

Скабиозная эритродермия

Малярчук А.П.¹, Соколова Т.В.¹, Лопатина Ю.В.²

¹Кафедра кожных и венерических болезней с курсом косметологии (зав. – проф. В.В. Гладько) Медицинского института усовершенствования врачей ФГБОУ ВПО Московский государственный университет пищевых производств; ²ФГБОУ ВПО Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова

Описана новая клиническая форма чесотки – скабиозная эритродермия. Проанализированы 5 случаев чесотки, основным клиническим проявлением которой является диффузная эритродермия. Приведены диагностические критерии скабиозной эритродермии и представлена дифференциальная диагностика с норвежской чесоткой. Впервые оценен инвазивный потенциал данной формы заболевания на больном и вне его.

Ключевые слова: скабиозная эритродермия; норвежская чесотка; дифференциальная диагностика.

SCABIOTIC ERYTHRODERMA

Malyarchuk A.P.¹, Sokolova T.V.¹, Lopatina Yu.V.²

¹Moscow State University of Foodstuff Manufacture, 125080, Moscow, Russia; ²M.V. Lomonosov Moscow State University, 119991, Moscow, Russia

A new clinical form of scabies – scabiotic erythroderma – is described. Five cases with scabies, manifesting primarily by diffuse erythroderma, are presented. Diagnostic criteria for scabiotic erythroderma and differential diagnosis with Norwegian scabies are presented. The invasive potential of this disease form in the patient and beyond him/her is evaluated for the first time.

Key words: scabious erythroderma; Norwegian scabies; differential diagnosis.

Эритродермия – характеризуется эритемой и шелушением, охватывающим 90% кожного покрова и более. Наиболее частыми причинами эритродермии могут быть предшествующие дерматозы (псориаз, атопический дерматит, экзема, себорейный дерматит, красный волосяной лишай, красный плоский лишай, листовидная пузырчатка, буллезный пемфигоид), лекарственная аллергия, лимфома и лейкопения, неоплазии внутренних органов и др. [1–4]. Эритродермия является также диагностически значимым клиническим проявлением норвежской чесотки [1, 5, 6], характеризующейся образованием массивных корковых наслоений на различных участках кожного покрова. Помимо корок и эритродермии, при норвежской чесотке обычно выявляются множественные чесоточные ходы, полиморфные высыпания (папулы, везикулы, пустулы), а также корочки и чешуйки [7].

Причины возникновения и особенности течения норвежской чесотки достаточно полно систематизированы в монографии Т.В. Соколовой и соавт. [5]. За последние два десятилетия описаны случаи норвежской чесотки у лиц инфицированных ВИЧ [8–11], у пожилых людей и инвалидов [12–13] и как редкие наблюдения при астроцитоме головного мозга [14],

наркомании [15], при сочетании болезни Дауна, диффузного жирового гепатоза, анемии, паренхиматозной дистрофии внутренних органов и кахексии [16], буллезном пемфигоиде леченным системными кортикостероидами [17], врожденной эритродермии [18], при использовании иммунодепрессантов – тоцилизумаба [19] и циклоспорина [20], воздействии на кожу пестицидов [21]. Описаны случаи норвежской чесотки у лиц без сопутствующей патологии: у 24-летнего мужчины [22], беременной [23], детей [24–25].

Основной симптом норвежской чесотки – массивные корки. Их толщина колеблется от нескольких миллиметров до 2–3 см. В некоторых случаях корковые наслоения могут покрывать значительные участки кожного покрова, напоминая сплошной роговой панцирь, ограничивающий движения и делающий их болезненными. Цвет корок отличается большим разнообразием – грязно-серый с примесью крови, желто-зеленый, темно-бурый, белогипсовый. Поверхность корок шероховатая, покрыта трещинами, бородавчатыми разрастаниями, которые напоминают рупии. Корки, как правило, возникают в местах типичной локализации чесоточных ходов (кисти, стопы, локти, ягодицы и др.). Верхние слои корок плотные, а нижние рыхлые. Между ними обнаруживают большое количество взрослых и неполовозрелых клещей. На нижней поверхности корок видны извилистые углубления, соответствующие

Сведения об авторах:

Малярчук Александр Петрович – кандидат мед. наук, доцент (2236779@mail.ru); Соколова Татьяна Вениаминовна – доктор мед. наук, профессор (stv_morf2005@mail.ru); Лопатина Юлия Владимировна, кандидат биол. наук, старший научный сотрудник (ylopatina@mail.ru).

Corresponding author:

Malyarchuk Aleksandr, MD, PhD, docent (2236779@mail.ru).

чесоточным ходам. Корки плотно прилегают к поверхности кожи, а при их отторжении с усилием обнаруживаются обширные мокнущие эрозии. Ходы в корках расположены в несколько этажей. На нижней поверхности наслоений можно обнаружить жизнеспособных взрослых клещей, нимфы, личинки, яйца, а в толще корок – мертвых клещей, погибшие яйца, опустевшие яйцевые оболочки. Число клещей на больном норвежской чесоткой велико, и заболевание отличается высокой контагиозностью с возникновением вокруг больного локальных эпидемий.

Эритродермия – второй диагностически значимый симптом норвежской чесотки [6, 13, 16, 26–31]. Считают, что причиной эритродермии при данной патологии является золотистый стафилококк, колонизирующий чесоточные ходы [32, 33]. Методом сканирующей электронной микроскопии чесоточных ходов у пожилой женщины с эритродермией при норвежской чесотке в ходах обнаружен золотистый стафилококк, а при бактериологическом посеве содержимого ходов – золотистый и гемолитический стафилококки [34]. Важно отметить наблюдения авторов, указавших, что при норвежской чесотке, возникающей на фоне лечения кортикостероидами, как системными, так и топическими, эритродермия развивается в более ранние сроки, чем без их использования [35, 36].

Диагностически значимыми критериями норвежской чесотки являются также поражение ногтей (ногтевые пластины серые, с бугристой поверхностью, легко крошатся, край изъеден, иногда наблюдается их полная утрата с образованием на их месте мощных эпидермальных наслоений по типу корок); увеличение лимфатических узлов (полиаденопатия); повышение температуры тела на протяжении всего заболевания; ладонно-подошвенный гиперкератоз; изменение волос (сухие, пепельно-серые, без блеска), вплоть до алопеции; неприятный запах, исходящий от больного (квашеного теста) [6, 26–31, 37].

Наш личный опыт (5 больных) и три случая, описанные в зарубежной литературе [38, 39], указывают на возможность развития высококонтагиозной формы чесотки, основным клиническим симптомом которой является выраженная эритродермия. Можно полагать, что таких случаев значительно больше. Известно, что норвежская чесотка может носить и локальный характер, когда корки имеются лишь на отдельных участках кожного покрова [7, 40–42]. Описание эритродермической формы чесотки как редкого варианта течения заболевания в литературе отсутствует. Поэтому ряд авторов при обнаружении участков гиперкератоза, которые по сути не являются корками, описывают эти случаи как норвежскую чесотку [38, 39, 41, 42]. В действительности данная форма заболевания может быть обозначена как скабиозная эритродермия.

Цель исследования – описать особенности течения скабиозной эритродермии как редкого варианта чесотки, оценить численность чесоточных клещей на больном и в его окружении и разработать критерии дифференциальной диагностики с норвежской чесоткой.

Материалы и методы

Обследованы 5 больных чесоткой, основным клиническим проявлением которой была эритродермия. Все больные – женщины в возрасте 42, 72, 76, 84 и 89 лет. Данность заболевания от 8 мес до 1 года. Причины развития эритродермии были различные. У первой пациентки (42 лет) заболевание возникло на фоне системной красной волчанки, в комплексную терапию которой был включен преднизолон 60 мг/сут в течение 3 мес. У 2 пациенток (72 и 76 лет) ошибочно диагностирован аллергический контактный дерматит, а затем токсикодермия. Больные в течение 8–9 мес получали антигистаминные, десенсибилизирующие препараты внутрь и топические глюкокортикостероиды наружно. Эритродермия возникла спустя 2 мес после назначения последних. Четвертая больная (84 лет) находилась в психоневрологическом стационаре, где длительное время получала лечение психотропными препаратами по поводу шизофрении, а наружно периодически назначался синаflan. Пятая пациентка (89 лет) с диагнозом аллергический дерматит, а затем токсикодермия в течение года получала антигистаминные препараты, топические кортикостероиды, а затем 3 мес дипроспан. Эритродермия возникла спустя 2 мес от начала инъекций дипроспана.

Диагноз чесотки подтвержден лабораторно во всех случаях. Использовали методы извлечения клеща иголкой, соскоба чесоточных ходов и высыпаний с применением молочной кислоты и дерматоскопию. Последнюю выполняли с помощью дерматоскопа Delta 20, USB-микроскопов различных модификаций. Путем полного подсчета чесоточных ходов определяли паразитарный индекс визуально и с использованием дерматоскопа. У больной в возрасте 89 лет определили также число клещей в поле зрения стандартного дерматоскопа на площади 1 см² во внешне не измененной коже и в очагах эритродермии. Проведено сравнение эффективности диагностики чесотки методами скотч-проб [43, 44] и дерматоскопии. В первом случае кусочки прозрачного скотча размером 2 × 5 см наклеивали на пораженный участок кожного покрова на несколько секунд, затем быстро удаляли. Использованный скотч приклеивали к предметному стеклу и микроскопировали. Определяли количество клещей на разных стадиях развития в двух соскобах эпидермиса (живот, бедро) и в 4 скотч-пробах (стопа, грудь, спина и бедро). Определение численности популяции клещей вне больного проводили по их наличию на простыне, где лежала пациентка. Для этой цели липкую ленту размером 2 × 5 см прикладывали к 10 участкам простыни.

Результаты

Анализ 5 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 топические кортикостероиды, психотропные, антигистаминные, десенсибилизирующие препараты. Подавление зуда приводит к меньшему расчесыванию кожи и сохранению в ней клещей. Происходит бесконтрольное увеличение численности популяции клещей.



Рис. 1. Скабиозная эритродермия у пациентки С., 89 лет.

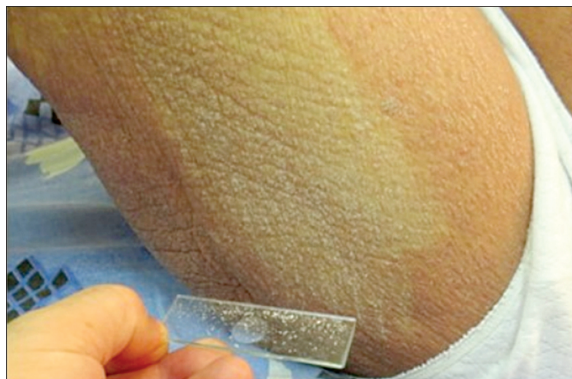


Рис. 2. Белый дермографизм, наблюдаемый при соскобе кожи с целью обнаружения чесоточного клеща при скабиозной эритродермии.



Рис. 3. Очаговый гиперкератоз в области ягодиц при скабиозной эритродермии.

2. Значительная давность заболевания (более 8 мес), при раннем появлении эритродермии (через 2–3 мес) после назначения системных, топических кортикостероидов, нередко в комбинации с антигистаминными и/или психотропными препаратами.
3. Особый характер зуда. Он 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 (остиофолликулитов) с небольшой инфильтрацией в основании.
8. Число чесоточных ходов в местах типичной локализации (кисти, запястья, стопы) составляет 50–310 на анатомическую область.
9. Наличие чесоточных ходов на лице, шее, в межлопаточной области, где при типичной чесотке они всегда отсутствуют.
10. Преобладание коротких чесоточных ходов, длина которых составляет 2–3 мм, в большинстве случаев проделанных чесоточными клещами в неполовозрелой стадии развития (личинки, нимфы), которые в литературе получили название метаморфических [5].
11. Выражен стойкий белый дермографизм.
12. Методом дерматоскопии клещи в значительном количестве визуализируются не только в ходах, но и в эритродермически измененной и внешне не измененной 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 г.

Больная С., 89 лет, поступила в кожно-венерологическое отделение одного из московских военных госпиталей в июне 2013 г. с жалобами на поражение

всего кожного покрова, умеренный кожный зуд, усиливающийся в вечернее время, зябкость (несмотря на высокую температуру окружающего воздуха). Считает себя больной 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. Обратились в кожно-венерологический диспансер по месту жительства. Дочь о наличии зуда у себя умолчала. Поставлен диагноз распространенный аллергический дерматит. Назначено лечение: антигистаминные и гипосенсибилизирующие препараты, кремы с топическими кортикостероидами. Наступило незначительное кратковременное улучшение. В дальнейшем пациентку консультировали еще четыре дерматолога в частных медицинских центрах Москвы. Диагноз оставался прежним, а лечение мало отличалось от предыдущего. Эффект от проводимой терапии отсутствовал. За 3 мес до поступления в стационар один из дерматологов назначил дипроспан по 2 инъекции в месяц и кремы с сильными топическими кортикостероидами (дермовейт, кутивейт) наружно. В процессе терапии на фоне субъективного снижения интенсивности зуда появились очаги покраснения, которые быстро распространились по всей поверхности кожного покрова и приняли характер эритродермии. Больная в очередной раз обратилась в лечебно-диагностический центр, где был поставлен диагноз токсикодермии, и она была направлена на стационарное лечение.

При поступлении в отделение состояние больной удовлетворительное, температура тела нормальная. Состояние внутренних органов и выявленная патология в целом соответствуют преклонному возрасту пациентки. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненны.

При осмотре кожного покрова установлено, что процесс носит универсальный характер, захватывая все тело (рис. 1). Кожа застойно красного цвета, сухая, инфильтрирована, пигментирована и лихенифицирована, местами шелушится. На ощупь теплая, плотная, шер-



Рис. 5. Чесоточные ходы при скабиозной эритродермии.

a – на лице; *б* – на волосистой части головы по границе роста волос; *в* – на коже межлопаточной области.



Рис. 4. Очаговый гиперкератоз в области локтей при скабиозной эритродермии.

шавая. Дермографизм белый (рис. 2). Корки отсутствуют. В области межъягодичной складки (рис. 3) и локтей (рис. 4) очаговый гиперкератоз сероватого цвета с плотно сидящими чешуйками. Следов расчесов практически нет. 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 отдельные очаги малоизмененной 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 составляет 186 на ладонях, 81 на подошвах, 34 в области ореол молочных желез. На других участках кожи чесоточные ходы без дерматоскопа визуализировались очень плохо. Кожа центральной части пяточных областей со стороны подошвы была не изменена и не содержала чесоточных ходов.

Данные лабораторного обследования. В общем анализе крови умеренный лейкоцитоз $13,6 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 3 мм/ч. Биохимические исследования: гипопротейнемия 52 г/л. Другие биохимические показатели и общий анализ мочи в норме.

Дерматоскопия. Обнаружены многочисленные чесоточные ходы на всех участках кожного покрова, в том числе на лице (рис. 5, *a*), на волосистой части головы по границе роста волос (рис. 5, *б*), в межлопаточной области (рис. 5, *в*), на лобке (рис. 6, *a*). Чесоточные клещи (от 5 до 30 на 1 см^2) обнаружены вне чесоточных ходов,

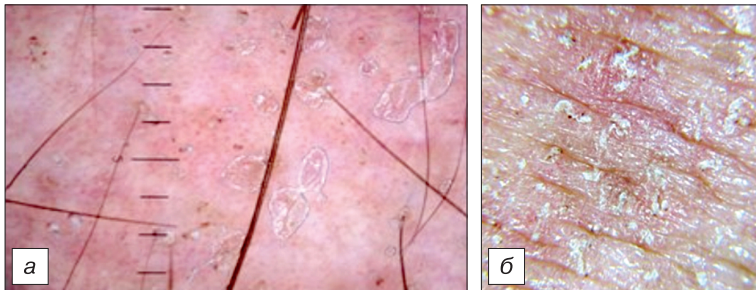


Рис. 6. Чесоточные клещи при скабиозной эритродермии.

a – вне чесоточных ходов на коже лобка; *б* – во внешне мало измененной коже (область средней трети голени) при скабиозной эритродермии.

в том числе на внешне мало измененных участках кожи (рис. 6, *б*). Наибольшее число клещей регистрировали на участках кожного покрова с резко выраженными воспалительными изменениями кожи.

Проведено сопоставление результатов обнаружения клещей на ладони визуально и методом дерматоскопии. Для этого клещей 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 2,2 раза больше (41), чем при осмотре больного.

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 свидетельствуют о наличии чесоточных ходов, которые при типичной чесотке приурочены к кистям, запястьям и стопам.

Для диагностики чесотки использованы скотч-пробы (табл. 2).

Методом скотч-проб, взятых с 4 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. Существенно, что клещи выявлялись не только на местах типичной локализации чесоточных ходов (стопы), 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

Таблица 1

Паразитарные элементы в соскобах эпидермиса							
Место забора материала	Самки	Самцы	Личинки	Нимфы	Яйца	Яйцевые оболочки	Всего
Соскоб с бедра (6×8 см)	6	6	0	0	3	2	17
Соскоб с живота (20×10 см)	4	1	3	0	11	6	25
Всего...	10	7	3	0	14	8	42

показало значительное преимущество первого метода. В 4 скотч-пробах число выявленных клещей на площади 10 см² колебалось от 2 до 6 особей. При дерматоскопии на площади того же размера на стопе было обнаружено 35 клещей, животе – 12, бедре – 22, груди – 15.

Проведено обследование простыни, на которой лежала пациентка. Для этой цели сделаны 3 скотч-пробы (рис. 7, а, б). Обнаружены 9 самок, 6 самцов, 11 личинок, 1 нимфа и 4 яйца. Полученные данные свидетельствуют о высоком инвазивном потенциале данной формы заболевания. У всех членов семьи, ухаживающих за больной, имелась чесотка.

На основании клинических, дерматоскопических и микроскопических данных поставлен диагноз чесотки, скабиозной эритродермии.

Больную обработали 20% мазью бензилбензоата. На следующий день проведена оценка эффективности лечения по воздействию на возбудителя. Клещей извлекали из чесоточных ходов и из кожи вне ходов. В первом случае они сохраняли подвижность в 67% случаев, а во втором – в 92%. В скотч-пробах с по-

верхности простыни из 27 клещей 23 (85,2%) сохраняли подвижность. Лечение 20% мазью бензилбензоата проводили в течение 7 дней. Мазь втирали однократно вечером в весь кожный покров. Одновременно назначали антигистаминные препараты (лоратадин). На 8-е сутки инфильтрация и интенсивность гиперемии кожи значительно уменьшились, количество клещей при дерматоскопии снизилось до 1–3 на 1 см². Среди извлеченных клещей подвижных не было. Скотч-пробы с поверхности кожи и белья были отрицательными. Дальнейшую терапию проводили неспецифическими гипосенсибилизирующими средствами (натрия тиосульфат) и антигистаминными (хлоропирамин) препаратами. Наружно применяли смягчающие средства (кольд-крем).

Таким образом, скабиозная эритродермия является одной из редких клинических форм чесотки. Она, по сути дела, предшествует норвежской чесотке, основными клиническими проявлениями которой являются эритродермия и множественные корки. Так как скабиозная эритродермия ранее по данным литературы не выделена в самостоятельную форму че-

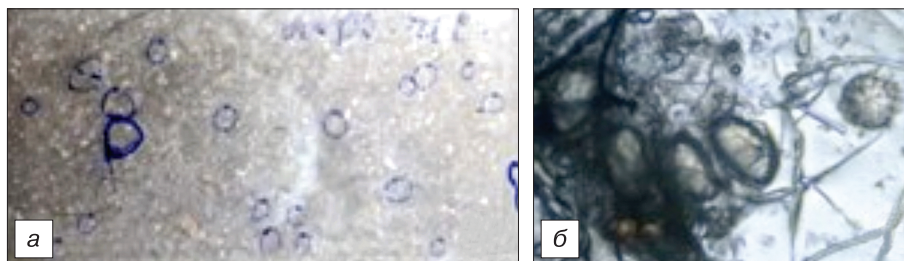


Рис. 7. Скотч-проба с поверхности постельного белья:

а – стекло с липкой лентой и обозначенными паразитарными элементами; б – паразитарные элементы, прилипшие к скотчу (яйца, личинка).

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

Таблица 3

Дифференциальная диагностика норвежской чесотки и скабиозной эритродермии

Признак	Норвежская чесотка	Скабиозная эритродермия
Наиболее частые причины возникновения	Иммуносупрессивные состояния, связанные с длительным приемом гормональных и цитостатических препаратов по поводу трансплантации органов и тяжелых заболеваний (лейкозы, синдром Блума, системная красная волчанка и др.), при нарушениях периферической чувствительности (лепра, спинная сухотка, сирингомиелия, детский паралич и т.п.), конституциональных аномалиях ороговения (гипо- и авитаминоз А), у ВИЧ-инфицированных, при слабоумии, болезни Дауна, инфантилизме, идиотии, сенильной деменции, на фоне генерализованного кандидоза, псориагической эритродермии, атопического дерматита и т. д.	Длительное использование системных и топических кортикостероидов, антигистаминных препаратов, психотропных средств в случае диагностической ошибки
Характер зуда	Часто полностью отсутствует или слабый в местах локализации корок	Слабый диффузный. Больные, как правило, не расчесывают, а растирают кожу ладонями
Основной клинический симптом	Множественные массивные корки на фоне эритродермии	Только эритродермия
Сроки появления эритродермии	Поздно (через 8–12 мес после заражения)	Рано (через 2–3 мес от начала кортикостероидной терапии)
Локализация участков гиперкератоза	Ладони, подошвы	Места давления (локти, ягодицы)
Число чесоточных клещей	Большое (не поддается подсчету)	До 30 на 1 см ²
Скотч-проба с поверхности кожи	Всегда много клещей во всех пробах	Единичные клещи
Скотч-проба с поверхности простыни	Клещи многочисленны	Умеренное количество клещей
Верификация чесоточных ходов	Чаще на местах их типичной локализации (кисти, запястья, половые органы мужчин)	На любом участке кожного покрова, в том числе на лице, шее, волосистой части головы, в межлопаточной области
Характер ходов	Преобладание типичных чесоточных ходов длиной 5–7 мм	Преобладание коротких чесоточных ходов, длина которых составляет 2–3 мм, проделанных чесоточными клещами в неполовозрелой стадии развития
Поражение ногтей	Наблюдается часто	Отсутствует
Увеличение лимфатических узлов	Наблюдается практически всегда	Отсутствует
Повышение температуры тела	Наблюдается часто	Отсутствует
Изменение цвета волос, алопеция	Встречаются часто	Нехарактерно
Неприятный запах, исходящий от больного	Частый симптом	Отсутствует

сотки, то многие авторы пытаются "притянуть" ее к норвежской чесотке, оценивая гиперкератотические наложения как корки, которые таковыми не являются. По данным литературы, колонизация чесоточных ходов золотистым стафилококком при норвежской чесотке подтверждена электронно-микроскопическим и бактериологическим методами, с учетом этого можно полагать, что на первом этапе данный возбудитель является супераллергеном. При этом развивается аллергическая реакция, напоминающая таковую при токсикодермии, атопическом дерматите (эритродермия Хила), псориазе и т. д. В дальнейшем происходит выраженная экссудация с образованием

массивных многослойных корок, нередко приуроченных к местам локализации чесоточных ходов. Это уже норвежская или корковая чесотка.

Обе формы чесотки имеют ряд общих признаков:

- возникают при заболеваниях/состояниях, резко ослабляющих зуд, что способствует быстрому увеличению численности популяции клещей на больном;
- наличие выраженной эритродермии как одного из диагностически значимых критериев;
- поражение лица, шеи, волосистой части головы;
- наличие множественных чесоточных ходов в местах их типичной локализации (кисти, запястья, стопы, локти, половые органы мужчин);

- наличие фолликулярных папул на фоне эритродермии и на участках внешне не измененной кожи, лентиккулярных папул на половых органах мужчин, а у лиц обоего пола – в аксиллярной области, на ягодицах, животе, небольшого числа везикул на кистях и стопах;
- возникновение микроэпидемий вокруг больных – заражение членов семьи, медицинских работников, больных, находящихся в одной палате.

В то же время между данными клиническими формами чесотки имеются существенные различия (табл. 3). Ими может руководствоваться врач, чтобы отличить норвежскую чесотку от скабиозной эритродермии.

По эффективности диагностики первое место занимает дерматоскопия, второе – микроскопирование соскобов эпидермиса и третье – скотч-пробы. У больных типичной чесоткой, по данным наших исследований, в скотч-пробах клещей обнаруживают крайне редко.

Результаты обследования постельных принадлежностей больного скабиозной эритродермией свидетельствуют о высокой контагиозности этой формы чесотки. Поэтому при госпитализации пациента в стационар или при лечении в домашних условиях следует проводить ежедневную дезинфекцию его нательных и постельных принадлежностей.

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

1. Адаскевич В.П. Эритродермии. *Consilium medicum. Дерматология*. 2009; 2: 28–33.
[Adaskevich V.P. Erythrodermias. *Consilium medicum. Dermatologiya*. 2009; 2: 28–33]. (in Russian)
2. Vasconcellos C., Domingues P.P., Aoki V. Erythroderma: analysis of 247 cases. *Revista de Saúde Pública*. 1995; 29(3): 177–82.
3. Akhyani M., Ghodsi Z.S., Toosi S., Dabbaghian H. Erythroderma: a clinical study of 97 cases. *BMC Dermatol*. 2005; 5: 5.
4. Rym B.M., Mourad M., Bechir Z., Dalenda E., Faika C., Iadh A.M., Amel B.O. Erythroderma in adults: a report of 80 cases. *Int. J. Dermatol*. 2005; 44(9): 731–35.
5. Соколова Т.В., Федоровская Р.Ф., Ланге А.Б. *Чесотка*. М.: Медицина; 1989. Sokolova T.V., Fedorovskaya R.F., Lange A.B. *Scabies (Chesotka)*. Moscow: Meditsina; 1989]. (in Russian)
6. Cestari S.C., Petri V., Rotta O., Alchorne M.M. Oral treatment of crusted scabies with ivermectin: report of two cases. *Pediatr. Dermatol*. 2000; 17(5): 410–14.
7. Хаймовский Д.И., Шенфельд П.Ю., Демыховский Е.М. Случай норвежской чесотки. *Вестник дерматологии и венерологии*. 1940; 1: 55–7.
[Khaymovskiy D.I., Shenfeld P.Yu., Demykhovskiy E.M. The case of Norwegian scabies. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 1940; 1: 55–7]. (in Russian)
8. Fuchs B.S., Sapadin A.N., Phelps R.G., Rudikoff D. Diagnostic dilemma: crusted scabies superimposed on psoriatic erythroderma in a patient with acquired immunodeficiency syndrome. *Skinmed*. 2007; 6(3): 142–44.
9. Freites A. Human T-lymphotropic virus 1 (HTLV-1), strongyloidiasis and scabies. Infections and associations to considerate. *Invest. Clin*. 2008; 49(4): 455–46.
10. Karthikeyan K. Crusted scabies. *Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol*. 2009; 75(4): 340–47.
11. 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.
12. Rothe M.J., Bernstein M.L., Grant-Kels J.M. Life-threatening erythroderma: diagnosing and treating the "red man". *Clin. Dermatol*. 2005; 23(2): 206–17.
13. Mehta V., Balachandran C., Monga P., Rao R. Norwegian scabies presenting as erythroderma. *Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol*. 2009; 75(6): 609–10.
14. Mortazavi H., Abedini R., Sadri F., Vasheghani-Farahani A. Crusted scabies in a patient with brain astrocytoma: report of a case. *Int. J. Infect. Dis*. 2010; 14(6): e526–7.
15. Almond D. S., Green C.J., Geurin D.M., Evans S. Lesson of the week: Norwegian scabies misdiagnosed as an adverse drug reaction. *Br. Med. J*. 2000; 320(7226): 35.
16. Нехамкин П.Б., Сарафанова Е.А., Корюкина Е.Б. Случай норвежской чесотки у проживающих в психоневрологических интернатах. В кн.: *Межрегиональная научно-практическая конференция дерматовенерологов "Первые результаты реформы здравоохранения. Задачи кожно-венерологических учреждений на переходный период"*. Екатеринбург, 25–26 октября 2005; 34.
[Nekhamkin P.B., Sarafanova E.A., Koryukina E.B. Cases of Norwegian scabies in those living in neuropsychiatric boarding schools. In: *International Scientific Conference dermatovenerologists "First results of health care reform. Tasks STI institutions during the transitional period"*. Ekaterinburg, 25–26 October 2005; 34]. (in Russian)
17. Svecova D., Chmurova N., Pallova A., Babal P. Norwegian scabies in immunosuppressed patient misdiagnosed as an adverse drug reaction. *Epidemiol. Mikrobiol. Immunol*. 2009; 58(3): 121–3.
18. Chosidow O. Scabies and pediculosis. *Lancet*. 2000; 355(9206): 819–26.
19. Baccouche K., Sellam J., Guegan S., Aractingi S., Berenbaum F. Crusted Norwegian scabies, an opportunistic infection, with tocilizumab in rheumatoid arthritis. *Joint Bone Spine*. 2011; 78(4): 402–4. doi: 10.1016/j.jbspin.2011.02.008.
20. Monari P., Sala R., Calzavara-Pinton P. Norwegian scabies in a healthy woman during oral cyclosporine therapy. *Eur. J. Dermatol*. 2007; 17(2): 173.
21. Фелькер А.Я. Норвежская чесотка. *Вестник дерматологии и венерологии*. 1992; 4: 67–9.
[Felker A.Ya. Norwegian scabies. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 1992; 4: 67–9]. (in Russian)
22. Ekmekci T.R., Koslu A. Erythroderma in a young healthy man. *Dermatol. Online J*. 2006; 12(6): 23.
23. Judge M.R., Kobza-Black A. Crusted scabies in pregnancy. *Br. J. Dermatol*. 1995; 132(1): 116–9.
24. 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.
25. Gladstone H.B., Darmstadt G.L. Crusted scabies in an immunocompetent child: treatment with ivermectin. *Pediatr. Dermatol*. 2000; 17(2): 144–8.
26. Ведерников В.А. Случай норвежской чесотки. *Вопросы экспериментальной и клинической дерматовенерологии*. 1944; 1: 148–53.
[Vedernikov V.A. The case of Norwegian scabies. *Voprosy eksperimental'noy i klinicheskoy dermatovenerologii*. 1944; 1: 148–53]. (in Russian)
27. Иордан А.П. *Клиника болезней кожи*. М.: Госмедгиз; 1934.
[Jordan A.P. *Clinic of skin diseases (Klinika bolezney kozhi)*. Moscow: Gosmedgiz; 1934]. (in Russian)
28. Модестов В.К. К вопросу о норвежской чесотке. *Русский вестник дерматологии*. 1930; 8–9: 697–708.
[Modestov V.K. To the question of Norwegian scabies. *Russkiy vestnik dermatologii*. 1930; 8–9: 697–708]. (in Russian)
29. Соколова Т.В. Случай норвежской чесотки. *Вестник дерматологии и венерологии*. 1985; 6: 59–63.
[Sokolova T.V. The case of Norwegian scabies. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 1985; 6: 59–63]. (in Russian)
30. Соколова Т.В., Сизов И.Е., Негородова Н.А. Случай норвежской чесотки у больной гипопаратиреозом. *Вестник дерматологии и венерологии*. 1990; 10: 67–70.

- [Sokolova T.V., Sizov I.E., Negorodova N.A. The case of Norwegian scabies patient hypoparathyroidism. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 1990; 10: 67–70]. (in Russian)
31. Mebazaa A., Bedday B., Trabelsi S., Denguezli M., Ben Said M., Belajouza C., Nouira R. Norwegian scabies, a rare diagnosis in Tunisia. *Tunis. Méd.* 2006; 84(10): 654.
 32. O'Donnell B.F., O'Loughlin S., Powell F.C. Management of crusted scabies. *Int. J. Dermatol.* 1990; 29(4): 258–66.
 33. Mathisen G.E. Editorial response: of mites and men – lessons in scabies for the infectious diseases clinician. *Clin. Infect. Dis.* 1998; 27(3): 646–8.
 34. Shelley W.B., Shelley D.E., Burmeister V. Staphylococcus aureus colonization of burrows in erythroderma Norwegian scabies: a case study of iatrogenic contagion. *J. Am. Acad. Dermatol.* 1988; 19(4): 673–8.
 35. Jaramillo-Ayerbe F., Berrio-Munoz J. Ivermectin for crusted Norwegian scabies induced by use of topical steroids. *Arch. Dermatol.* 1998; 134(2): 143–5.
 36. Binic I., Jankovic A., Jovanovic D., Ljubenic M. Crusted (Norwegian) scabies following systemic and topical corticosteroid therapy. *J. Korean Med.* 2010; 25(1): 188–91.
 37. Patel A., Hogan P., Walder B. Crusted scabies in two immunocompromised children: successful treatment with oral ivermectin. *Australas J. Dermatol.* 1999; 40(1): 37–40.
 38. Muscardin L.M., Pinto F., Papi M. Sub-erythrodermic norwegian-like scabies: following steroid therapy. *Chron. Dermatol.* 1996; 6(2): 529–34.
 39. Haim A., Grunwald M.H., Kapelushnik J., Moser A.M., Beigelman A., Reuveni H. Hypereosinophilia in red scaly infants with scabies. *J. Pediatr.* 2005; 146(5): 712.
 40. Ведерникова В.С., Никитина Е.А. Два случая норвежской чесотки в Архангельске. В кн.: *Сборник трудов Архангельского медицинского института*. Архангельск; 1954; т.12: 297–302. [Vedernikova V.S., Nikitina E.A. Two cases of Norwegian scabies in Arkhangelsk. In: *Proceedings of the Arkhangelsk Medical Institute (Sbornik trudov Arkhangel'skogo meditsinskogo instituta)*. Arkhangelsk; 1954; vol.12: 297–302]. (in Russian)
 41. Porras-Luque J.I., Valks R., Dauden E., Fernandez-Herrera J. Localized crusted scabies in a patient with acquired immunodeficiency syndrome. *Acta Derm. Venereol.* 1997; 77(4): 326–7.
 42. Egawa K., John M., Hayashibara T., Ono T. Familial occurrence of crusted (Norwegian) scabies with adult T-cell leukaemia. *Br. J. Dermatol.* 1992; 127(1): 57–9.
 43. Katsumata K., Katsumata K. Simple method of detecting sarcop-tes scabiei var hominis mites among bedridden elderly patients suffering from severe scabies infestation using an adhesive-tape. *Intern. Med.* 2006; 45(14): 857–9.
 44. Walter B., Heukelbach J., Fengler G., Worth C., Hengge U., Feldmeier H. Comparison of dermoscopy, skin scraping, and the adhesive tape test for the diagnosis of scabies in a resource-poor setting. *Arch. Dermatol.* 2011; 147(4): 468–73. doi: 10.1001/archdermatol.2011.51.

Поступила 13.07.13

Received 13.07.13

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК 616.514-036.12-06:616.36-004.1]-036.1

Хроническая крапивница, ассоциированная с первичным билиарным циррозом

Колхир П.В.¹, Джавахишвили И.С.², Кочергин Н.Г.^{1, 2}, Некрасова Т.П.³, Розина Т.П.^{4, 5}

¹Научно-исследовательский отдел иммунозависимых дерматозов (зав. – проф. Н.Г. Кочергин) Научно-исследовательского центра; ²Кафедра кожных и венерических болезней (зав. – проф. О.Ю. Олисова) лечебного факультета; ³Кафедра патологической анатомии им. акад. А.И. Струкова; ⁴Научно-исследовательский отдел здоровьесберегающих технологий Научно-исследовательского центра ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва; ⁵Кафедра внутренних болезней факультета фундаментальной медицины ФГБОУ ВПО МГУ им. М.В. Ломоносова

Хроническая крапивница (ХК) относится к 20 наиболее распространенным заболеваниям кожи и сопровождается спонтанным появлением волдырей, зуда и/или ангиоотечков в течение 6 и более недель. В 70–90% случаев причина ХК не выявляется, в остальных болезнь может быть связана с различной сопутствующей патологией, в том числе аутоиммунной. Мы приводим одно из первых описаний сочетания ХК с редким аутоиммунным заболеванием печени – первичным билиарным циррозом (ПБЦ) у пациентки 30 лет. К настоящему времени нам известно уже о трех случаях сочетания ХК с ПБЦ (в том числе с нормальными показателями печеночных ферментов), что может указывать на возможную связь между этими двумя заболеваниями. В нашем случае мы показали, что ПБЦ может протекать длительное время без клинических симптомов, но с сопутствующей крапивницей, повышением уровня печеночных ферментов и наличием специфических аутоантител. Наши данные указывают на необходимость проведения расширенной иммунологической диагностики в индивидуальных случаях даже у пациентов с легким течением ХК, хорошим качеством жизни, эффектом от лечения и отсутствием других симптомов ПБЦ.

Ключевые слова: хроническая крапивница; первичный билиарный цирроз; клинический случай.