

СКАБИОЗНАЯ ЭРИТРОДЕРМИЯ – НОВЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ ЧЕСОТКИ

СОКОЛОВА Т.В.*, МАЛЯРЧУК А.П.*, АДАСКЕВИЧ В.П., ЛОПАТИНА Ю.В.*****

*Медицинский институт усовершенствования врачей ФГБОУ ВПО «Московский государственный университет пищевых производств», Российская Федерация

**УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», Республика Беларусь

***ФГБОУ ВПО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», Российская Федерация

Резюме.

Эритродермия (эксфолиативный дерматит) считается неотложным состоянием в дерматологии и характеризуется поражением не менее 90% кожных покровов с явлениями гиперемии, шелушения, кожного зуда, лимфаденопатии, лихорадки. Наиболее частой причиной эритродермии являются предшествующие дерматозы (псориаз, атопический дерматит, экзема, себорейный дерматит, красный волосяной лишай, красный плоский лишай, листовидная пузырчатка), медикаментозные токсидермии, лимфома и лейкемия, неоплазии внутренних органов. Эритродермия является диагностически значимым клиническим проявлением норвежской чесотки.

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

Материалы и методы. Обследовано 5 больных чесоткой, основным клиническим проявлением которой была эритродермия. Все пациентки – женщины в возрасте от 42 до 89 лет. Продолжительность заболевания от 8 месяцев до 1 года. Причины развития эритродермии были различные. Использовались клинические, дерматоскопические, микроскопические, параклинические методы исследования.

Результаты. Впервые приведено описание новой клинической формы чесотки – скабиозной эритродермии. В основу положен анализ 5 случаев чесотки, основным клиническим проявлением которой является диффузная эритродермия. Приведены диагностические критерии скабиозной эритродермии и представлен дифференциальный диагноз с норвежской чесоткой. Впервые оценен инвазивный потенциал данной формы заболевания на больном и вне его.

Ключевые слова: скабиозная эритродермия, норвежская чесотка, дерматоскопия, дифференциальный диагноз.

Abstract.

Erythroderma (exfoliative dermatitis) is an emergency condition in dermatology in which not less than 90% of skin surface is affected. The characteristic features are erythema, skin scaling and itching, fever and lymphadenopathy. The most common causes of erythroderma are pre-existent dermatoses (psoriasis, atopic dermatitis, eczema, seborrheic dermatitis, lichen ruber pilaris, lichen planus, pemphigus foliaceus), drug reactions, lymphoma and leukemia, visceral neoplasias. Erythroderma is a diagnostically relevant clinical manifestation of Norwegian scabies.

Objectives: To describe clinical peculiarities of scabious erythroderma as a special rare form of scabies, to assess the number of itch mites on a patient and in his/her environment and to work out the differential-diagnostic criteria of Norwegian scabies.

Material and methods: We examined 5 patients with scabies, the main clinical manifestation of which was erythroderma. All patients were women aged from 42 to 89 years. The disease duration was from 8 months to 1 year. The causes of erythroderma development were different. Clinical and paraclinical methods of investigation alongside with dermatoscopy and microscopy were used.

Results: For the first time the description of a new clinical form of scabies – scabious erythroderma – has been provided. It is based on the analysis of the 5 cases of scabies, the main clinical manifestation of which is diffuse erythroderma. The diagnostic criteria of scabious erythroderma and differential diagnosis of Norwegian scabies

have been given. For the first time the invasive potential of this form of the disease has been evaluated on the patient and outside him/her.

Key words: scabious erythroderma, Norwegian scabies, dermatoscopy, differential diagnosis.

Эритродермия – заболевание, характеризующееся эритемой и шелушением, охватывающим не менее 90% кожного покрова. Первичные очаги, являющиеся важным ключом для понимания эволюции заболевания, часто скрыты [1]. Наиболее частыми причинами эритродермии могут быть предшествующие дерматозы (псориаз, atopический дерматит, экзема, себорейный дерматит, красный волосяной лишай, красный плоский лишай, листовидная пузырчатка, буллезный пемфигоид), лекарственная аллергия, лимфома и лейкемия, неоплазии внутренних органов [1-4].

Эритродермия является диагностически значимым клиническим проявлением норвежской чесотки [1, 5, 6]. Последняя впервые была описана Даниэльсенем и Беком в Норвегии в 1847 году. Другими синонимами норвежской чесотки являются корковая, или крустозная, чесотка. В этих названиях отражается основной клинический симптом заболевания – образование 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 так же корочки и чешуйки. Поэтому полагают, что наиболее подходящим названием для данной формы заболевания явилось бы «scabies Danielsen-Boeck» с определениями «crustosa, erythematosa, erythematosa» [7].

Причины возникновения и особенности течения норвежской чесотки достаточно полно систематизированы в монографии Т.В.Соколовой и соавт. (1989) [5]. За последние два десятилетия описаны случаи норвежской чесотки при инфицировании ВИЧ [8-11], у лиц пожилого возраста 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, кахексии [16], буллезном пемфигоиде при лечении системными кортикостероидами [17], врожденной эритродермии [18], при ис-

пользовании иммунодепрессантов нового поколения – тоцилизумаба [19] и циклоспорина [20], воздействии на кожу пестицидов [21]. В редких случаях регистрируют случаи норвежской чесотки и без сопутствующей патологии: у 24-летнего мужчины [22], беременной [23], детей [24-25].

Основной симптом норвежской чесотки – массивные корки. Их толщина колеблется от нескольких мм 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, бело-гипсовый. 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 обнаруживается большое количество взрослых и неполовозрелых клещей. На нижней поверхности корок видны извилистые углубления, соответствующие чесоточным ходам. Корки плотно сидят на поверхности кожи, а при их насильственном снятии обнаруживаются обширные мокнущие эрозии. Ходы в корках расположены в несколько этажей. На нижней поверхности наслоений можно обнаружить самок, самцов, нимф, личинок, 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 (серые, с бугристой поверхностью, легко крошатся, край изъеден, иногда полная утрата с образованием на месте ногтевых пластинок 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].

В зарубежной литературе описано несколько случаев чесотки, при которых основным клиническим симптомом является выраженная эритродермия, а заболевание очень контагиозно [38, 39]. Однако авторы не выделили этот вариант течения дерматоза в самостоятельный. Подробное описание эритродермической формы чесотки, как редкого варианта течения заболевания, в литературе отсутствует. Поэтому ряд авторов при обнаружении участков гиперкератоза, которые по сути дела, не являются корками, описывают эти случаи как норвежскую чесотку [38, 39, 41, 42]. В действительности данная форма заболевания может быть обозначена как скабиозная 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].

Целью исследования было описать особенности течения скабиозной эритродермии как самостоятельного редкого варианта чесотки, оценить численность чесоточных клещей на больном и в его окружении и разработать дифференциально-диагностические критерии с норвежской чесоткой.

Методы

Обследовано 5 больных чесоткой, основным клиническим проявлением которой была эритродермия. Все пациентки – женщины в возрасте 42, 72, 76, 84 и 89 лет. Данность заболевания от 8 месяцев до 1 года. Причины развития эритродермии были различные. У первой пациентки (42 года) заболевание возникло на фоне системной красной волчанки, в комплексную терапию которой был включен преднизолон 60 мг в сутки в течение 3 месяцев. Двум больным (72 и 76 лет) ошибочно диагностирован аллергический контактный дерматит, а затем токсикодермия. В течение 8-9 месяцев они получали антигистаминные, десенсибилизирующие препараты внутрь и топические глюкокортикостероиды (ТКС) наружно. Эритродермия возникла спустя 2 мес. после назначения ТКС. Четвертая больная (84 года) выявлена в психоневрологическом стационаре. В связи с шизофренией длительное время получала психотропные препараты, а наружно – мазь синаflan. Пятая пациентка (89 лет) с диагнозом «аллергический дерматит», а затем «токсикодермия», в течение года получала антигистаминные препараты, ТКС, а затем 3 месяца внутримышечно дипроспан. Эритродермия возникла спустя 2 месяца после начала инъекций дипроспана.

Лабораторно диагноз чесотки подтвержден во всех случаях. Использовали методы извлечения клеща иглой, соскоба чесоточных ходов и высыпаний с применением молочной кислоты и дерматоскопию, которая выполнялась с помощью дерматоскопа DELTA 20, USB-микроскопов различных модификаций. Путем полного подсчета чесоточных ходов визуально и при помощи дерматоскопа определяли паразитарный индекс. У пятой пациентки подсчитали число клещей в поле зрения стандартного дерматоскопа на площади 1 см² во внешне неизменной коже и в очагах эритродермии. Проведено сравнение эффективности диагностики чесотки методом «скотч-проб» [43, 44] и дерматоскопии. При проведении «скотч-пробы» кусочек прозрачного скотча размером 2х5 см наклеивали на пораженный участок кожного покрова на несколько секунд, затем быстро удаляли. Использованный скотч приклеивали к предмет-

ному стеклу и микроскопировали. Сравнили численность клещей на разных стадиях развития в двух соскобах эпидермиса (живот, бедро) и в 4 скотч-пробах (стопа, грудь, спина и бедро). Определили численность клещей вне больного по их наличию на простыне, где лежала пациентка. Для этой цели липкую ленту размером 2x5 см прикладывали к десяти участкам простыни.

Результаты собственных исследований

Анализ пяти 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 ТКС, психотропные, антигистаминные, десенсибилизирующие препараты. Подавление зуда способствует меньшему расчесыванию кожи и сохранению в ней клещей. Происходит бесконтрольное увеличение численности их популяции.

2. Значительная давность заболевания (более 8 мес), при раннем появлении эритродермии (через 2-3 мес.) после назначения системных, ТКС, нередко в комбинации с антигистаминными и/или психотропными препаратами.

3. Особый характер зуда – 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 (остеофолликулитов) с небольшой инфильтрацией в основании.

8. Большое число чесоточных ходов в местах типичной локализации (кисти, запястья, стопы) – 50-310 на анатомическую область.

9. Наличие чесоточных ходов на лице, шее, в межлопаточной области, где они всегда отсутствуют при типичной чесотке.

10. Преобладание коротких чесоточных ходов длиной 2-3 мм, сделанных в большинстве случаев неполовозрелыми стадиями чесоточного клеща (личинками, нимфами), которые в литературе получили название метаморфических [5].

11. Выражен стойкий белый дермографизм.

12. Методом дерматоскопии клещи визуализация клещей в значительном количестве не только в ходах, но и в эритродермически измененной и внешне неизменной 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 года.

Больная С., 89 лет, поступила в июне 2013 г. в КВО одного из московских военных госпиталей с жалобами на поражение всего кожного покрова, умеренный кожный зуд, усиливающийся вечером, зябкость (несмотря на высокую температуру окружающего воздуха). Больна 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 КВД по месту жительства. Дочь о наличии зуда у себя умолчала. Поставлен диагноз распространенный аллергический дерматит. Назначено лечение: антигистаминные и десенсибилизирующие препараты, кремы с ТКС. Наступило незначительное кратковременное улучшение. В дальнейшем пациентку консультировали еще четыре дерматолога в частных медицинских центрах г. Москвы. Диагноз оставался прежним, а лечение мало отличалось от предыдущего. Эффект от проводимой терапии отсутствовал. За три месяца до поступления в стационар один из дерматологов назначил дипроспан по 2 инъекции в месяц и кремы с ТКС (дермовеит, кутивейт). На фоне субъективного снижения интенсивности зуда появились очаги покраснения, которые быстро распространились по всему кожному покрову и приняли характер эритродермии. Пациентка в очередной раз обратилась в лечебно-диагностический центр, где



Рисунок 1 – Скабиозная эритродермия у пациентки С., 89 лет.

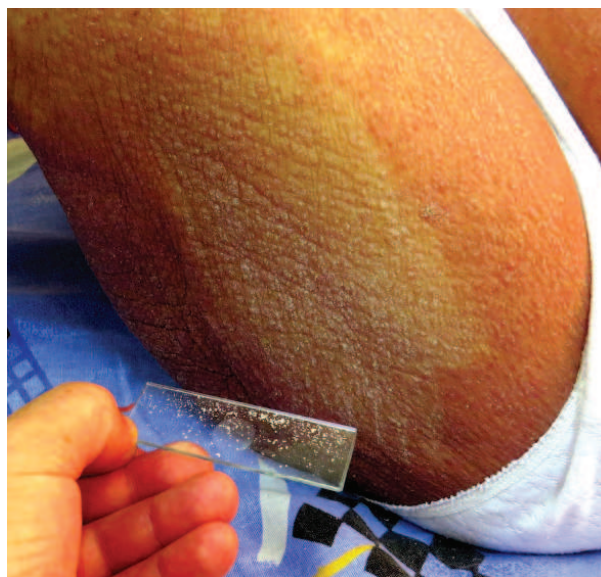


Рисунок 2 – Белый дермографизм, наблюдаемый при соскобе кожи на чесоточного клеща при скабиозной эритродермии.

был установлен диагноз «токсикодермия» и направлена на стационарное лечение.

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

Локальный статус: процесс носит универсальный характер, захватывая все тело (рис. 1). Кожа застойно красного цвета, сухая, инфильтрирова-

на, пигментирована и лихенифицирована, местами шелушится. На ощупь кожа теплая, плотная, шершавая. 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



Рисунок 3 – Очаговый гиперкератоз в области ягодиц при скабиозной эритродермии.

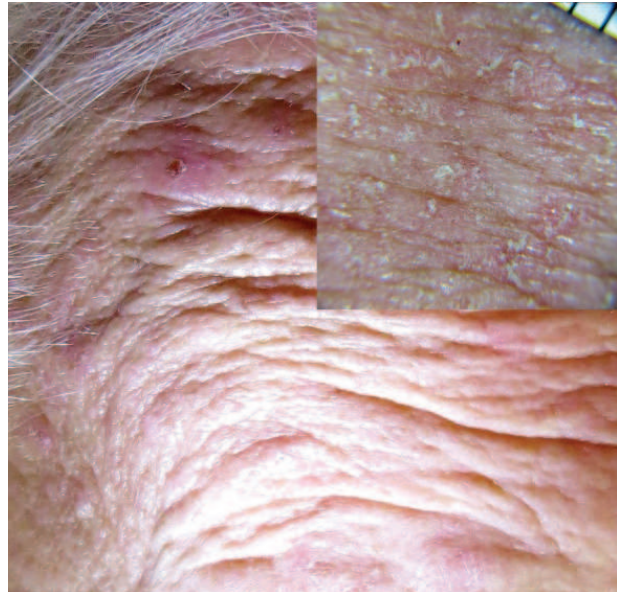


Рисунок 5 – Чесоточные ходы на лице при скабиозной эритродермии.



Рисунок 4 – Очаговый гиперкератоз в области локтей при скабиозной эритродермии.

плеч и голеней мелкие очаги не измененной 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 составляло на ладонях – 186, на подошвах – 81, в области ареол молочных желез – 34. На других участках

кожи чесоточные ходы без дерматоскопа визуализировались очень плохо.

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

Дерматоскопия. На всех участках кожного покрова обнаружены многочисленные чесоточные ходы, в том числе на лице (рис. 5), на волосистой части головы по границе роста волос (рис. 6), в межлопаточной области (рис. 7), на лобке (рис. 8). Чесоточные клещи (от 5 до 30 на 1 см^2) обнаружены вне чесоточных ходов (рис. 8), в том числе на внешне мало измененных участках кожи (рис. 9). Численность клещей преобладала на участках кожного покрова с резко выраженными воспалительными явлениями.

Для сопоставления результатов обнаружения клещей на ладони визуально и методом дерматоскопии их 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 в 2,2 раза больше (41).

Результаты микроскопического исследования соскобов кожи приведены в таблице 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 (сам-



Рисунок 6 – Чесоточные ходы на волосистой части головы по границе роста волос при скабиозной эритродермии.



Рисунок 7 – Чесоточные ходы на коже межлопаточной области при скабиозной эритродермии.

ки 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 свидетельствует о наличии чесоточных ходов, которые при типичной чесотке приурочены к кистям, запястья и стопам.

Для диагностики чесотки использованы скотч-пробы. Результаты представлены в таблице 2.

Методом скотч-проб, взятых с 4-х 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. 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 показало значительное преимущество первого метода. В 4-х скотч-пробах число выявленных клещей на площади 10 см² колебалось от 2 до 6 особей. При дерматоскопии на площади того же размера было обнаружено на стопе 35 кле-

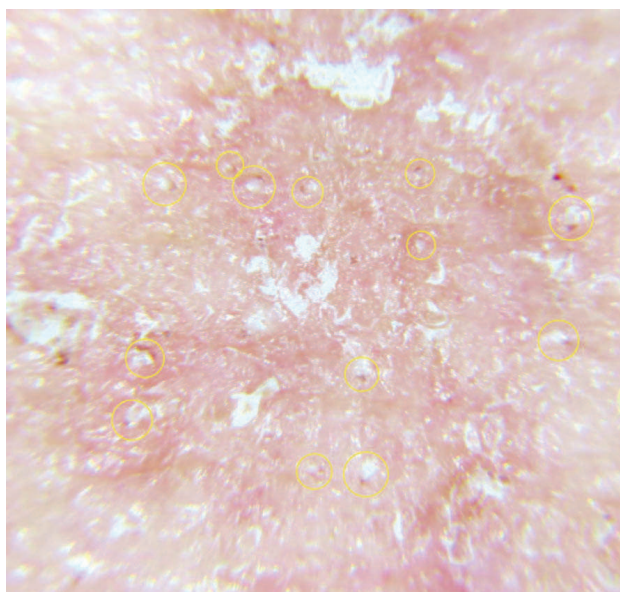


Рисунок 8 – Чесоточные клещи вне чесоточных ходов при скабиозной эритродермии.

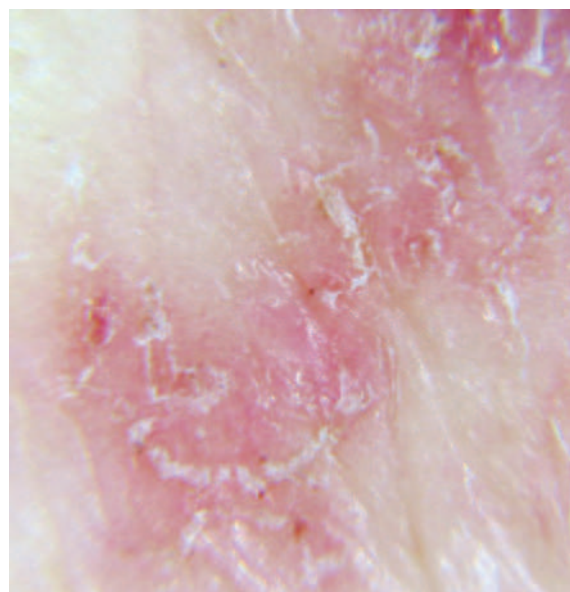


Рисунок 9 – Чесоточные клещи во внешне мало измененной коже (область средней трети голени) при скабиозной эритродермии.

Таблица 1 – Паразитарные элементы в соскобах эпидермиса

Место забора материала	Самки	Самцы	Личинки	Нимфы	Яйца	Яйцевые оболочки	Всего
Соскоб с бедра (6x8 см)	6	6	0	0	3	2	17
Соскоб с живота (20x10 см)	4	1	3	0	11	6	25
Всего	10	7	3	0	14	8	42

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

щей, животе – 12, бедре – 22, груди – 15.

Для паразитологического обследования простыни, на которой лежала пациентка сделано 3 скотч-пробы (рис. 10 а, б). Обнаружено 9 самок, 6 самцов, 11 личинок, 1 нимфа и 4 яйца. Полученные данные свидетельствуют о высоком инвазивном потенциале данной формы заболевания. Не случайно, все члены семьи, ухаживающие за больной, имели чесотку.

На основании клинических, дерматоскопических и микроскопических данных установлен диагноз: чесотка, скабиозная эритродермия.

Больную обработали 20% мазью бензилбензоата. На следующий день проведена оценка эффективности лечения по воздействию на возбудителя. При извлечении клещей их чесоточных ходов сохраняли подвижность 67% экземпляров, из внешне неизменной кожи – 92%. В скотч-пробах с поверхности простыни из 27 клещей 23 (85,2%) сохраняли подвижность. Мазь бензилбензоата втирали однократно вечером в весь кожный покров в течение 7 дней. Одновременно назначали лоратадин внутрь. На восьмые сутки инфильтрация и интенсивность гиперемии кожи значительно

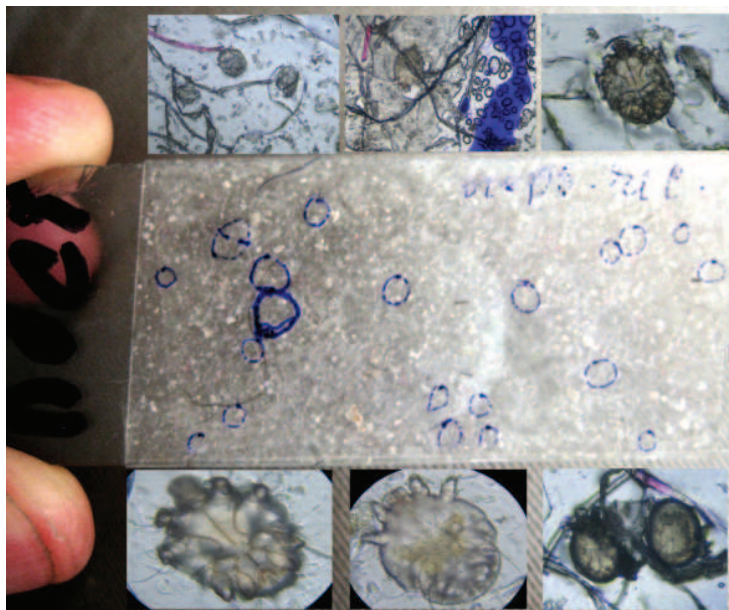


Рисунок 10 – Скотч-проба с поверхности постельного белья: а – стекло с липкой лентой и обозначенными паразитарными элементами, б – паразитарные элементы, прилипшие к скотчу (яйца, личинка).

уменьшились, количество клещей при дерматоскопии снизилось до 1-3 на см², подвижных не было. Скотч-пробы с поверхности кожи и белья были отрицательными. Дальнейшая терапия проводилась неспецифическими гипосенсибилизирующими средствами (натрия тиосульфат) и антигистаминными (хлоропирамин) препаратами. Наружно применяли смягчающие средства (кольд-крем).

Обсуждение

Скабиозная эритродермия является редкой клинической формой 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 чесотки, то многие авторы пытаются «притянуть» ее к норвежской чесотке, оценивая гиперкератотические наслоения как корки, которые таковыми не являются. Учитывая данные литературы, подтверждающие электронно-микроскопическим и бактериологическим методами колонизацию чесоточных ходов золотистым стафилококком при норвежской чесотке, можно полагать, что на первом этапе данный возбудитель является супераллергеном. При этом развивается аллергическая реакция, напоминающая таковую при токсикодермии, атопическом дерматите (эритродермия Хила), псориазе. 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 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 неизменной кожи, лентикулярных 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 существен-

ные различия, которые приведены в таблице 3. ими может руководствоваться врач, чтобы отличить норвежскую чесотку от скабиозной эритродермии.

По эффективности диагностики первое место занимает дерматоскопия, второе – микроскопирование соскобов эпидермиса и тре-

тье – скотч-пробы. Наш опыт свидетельствует, что у больных типичной чесоткой в скотч-пробах клещи обнаруживаются крайне редко.

Результаты обследования постельных принадлежностей больного скабиозной эритродермией свидетельствуют о высокой контагиозности этой формы чесотки. Поэтому

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, псориатической 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. после 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, 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 неполовозрелыми стадиями развития чесоточного клеща
Поражение ногтей	Наблюдается часто	Отсутствует
Увеличение лимфатических узлов	Наблюдается практически всегда	Отсутствует
Повышение температуры тела	Наблюдается часто	Отсутствует
Изменение цвета волос, алопеция	Встречаются часто	Не характерно
Неприятный запах, исходящий от больного	Частый симптом	Отсутствует

при госпитализации пациента в стационар или при лечении в домашних условиях следует проводить ежедневную дезинфекцию его нательных и постельных принадлежностей.

Заключение

Впервые приведено описание новой клинической формы чесотки – скабиозной эритродермии, в основу которого был положен анализ пяти случаев чесотки с основным клиническим проявлением в виде диффузной эритродермии. Приведены диагностические критерии скабиозной эритродермии и представлен дифференциальный диагноз с норвежской чесоткой.

Литература

1. Адаскевич, В. П. Эритродермии / В. П. Адаскевич // *Дерматология : прилож. к журн. «Consilium Medicum»*. – 2009. – № 2. – С. 28-33.
2. Erythroderma: analysis of 247 cases / С. Vasconcellos [et al.] // *Revista de Saúde Pública*. – 1995 Jun. – Vol. 29, N 3. – P. 177-182.
3. Erythroderma: a clinical study of 97 cases / М. Akhyani [et al.] // *BMC Dermatol.* – 2005. – Vol. 9, N 5. – P. 1-5.
4. Erythroderma in adults: a report of 80 cases / В. М. Rym [et al.] // *Int. J. Dermatol.* – 2005. – Vol. 44, N 9. – P. 731-735.
5. Соколова, Т. В. Чесотка / Т. В. Соколова, Р. Ф. Федоровская, А. Б. Ланге. – М. : Медицина; 1989. – 175 с.
6. Oral treatment of crusted scabies with ivermectin: report of two cases / S. C. Cestari [et al.] // *Pediatr. Dermatol.* – 2000 Sep-Oct. – Vol. 17, N 5. – P. 410-414.
7. Хаймовский, Д. И. Случай норвежской чесотки / Д. И. Хаймовский, П. Ю. Шенфельд, Е. М. Демьховский // *Вестник дерматологической венерологии*. – 1940. – № 1. – С. 55-57.
8. Diagnostic dilemma: crusted scabies superimposed on psoriatic erythroderma in a patient with acquired immunodeficiency syndrome / В. S. Fuchs [et al.] // *Skinmed.* – 2007 May-Jun. – Vol. 6, N 3. – P. 142-144.
9. Freitas, A. Human T-lymphotropic virus 1 (HTLV-1), strongyloidiasis and scabies. Infections and associations to considerate / A. Freitas // *Invest. Clin.* – 2008 Dec. – Vol. 49, N 4. – P. 455-446.
10. Karthikeyan, K. Crusted scabies / K. Karthikeyan // *Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol.* – 2009 Jul-Aug. – Vol. 75, N 4. – P. 340-347.
11. Scabies outbreak in an intensive care unit with 1,659 exposed individuals-key factors for controlling the outbreak / М. Buehlmann [et al.] // *Infect. Control. Hosp. Epidemiol.* – 2009 Apr. – Vol. 30, N 4. – P. 354-360.
12. Rothe, M. J. Life-threatening erythroderma: diagnosing and treating the “red man” / М. J. Rothe, M. L. Bernstein, J. M. Grant-Kels // *Clinics in dermatology*. – 2005 Mar-Apr. – Vol. 23, N 2. – P. 206-217.
13. Norwegian scabies presenting as erythroderma / V. Mehta [et al.] // *Ind. J. Dermatol. Vener. Leprol.* – 2009 Nov-Dec. – Vol. 75, N 6. – P. 609-610.
14. Crusted scabies in a patient with brain astrocytoma: report of a case / Н. Mortazavi [et al.] // *Int. J. Infect. Dis.* – 2010 Jun. – Vol. 14, N 6. – P. 526-527.
15. Lesson of the week Norwegian scabies misdiagnosed as an adverse drug reaction / D. S. Almond [et al.] // *British Med. J.* – 2000 Jan. – Vol. 320, N 7226. – P. 35-36.
16. Нехамкин, П. Б. Случаи норвежской чесотки на территории Свердловской области / П. Б. Нехамкин, Е. А. Сарафанова, Е. Б. Корюкина // *Межрег. науч.-практ. конф. дерматовенерологов*. – Екатеринбург, 2005. – С. 34.
17. Norwegian scabies in immunosuppressed patient misdiagnosed as an adverse drug reaction / D. Svecova [et al.] // *Epidemiol. Mikrobiol. Imunol.* – 2009 Aug. – Vol. 58, N 3. – P. 121-123.
18. Chosidow, O. Scabies and pediculosis / O. Chosidow // *The Lancet*. – 2000 Mar. – Vol. 355, N 9206. – P. 819-826.
19. Crusted Norwegian scabies, an opportunistic infection, with tocilizumab in rheumatoid arthritis / К. Baccouche [et al.] // *Joint Bone Spine*. – 2011 Jul. – Vol. 78, N 4. – P. 402-404.
20. Monari, P. Norwegian scabies in a healthy woman during oral cyclosporine therapy / P. Monari, R. Sala, P. Calzavara-Pinton // *European journal of dermatology*. – 2007 Mar-Apr. – Vol. 17, N 2. – P. 173.
21. Фелькер, А. Я. Норвежская чесотка / А. Я. Фелькер // *Вестник дерматологии и венерологии*. – 1992. – № 4. – С. 67-69.
22. Ekmekci, T. R. Erythrodermic crusted scabies in a young healthy man / T. R. Ekmekci, A. Koslu // *Dermatology Online Journal*. – 2012 Oct. – Vol. 12, N 6. – P. 23.
23. Judge, M. R. Crusted scabies in pregnancy / M. R. Judge, A. Kobza-Black // *Br. J. Dermatol.* – 1995 Jan. – Vol. 132, N 1. – P. 116-119.
24. Crusted scabies in a healthy infant / V. Baysal [et al.] // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* – 2004 Mar. – Vol. 18, N 2. – P. 188-190.
25. Gladstone, H. B. Crusted scabies in an immunocompetent child: treatment with ivermectin / H. B. Gladstone, G. L. Darmstadt // *Pediatr. Dermatol.* – 2000 Mar-Apr. – Vol. 17, N 2. – P. 144-148.

26. Ведерников, В. А. Случай норвежской чесотки / В. А. Ведерников // Вопросы экспериментальной и клинической дерматовенерологии. – 1944. – Вып. 1. – С. 148-153.
27. Клиника болезней кожи / под ред. А. П. Иордана. – М. : Гос. мед. изд-во, 1934. – 710 с.
28. Модестов, В. К. К вопросу о норвежской чесотке / В. К. Модестов // Русский вестник дерматологии. – 1930. – № 8/9. – С. 697-708.
29. Соколова, Т. В. Случай норвежской чесотки / Т. В. Соколова // Вестник дерматологии и венерологии. – 1985. – № 8. – С. 59-63.
30. Соколова, Т. В. Случай норвежской чесотки у больной гипопаратиреозом / Т. В. Соколова, И. Е. Сизов, Н. А. Негородова // Вестник дерматологии и венерологии. – 1990. – № 10. – С. 67-70.
31. Norwegian scabies, a rare diagnosis in Tunisia / A. Mebazaa [et al.] // La Tunisie médicale. – 2006 Oct. – Vol. 84, N 10. – P. 654-657.
32. O'Donnell, B. F. Management of crusted scabies / B. F. O'Donnell, S. O'Loughlin, F. C. Powell // International journal of dermatology. – 1990 May. – Vol. 29, N 4. – P. 258-266.
33. Editorial Response: Of Mites and Men - Lessons in Scabies for the Infectious Diseases Clinician // Clinical infectious diseases. – 1998. – Vol. 27, N 3. – P. 646-648.
34. Shelley, W. B. Staphylococcus aureus colonization of burrows in erythroderma Norwegian scabies: a case study of iatrogenic contagion / W. B. Shelley, D. E. Shelley, V. Burmeister // J. Amer. Acad. Dermatol. – 1988 Oct. – Vol. 19, N 4. – P. 673-678.
35. Jaramillo-Ayerbe, F. Ivermectin for crusted Norwegian scabies induced by use of topical steroids / F. Jaramillo-Ayerbe, J. Berrio-Munoz // Arch. Dermatol. – 1998 Feb. – Vol. 134, N 2. – P. 143-145.
36. Crusted (Norwegian) scabies following systemic and topical corticosteroid therapy / I. Binić [et al.] // J. Korean Med. Science. – 2010 Jan. – Vol. 25, N 1. – P. 188-191.
37. Patel, A. Crusted scabies in two immunocompromised children: successful treatment with oral ivermectin / A. Patel, P. Hogan, B. Walder // Australasian J. Dermatol. – 1999 Feb. – Vol. 40, N 1. – P. 37-40.
38. Muscardin, L. M. Sub-erythrodermic norwegian-like scabies: following steroid therapy / L. M. Muscardin, F. Pinto, M. Papi // Chronica dermatologica. – 1996. – Vol. 6, N 2. – P. 529-534.
39. Hypereosinophilia in red scaly infants with scabies / A. Haim [et al.] // Journal of Pediatrics. – 2005 May. – Vol. 146, N 5. – P. 712.
40. Ведерникова, В. С. Два случая норвежской чесотки в Архангельске / В. С. Ведерникова, Е. А. Никитина / Сборник трудов Архангельского государственного медицинского института. – 1954. – Вып. 12. – С. 297-302.
41. Localized crusted scabies in a patient with acquired immunodeficiency syndrome / J. I. Porras-Luque [et al.] // Acta Derm Venereol. – 1997 Jul. – Vol. 77, N 4. – P. 326-327.
42. Familial occurrence of crusted (Norwegian) scabies with adult T cell leukaemia / K. Egawa [et al.] // Br. J. Dermatol. – 1992 Jul. – Vol. 127, N 1. – P. 57-59.
43. Katsumata, K. Simple method of detecting Sarcoptes scabiei var. hominis mites among bedridden elderly patients suffering from severe scabies infestation using an adhesive-tape / K. Katsumata // Internal Medicine. – 2006. – Vol. 45, N 14. – P. 857-859.
44. Comparison of dermoscopy, skin scraping, and the adhesive tape test for the diagnosis of scabies in a resource-poor setting / B. Walter [et al.] // Archives of Dermatology. – 2011 Apr. – Vol. 147, N 4. – P. 468-473.

Поступила 03.10.2014 г.

Принята в печать 07.10.2014 г.

Сведения об авторах:

Соколова Т.В. – д.м.н., профессор кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии медицинского института усовершенствования врачей ФГБОУ ВПО «Московский государственный университет пищевых производств», Российская Федерация;

Малярчук А.П. – к.м.н., доцент кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии медицинского института усовершенствования врачей ФГБОУ ВПО «Московский государственный университет пищевых производств», Российская Федерация;

Адаскевич В.П. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»;

Лопатина Ю.В. – к.б.н., старший научный сотрудник кафедры энтомологии биологического факультета Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова, Российская Федерация.

Адрес для корреспонденции: Республика Беларусь, 210023, г. Витебск, пр. Фрунзе, 27, УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», кафедра дерматовенерологии. E-mail: uladas@hotmail.com – Адаскевич Владимир Петрович.