский В.В.¹, Фокина Р.А.¹, Арефьева О.С.¹, Ковбас И.С.²

¹Кафедра дерматовенерологии с курсом дерматовенерологии и косметологии ФПДО (зав. – проф. В.В. Дубенский) ГБОУ ВПО Тверская государственная медицинская академия Минздрава России; ²ГБУЗ Центр специализированных видов медицинской помощи им. В. П. Аваева, Тверь, Россия

Приведены данные отечественной и зарубежной литературы об особенностях клинического течения норвежской чесотки. Описано собственное наблюдение больного 29 лет с диагнозом норвежской чесотки, указывающее на важное эпидемиологическое значение этого заболевания. При обследовании у больного выявлен комплекс патологии: В23.8 стадия 4А. Рецидивирующая бактериальная инфекция, кандидоз слизистых оболочек, лабиальный герпес, хронический гепатит предположительно алкогольного генеза, хронический бронхит, хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь, тромбоцитопения.

Ключевые слова: норвежская чесотка; клиника; диагностика.

NORWEGIAN SCABIES

Dubensky V.V.¹, Fokina R.A.¹, Arefyeva O.S.¹, Kovbas I.S.²

¹Tver State Medical Academy, 170036, Tver, Russia; ²V.P.Avaev Center of Specialized Medical Care, 170006, Tver, Russia

The data on the clinical course of Norwegian scabies, published in Russian and foreign journals, are reviewed. A clinical case is presented: male patient aged 29 years with the diagnosis of Norwegian scabies indicates the epidemiological significance of this disease. Examinations detected a complex of diseases: B23.8 stage 4A: relapsing bacterial infection, mucosal candidiasis, labial herpes, chronic hepatitis of presumably alcoholic origin, chronic bronchitis, chronic pyelonephritis, urolithiasis, thrombocytopenia.

Key words: Norwegian scabies; clinical picture; diagnosis.

Норвежская чесотка – редко встречающееся заболевание, впервые было описано Бекон и Даниэльсеном в 1847 г. в Норвегии у больных лепрой [1]. Приоритет названия "норвежская чесотка" принадлежит Фердинанду Гебра [2], однако оно отвечает лишь географическому месту первого описания заболевания. В литературе более поздних лет норвежскую чесотку нередко называют корковой или крустозной, делая акцент на основном клиническом симптоме заболевания – образовании массивных сливных гиперкератотических наслоений на различных участках кожного покрова. Помимо проявлений гиперкератоза, при норвежской чесотке обычно выявляются полиморфные высыпания (папулы, везикулы, пустулы, трещины, чешуйки) и эритродермия. В связи с этим некоторые авторы считают, что наиболее подходящим названием для данной формы явилось бы "Scabies Danielsen – Воеск" с определениями "корковая", "эритематозно-сквамозная", "эритематозная", отдавая таким образом, должное тем исследователям, которые впервые описали данную форму нор-

вежской чесотки с выделением характерных клинических проявлений [3].

Норвежскую чесотку вызывает обычный чесоточный клещ (*Sarcoptes scabiei hominis*), но возникает она у лиц при иммунодефицитных состояниях, сопровождающих лейкозы и синдром Блума, в связи с длительным приемом гормональных и цитостатических препаратов, у больных энцефалопатией, болезнью Дауна, при тяжелых сопутствующих заболеваниях – сирингомиелии, лепроматозном типе лепры, спинной сухотке, генерализованном кандидозе и других состояниях [4].

Таким образом, норвежская чесотка – это клиническая разновидность чесотки, характеризующаяся более тяжелой и своеобразной клинической картиной.

Для иллюстрации приводим наше клиническое наблюдение.

Больной Н., 29 лет, в октябре 2011 г. обратился в дерматологическое отделение ГБУЗ Центр специализированных видов медицинской помощи им. В.П. Аваева (Тверь) с жалобами на высыпания на конечностях и туловище, сопровождающиеся постоянным интенсивным зудом, болезненностью и жжением. Впервые

Сведения об авторах:

Дубенский Валерий Викторович, доктор мед. наук, профессор (DubenskyVV@tvgma.ru); Фокина Римма Анатольевна, кандидат. мед. наук, ассистент (fokina2002@mail.ru); Арефьева Ольга Сергеевна, ассистент (yakolechka@yandex.ru); Ковбас Ирина Сергеевна, врач-дерматовенеролог (ira.kovbas@mail.ru).

Corresponding author:

Fokina Rimma, MD, PhD. (fokina2002@mail.ru).



Рис. 1. Больной Н. Норвежская чесотка.

a – поражение ушных раковин и волосистой части головы; *б, в* – гиперкератотические наслоения области тыльной поверхности кистей и ладонной поверхности тенара и гипотенара; *г, д, е* – гиперкератотические наслоения в области живота, паховой области, ягодиц и тыльных поверхностей стоп.

высыпания на коже отмечены в июне 2011 г., появление которых он связывал со стрессом. Самостоятельно, без эффекта смазывал высыпания детским кремом. Установлен диагноз распространенного аллергического дерматита, осложненного пиодермией, по поводу чего назначено амбулаторное лечение гипосенсибилизирующими и антигистаминными средствами, системными антибиотиками, наружно – 20% мазь бензилбензоата. Эффекта от проводимого лечения не наблюдалось. В связи с распространенностью кожного процесса и резистентностью к лечению больной был госпитализирован в дерматологическое отделение данного центра.

Объективно: кожный патологический процесс имеет распространенный характер с поражением зон ушных раковин, волосистой части головы, лица, разгибательных поверхностей верхних и нижних конечностей, тыльной поверхности кистей, ладоней в области тенара и гипотенара, живота, спины, ягодиц (рис. 1). Очаги представлены многослойными грязно-желтыми корками толщиной от нескольких миллиметров до 3–5 см, неправильных полигональных очертаний, с четкими границами, трудно отделяемые, на фоне инфильтрированной и гиперемированной кожи. Под гиперкератотическими массами кожи определяются трещины и бородавчатые разрастания. Ногтевые пластинки серо-желтого цвета, бугристые, с изъеденными краями, легко крошатся. Волосы сухие, тусклые, с явлениями

диффузной алопеции в теменной и затылочной областях. При осмотре слизистых оболочек полости рта в области щек по линии смыкания зубов определяется белый, творожистый налет неправильных очертаний, легко отделяемый при поскабливании шпателем. В области красной каймы губ – сгруппированные пузырьки на фоне гиперемированной кожи.

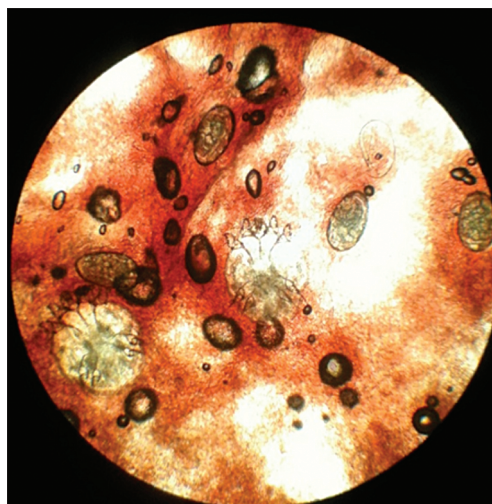


Рис. 2. *Sarcoptes scabiei hominis*. Световая микроскопия чешуйко-корки. Ув. 280.

ЛИТЕРАТУРА

Клинический анализ крови: Нб 136 г/л, эр. $4,51 \cdot 10^{12}$ /л, тр. $120 \cdot 10^9$ /л, л. $10,6 \cdot 10^9$ /л, п. 1%, с. 56%, э. 6%, лимф. 29%; СОЭ 32 мм/ч.

Биохимический анализ крови: билирубин общий 3,5 мкмоль/л, холестерин 3,1 ммоль/л, тимоловая проба 8,08 МЕ/л, глюкоза 4,4 ммоль/л.

Общий анализ мочи: цвет желтый, мутный, относительная плотность 1100, рН 5,0, белок 0,48 г/л, глюкоза отсутствует, лейкоциты 1–2 в поле зрения, слизь в умеренном количестве, соли отсутствуют.

ИФА ВИЧ – положительный результат двукратно.

Вирусная нагрузка ВИЧ 1 610 000 вирусных частиц/мл, CD4 88 клеток/мл.

Микроскопическое исследование корок позволило определить *Sarcptes scabiei hominis* (рис. 2).

На основании клинических и лабораторных исследований больному Н. поставлен диагноз норвежской чесотки.

Консультация специалистов. Инфекционист: В23.8 стадия 4А. Рецидивирующая бактериальная инфекция кожи. Чесотка, норвежский вариант. Кандидозная инфекция слизистых. Лабиальный герпес. Хроническая вторичная тромбоцитопения. Хронический гепатит предположительно алкогольной этиологии. Терапевт: хронический бронхит курильщика, нестабильная ремиссия. Мочекаменная болезнь. Вторичный хронический пиелонефрит. Жировой гепатоз.

Больному назначено лечение: тавегил 2 мл внутримышечно на ночь, тавегил по 1 таблетке утром, физиологический раствор 400 мл + рибоксин 10 мл внутривенно капельно, фосфоглив по 1 капсуле 3 раза в день, 10% глюконат кальция 10 мл внутримышечно, цефтриаксон 1 мл внутримышечно, ацикловир 400 мг 4 раза в день, флюкостат 150 мг, дипроспан 1 мл внутримышечно 2 инъекции, гастрозол 1 таблетка вечером. Наружная терапия: 5% салициловая мазь, борно-дегтярная мазь, раствор медифокса. Патологический процесс на коже разрешился с замедленной динамикой.

Учитывая лабораторный диагноз исследований В23.8, больной Н. для дальнейшего лечения был переведен в Тверской областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями.

Таким образом, описанный нами клинический случай подтверждает принадлежность норвежской чесотки к индикаторным иммунозависимым заболеваниям [4]. Проблема своевременного выявления и лечения чесотки, сопутствующих тяжелых иммуносупрессий, в том числе и ВИЧ-инфекции, сохраняет свою актуальность в связи с тем, что в последние годы наметилась тенденция к изменению соотношения различных клинических форм в общем течении заболевания. Данных о патогенезе, клинических особенностях, соотношении атипичных и редких форм чесотки представлено недостаточно. Принято считать, что на долю типичной формы чесотки в предыдущие годы приходилось подавляющее большинство выявленных случаев. Однако в последнее десятилетие резко увеличилась доля таких разновидностей чесотки, как "норвежская", "инкогнито", постскабиозная лимфооплазия, диагностика которых нередко затруднена [5–7].

1. Кубанова А.А., Дубенский В.В., Гармонов А.А., Дубенский В.В. Основные принципы лечения болезней кожи. В кн.: Скрипкин Ю.К., Бутов Ю.С., Иванов О.Л., ред. *Дерматовенерология. Национальное руководство*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2011: 197–207.
2. Sweitzer S.E., Winer L.H. Norwegian scabies. *Arch. Dermatol. Syph.* 1941; 43: 648–81.
3. Минуллин И.Л., Микешина А.В., Сафина Ф.Г., Бильдюк Е.Б. Норвежская чесотка. *Казанский медицинский журнал*. 2002; 1: 35–7.
4. Соколова Т.В. Чесотка с позиции практического врача. *Врач*. 2006; 2: 69–72.
5. Соколова Т.В. Чесотка. Современное состояние проблемы. *Клиническая геронтология*. 2007; 12: 49–59.
6. Корюкина Е.Б. *Современные клинико-эпидемиологические особенности чесотки на Среднем Урале*: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2010.
7. Писклакова Т.П. Случай норвежской чесотки у больной хроническим лимфолейкозом. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2007; 2: 50–2.
8. Кунгуров Н.В., Сырнева Т.А., Корюкина Е.Б., Кунгуров Н.В. Атипичные и редкие формы чесотки. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2009; 1: 75–81.

Поступила 04.02.14

REFERENCES

1. Kubanova A.A., Dubenskiy V.V., Garmonov A.A., Dubenskiy V.V. Osnovnye printsipy lecheniya bolezney kozhi. In: Skripkin Yu.K., Butov Yu.S., Ivanov O.L., eds. *Dermatovenerology. National manual (Dermatovenerologiya. Natsional'noe rukovodstvo)*. Moscow: GEOTAR-Media; 2011: 197–207. (in Russian)
2. Sweitzer S.E., Winer L.H. Norwegian scabies. *Arch. Dermatol. Syph.* 1941; 43: 648–81.
3. Minullin I.L., Mikeshina A.V., Safina F.G., Bil'dyuk E.B. Norwegian scabies. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal*. 2002; 1: 35–7.
4. Sokolova T.V. Scabies from the perspective of practitioners. *Vrach*. 2006; 2: 69–72. (in Russian)
5. Sokolova T.V. Current status of the problem. *Klinicheskaya gerontologiya*. 2007; 12: 49–59. (in Russian)
6. Koryukina E.B. *Modern clinical and epidemiological features of scabies in the Middle Urals (Sovremennye kliniko-epidemiologicheskie osobennosti chesotki na Srednem Urale)*. Dis. Moscow; 2010. (in Russian)
7. Pisklakova T.P. Case Norwegian scabies in a patient with chronic lymphocytic leukemia. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney*. 2007; 2: 50–2. (in Russian)
8. Kungurov N.V., Syrneva T.A., Koryukina E.B., Kungurov N.V. Atypical and rare form of scabies. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2009; 1: 75–81. (in Russian)

Received 04.02.14