

-
12. Пятикоп И.А. Разработка метода наружной терапии больных микозами кожи с использованием комбинированных мазей на гидрофильной основе, содержащей мирамистин / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Харьков, 1996.
 13. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей. – М., 1996.
 14. Состав с антисептическими, репаративными и болеутоляющими свойствами. Патент РФ № 2177314 от 22.03. 2000.
 15. Теория и практика местного лечения гнойных ран / Под ред. проф. Б.М. Доценко. – Киев, 1995.
 16. Шатров В. А. Иммуноадьювантные свойства новых антимикробных синтетических поверхностно-активных веществ / Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Киев, 1992.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРОБЛЕМЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЧЕСОТКИ

В.И. Кисина, Е.В. Дворянкова, В.В. Петунина, Ю.А. Сапожникова
ММА им. И.М. Сеченова
КВД №15, Москва

Чесотка (scabies) – наиболее распространенное паразитарное заболевание кожи, вызываемое чесоточным клещом *Sarcoptes scabiei*. Чесотка была известна еще в глубокой древности. Самые ранние сведения о ней содержатся в китайских источниках задолго до нашей эры. В Древней Греции чесотку относили к группе кожных заболеваний, объединенных термином «псора», а в Древнем Риме обозначали термином «скабиес», сохранившимся до настоящего времени [6].

Колебания заболеваемости чесоткой носят волнообразный характер. Этому способствуют такие социальные явления наших дней, как миграция населения, множество беженцев, недостаточная личная гигиена определенной части населения, раннее начало половой жизни и другие. Социальные факторы усугубляют такие особенности чесотки, как контагиозность инкубационного периода и более частая встречаемость атипичных форм заболевания. За последние 150 лет происходили существенные сдвиги в эпидемиологической структуре чесотки. Однако причины этих колебаний не всегда объяснимы и представляются комплексными. Помимо перечисленных выше факторов, на распространение чесотки оказывают влияние и иммунологические особенности заболевания [8, 9, 10].

Уровень заболеваемости чесоткой в нашей стране достаточно высок: ежегодно регистрируется до 200 тысяч больных. Однако истинный уровень, с учетом количества проданных лекарственных средств (медифокс, спрегаль, мазь бензоата), должен достигать 800-900 тысяч человек [6].

Возбудителем чесотки является чесоточный клещ, для которого характерен половой диморфизм – отличие в морфологическом

строении самок и самцов. Основная функция самцов – оплодотворение, они вдвое меньше самок, размер которых 0,25–0,35 мм. Чесоточные клещи являются облигатными паразитами, большую часть жизни проводящими в коже хозяина, где самка откладывает яйца. Лишь на короткий период спаривания и расселения самки и самцы нового поколения выходят на поверхность кожного покрова [6, 7].

Жизненный цикл чесоточного клеща делится на две части: кратковременную накожную и длительную внутрикожную, при этом последняя представлена двумя топически разобщенными периодами: репродуктивным и метаморфическим. Репродуктивный период осуществляется самкой в прогрызаемом ею чесоточном ходе, где она откладывает яйца. Вышедшие из яиц личинки попадают 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 телеонимфы образуются взрослые особи (самки и самцы). Самки и самцы нового поколения выходят на поверхность кожи, где происходит спаривание. Дочерние самки мигрируют на кисти, запястья и стопы, внедряются в кожу и сразу начинают прокладывать ходы и класть яйца. Суточная плодовитость самки – 1–2 яйца, общая – до 50 яиц. Отмечается сезонная плодовитость чесоточных клещей. Пик приходится на сентябрь–декабрь. Это совпадает с ростом заболеваемости чесоткой в этот период года. [6, 7]

Для чесоточных клещей характерен суточный ритм активности: днем самка находится в состоянии покоя, а вечером и в первую половину ночи она прокладывает ход в эпидермисе и откладывает яйца. Выявленный суточный ритм активности имеет большое практическое значение, так как он объясняет усиление зуда вечером, преобладание прямого пути заражения при контакте в постели в вечернее и ночное время, эффективность назначения противочесоточных препаратов на ночь.

Чесотка относится к антропонозам. Различают прямой и непрямой пути заражения. При прямом пути заражения возбудитель переходит непосредственно от больного человека к здоровому в момент телесного соприкосновения. Непрямой путь – передача возбудителя через предметы личного пользования (мочалка, полотенце). Семейный очаг является ведущим в эпидемиологии чесотки, так как семья представляет наиболее контактную, многочисленную, длительно существующую форму объединения людей в обществе с возможной реализацией прямого пути передачи возбудителя в ночное время при тесном телесном контакте, чаще в постели, учитывая особенности суточного цикла клеща. Во Франции возбудитель чесотки включен в таблицу инфекционных агентов, передаваемых преимущественно половым путем.

Инкубационный период чесотки составляет от нескольких минут до 2 недель. Самки сразу начинают прокладывать ход и откладывать яйца, что одновременно сопровождается появлением клинических признаков. Также инкубационный период зависит от частоты случаев

заболевания у данного пациента. Так, по данным некоторых исследователей, при чесотке он колеблется от 14 дней до 6 недель при первичной инфекции и может быть предельно коротким, ограничиваясь несколькими днями при реинфекции. Доказано, что последующие инфицирования затруднены у уже сенсibilизированных лиц, а количество обнаруживаемых чесоточных клещей у таких пациентов часто оказывается минимальным.

Ведущий субъективный симптом чесотки – кожный зуд, который, как правило, усиливается в ночное время суток, хотя время его появления и интенсивность индивидуальны у каждого больного. Описаны случаи, когда при наличии чесоточных ходов больные не предъявляют жалоб на наличие зуда. При данном заболевании зуд обусловлен сенсibilизацией организма больного к клещу и продуктам его жизнедеятельности: фекалии, оральный секрет, изливаемый при прогрызании хода, секрет желез яйцевода. Регулярное применение внутрь и наружно противозудных препаратов в результате диагностической ошибки снижает зуд и приводит к быстрому нарастанию числа ходов, способствуя развитию так называемой «норвежской» чесотки [5, 8].

Основными клиническими проявлениями чесотки являются чесоточные ходы, типичная локализация которых – кисти, запястья, стопы, локти.

Типичный чесоточный ход впервые описан F. Herba (1844). Он имеет вид прямой или изогнутой, слегка возвышающейся линии беловатого или грязно-серого цвета размером от 1 мм до нескольких сантиметров. Передний, слепой конец хода различим по наличию самки, которая видна сквозь эпидермис в виде темной точки.

Типичные признаки чесотки:

- симптом Сезари – обнаружение рельефа хода при легкой пальпации;
- симптом Арди – Горчакова – высыпания, покрытые точечными гнойными корочками, на коже разгибательной поверхности локтевых суставов;
- симптом Михаэлиса – высыпания в виде импетигиозных элементов, пузырьков, корочек, располагающихся в области межягодичной складки с переходом на крестец.

Преимущественная локализация чесоточных ходов наблюдается на участках кожи с самой большой толщиной рогового слоя относительно остальных слоев эпидермиса. Кисти, являющиеся местами излюбленной локализации самок чесоточного клеща, получили название «зеркало чесотки».

Полиморфные высыпания вне ходов локализуются на кистях и стопах в непосредственной близости от ходов, а также на переднебоковой поверхности тела, половых органах у мужчин, ягодицах, в аксиллярной области, молочных железах у женщин. Высыпания при чесотке обусловлены деятельностью клеща, аллергической реакцией организма на воздействие возбудителя и продукты его жизнедеятельности, пиогенной флорой.

По клинической картине различают несколько видов чесотки:

- типичная чесотка;
- норвежская чесотка;
- чесотка чистоплотных или «инкогнито».

Преобладает типичная чесотка. Для нее характерно наличие чесоточных ходов, фолликулярных папул и везикул. Чесотка без ходов встречается редко и возникает при заражении личинками, для развития которых во взрослых самок, способных прокладывать ходы и откладывать яйца, необходимо 2 недели.

Норвежская чесотка возникает при устранении зуда, как защитная реакция организма человека на беспрепятственное размножение чесоточных клещей и наблюдается на фоне иммунодефицитного состояния, нарушении периферической чувствительности (проказа, синрингомиелия, параличи, спинная сухотка), конституциональных аномалиях ороговения, у больных СПИДом. Основными симптомами заболевания являются массивные корки, чесоточные ходы, полиморфные высыпания (папулы, везикулы, пустулы) и эритродермия.

Чесотка «чистоплотных» или чесотка «инкогнито» выявляется у лиц, чрезмерно использующих водные процедуры. При этом большая часть популяции чесоточного клеща механически удаляется с тела больного. Клиническая картина заболевания соответствует типичной чесотке с минимальной выраженностью проявлений.

Для всех разновидностей чесотки характерно отсутствие эффекта от лечения антигистаминными, десенсибилизирующими средствами внутрь, противовоспалительными, в том числе кортикостероидными, мазями наружно.

Некоторыми авторами выделяется скабиозная лимфоплазия или узелковая чесотка, характеризующаяся наличием сильно зудящих округлых узелковых и узловатых высыпаний багрово-синюшного цвета, плотных на ощупь, размером до 1 см. Иногда несколько таких элементов располагаются вблизи друг друга, частично сливаясь и образуя плотные бляшки с шелушением или корочками на поверхности. Высыпания сохраняются несколько недель после лечения чесотки.

Клиническими критериями постановки диагноза, по мнению Т.В. Соколовой [6], являются:

- зуд, усиливающийся в ночное и вечернее время;
- наличие типичных чесоточных ходов и их реактивных вариантов
- цепочка везикул, пузырь, лентикулярная папула, «ракетка» и т.п.;
- наличие невоспалительных, изолированных везикул, фолликулярных папул, сильно зудящих лентикулярных папул;
- типичная локализация высыпаний при чесотке: чесоточные ходы на кистях, запястьях, стопах, локтях; фолликулярные папулы - папулы на переднебоковой поверхности тела; невоспалительные везикулы на кистях, стопах в непосредственной близости от ходов; лентикулярные папулы (половые органы мужчин, ягодицы, аксиллярная и пупочная область, молочные железы у женщин);

-
- наличие характерных для чесотки симптомов: симптом Сезари, симптом Михаэлиса, симптом Арди – Горчакова;
 - преобладание стафилококкового импетиго на кистях, запястьях, стопах, эктим на голених и ягодицах;
 - отсутствие эффекта от лечения антигистаминными препаратами, десенсибилизирующими средствами внутрь и противовоспалительными (в том числе кортикостероидными) мазями наружно.

Также автор выделяет эпидемиологические критерии диагностики чесотки, выявляемые при изучении анамнеза:

- наличие зудящего дерматоза у одного и более членов семьи;
- наличие зудящего дерматоза среди членов инвазионно-контактного коллектива (общежитие, детский сад, интернат, оздоровительный лагерь, детский дом, казарма и т.п.);
- развитие заболевания после тесного телесного контакта, в том числе полового, в вечерние и ночное время;
- последовательное появление новых больных в очаге;
- реализация только непрямого пути заражения при наличии нескольких больных в очаге или высоком паразитарном индексе (число чесоточных ходов) у одного больного, что часто наблюдается при норвежской чесотке;
- возможность инфицирования через предметы, которыми непрерывно пользуется большой поток людей (шкафы в банях, матрасы в поездах, спальные мешки на туристических базах);
- улучшение состояния после самолечения одним из противочесоточных препаратов.

Единственным надежным методом подтверждения диагноза чесотки является обнаружение при микроскопическом исследовании возбудителя заболевания в любой из стадий его развития (яйца, яйцевые оболочки, личинки, взрослые насекомые) [1, 2, 3, 4]. Микроскопическое исследование материала с использованием 10% раствора КОН – простой и доступный метод, не требующий дорогостоящего оборудования и специальных навыков, выполняется в присутствии больного в течение нескольких минут. Эффективность метода в различной степени зависит от качества получения материала для исследования [8].

Лечение чесотки направлено на элиминацию возбудителя с помощью акарицидных препаратов.

Общие принципы лечения:

- Лечение больных в одном очаге должно проводиться одновременно во избежание реинвазии. При чесотке не бывает рецидивов; причинами возобновления заболевания являются реинвазия от контактных лиц, не получивших лечение, несоблюдение больным режима лечения, частичная обработка кожного покрова.
 - Нанесение любого препарата проводится только руками, что обусловлено высокой численностью чесоточных ходов на руках.
 - Лечение целесообразно проводить в вечернее время, что связано с ночной активностью возбудителя.
-

- Во избежание развития дерматита и зуда (по механизму условного рефлекса) с первых дней противочесоточного лечения возможно назначение гипосенсибилизирующих и антигистаминных средств.
- Смена нательного и постельного белья проводится по окончании курса терапии.
- Профилактическое лечение необходимо проводить лицам, находящимся в тесном бытовом и половом контактах, в многодетных семьях, а также в организованных коллективах путем однократной обработки кожи контактных лиц одним из противочесоточных препаратов.

Для лечения больных чесоткой наиболее широко используют бензилбензоат. Не утратил своей эффективности и метод терапии чесотки по Демьяновичу. Применяются также мази, содержащие серу и деготь (мазь Вилькинсона) и полисульфидный линимент.

Перечисленные препараты имеют ряд недостатков: так, применение растворов по Демьяновичу требует много времени (длительность обработки около 1 часа); раствор натрия гипосульфита имеет запах серы, а условие метода – не мыться в течение 3 дней – оказывает значительное негативное влияние на комплаентность лечения.

Определены свойства, которыми должен обладать идеальный антискабиозный препарат: эффективность при однократном нанесении, воздействие на все стадии развития клеща (включая яйца); минимальное раздражающее и сенсибилизирующее действие, низкая общая токсичность, легкость выведения из организма. Кроме того, он должен обладать комплаентностью: быть прост в использовании, иметь хорошие потребительские качества – отсутствие запаха, пятен на одежде и др. [5, 6].

Одним из современных высокоэффективных препаратов для лечения чесотки является «Спрегаль», содержащий активные ингредиенты: пиретроид (эсдепаллетрин) и пиперонила бутоксид, усиливающий действие пиретроидов, а также наполнители – транскутол (эфир диэтиленгликоля) и гликолизированные полиоксиэтиловые глицериды, этанол. Входящий в состав препарата эсдепаллетрин является нейротоксичным ядом для насекомых. Механизм действия препарата заключается в нарушении катионного обмена мембран нервных клеток. Пиперонила бутоксид, входящий в состав препарата, усиливает действие эсдепаллетрина. Препарат удобен в применении, не имеет неприятного запаха и производится в форме аэрозоля, одного баллона которого достаточно для лечения 1-3 больных. Для проведения лечения используют проветриваемое помещение, вдали от источника огня, предпочтительнее в вечернее время суток. «Спрегаль» наносят на весь кожный покров (за исключением лица и волосистой части головы) с расстояния 20-30 см от поверхности тела и оставляют на 12 часов. После окончания процедуры необходимо сменить нательное и постельное белье, а через 12 часов тщательно вымыться с мылом и вновь сменить нательное и постельное белье.

Эффективность препарата «Спрегаль» подтверждена результатами многочисленных исследований. Так, по данным А. А. Кубановой (1996), при лечении 29 больных чесоткой после однократного нанесения аэрозоля у всех пациентов достигнуто клиническое излечение. Выраженных побочных явлений и осложнений в процессе лечения и в срок до 4 недель не наблюдали [1].

На базе кожно-венерологического диспансера № 15 г. Москвы проведено лечение аэрозолем «Спрегаль» 43 больных чесоткой в возрасте от 19 до 59 лет (23 женщины, 20 мужчин) с длительностью заболевания от 2 дней до 4 месяцев. У всех пациентов достигнуто клиническое излечение. Побочные явления в виде незначительного жжения отмечены у одного пациента после нанесения препарата. Для профилактического лечения контактных лиц использовали однократное нанесение препарата «Спрегаль». С целью дезинфекции одежды и постельных принадлежностей больных применяли препарат А-ПАР, действующим веществом которого являются изомеры аллетрина в концентрации 0,32%. Средство предназначено для дезинфекции одежды и постельных принадлежностей больных чесоткой и педикулезом. Препарат можно применять также для дезинфекции помещений, в которых проводится осмотр таких больных, приемных отделений, санпропускников лечебно-профилактических учреждений.

Таким образом, препарат «Спрегаль» является эффективным средством, обладает высокой комплаентностью и хорошей переносимостью и может быть рекомендован для широкого применения в практике. Использование в сочетании со Спрегалем препарата А-ПАР позволяет предупредить развития рецидивов чесотки.

Следует подчеркнуть, что в настоящее время врачебная практика должна регламентироваться Федеральными протоколами ведения больных. Приказом МЗ РФ № 162 от 24.04.2003 г. утвержден «Протокол ведения больных. Чесотка», задачами которого являются:

1. Определение спектра лечебных и диагностических услуг, оказываемых больным чесоткой.
2. Определение формулярных статей лекарственных средств, применяемых для лечения чесотки.
3. Разработка алгоритмов диагностики и лечения чесотки.
4. Установление единых требований к порядку профилактики, диагностики и лечения больных чесоткой.
5. Унификация расчетов стоимости медицинской помощи, разработки базовых программ ОМС и тарифов на медицинские услуги и оптимизация системы взаиморасчетов между территориями за оказанную больным чесоткой медицинскую помощь.
6. Контроль объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинском учреждении и на территории в рамках государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кубанова А.А., Федоров С.М., Тимошин Г.Г., Левин М.М. // Вестн. дерматол. – 1996. – № 1. – С. 57-58.
2. Потекаев Н.С., Иванов О.Л., Сергеев Ю.В. // Вестн. дерматол. – 1979. – № 7. – С. 47-52.
3. Сергеев Ю.В. Индометацин в терапии доброкачественной лимфоплазии кожи / В кн.: Актуальные вопросы клинической и экспериментальной медицины. – М., 1980. – С. 132-134.
4. Сергеев Ю.В. Доброкачественная лимфоплазия кожи (Новое в клинике, морфологии и лечении) / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1982. – С. 1-24.
5. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей. – М., 1999. – Т. 1. – С. 426-236.
6. Соколова Т.В. // Врач. – 2006. – С. 69-72.
7. Соколова Т.В., Федоровская Р.Ф., Ланге А.Б. Чесотка. – М., 1988. – С. 4-18.
8. Феденко Е.С. // Вестн. дерматол. – 1997. – № 6. – С. 60.
9. Hoefling K., Schroeter A. // J. Am. Acad. Dermatol. – 1980. – V. 3. – P. 237-240.
10. Mellanby K. Immunology of scabies. – Philadelphia: Lippincott. – 1977. – P. 84-87.
11. Van Neste D. // Int. J. Dermatol. – 1981. – V. 20. – P. 264-269.
12. Van Neste K. // Arch. Dermatol. Res. – 1982. – V. 274. – P. 159-167.

К АССОЦИАЦИИ КЕРАТОАКАНТОМ С ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА

А.Ю. Кладова, Д.А. Куевда, Ж.С. Кунцевич, А.А. Прокофьев, Л.С. Баганиш
ММА им. И.М. Сеченова
ФГУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора, Москва
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Кератоакантома (КА) – одна из распространенных эпителиальных опухолей человека, которая имеет некоторое клиническое и морфологическое сходство с плоскоклеточным раком кожи [1]. Этиология и патогенез КА изучены недостаточно. Возникновению заболевания способствует ряд экзогенных факторов, таких, как длительная инсоляция, механическая травма, влияние химических канцерогенов и ионизирующего излучения [1,2]. Также важную роль отводят наследственным и иммунологическим факторам [1,2]. В последнее время получены данные о связи развития КА с вирусом папилломы человека (ВПЧ), имеющим четко обозначенную тропность к многослойному плоскому эпителию [1,5,8].

Гипотеза о том, что ВПЧ могут играть важную роль в развитии КА, высказывалась начиная с 60-х гг., когда в ходе электронной микроскопии в клетках опухоли были обнаружены вирусоподобные частицы [10]. Следующий этап в изучении роли ВПЧ в этиологии КА связан с развитием молекулярно-биологических методов обнаружения вируса в тканях. На сегодняшний день известно около 120 различных гено-