

# Норвежская чесотка: патогенез, клиника и выбор лечения

Уджуху В. Ю.<sup>1</sup>, Н Короткий. Г.<sup>1</sup>, Тихомиров А. А.<sup>1</sup>,  
Кубылинский А. А.<sup>1</sup>, Петровская Л. В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Российский государственный  
медицинский университет  
им. Н.И. Пирогова, Москва*

<sup>2</sup> *Городская Клиническая Больница № 52*

Короткий Николай Гаврилович  
117437, Москва, ул. Островитянова, д. 1  
Тел.: 8 (495) 434 4447  
E-mail: kng40@mail.ru

Изучение эпидемиологии, особенностей клинического течения и оптимальных подходов к терапии чесотки — заразного паразитарного заболевания, вызываемого чесоточным зуднем, сохраняют актуальность и в настоящее время [1–4]. Объясняется это широкой распространенностью данного дерматоза, «экологическими новациями» часто изменяющими типичную клиническую картину чесотки, а также нередким возникновением побочных действий и осложнений от широко применяемых в настоящее время методов лечения чесотки [5; 6]. Особенно остро эти проблемы возникают при норвежской чесотке. Норвежская чесотка — редко встречающееся заболевание, впервые описанное Даниэльсоном и Беком в 1847 году. Однако в дерматологическом отделении 52-й ГКБ в течение 2009 года норвежская чесотка была выявлена у четырех женщин в возрасте от 61 до 69 лет. *Ошибочными направлятельными диагнозами* у этих больных были: в одном случае — псориаз, в одном — аллергический дерматит, в одном — распространенная экзема и в одном — токсидермия. Давность заболевания варьировала от 3 недель до 3 месяцев.

Трое больных до поступления в стационар получали разнообразное лечение, включавшее применение антигистаминных, десенсибилизирующих средств, топических кортикостероидов, которые не оказали положительного воздействия

на течение заболевания, вследствие чего патологический процесс принял универсальный характер. Три женщины поступили в кожное отделение из психоневрологических интернатов Москвы. Одна из четырех больных длительное время проживала в Московской области в доме, где отсутствовали необходимые санитарно-гигиенические условия. У одной больной норвежская чесотка возникла на фоне длительно протекающего псориаза. При обследовании этих пациентов выявлены такие тяжелые сопутствующие заболевания как ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, хроническая обструкционная болезнь легких, хроническая почечная недостаточность, энцефалопатия. В одном случае чесотка диагностирована у больного с олигофренией. Наличие у больных тяжелых сопутствующих заболеваний сопровождалось иммунодефицитным состоянием.

Изучение клинической картины заболевания показало, что одним из характерных признаков норвежской чесотки у наблюдавшихся нами больных являлось отсутствие интенсивного зуда, что устранялось выраженное расчесывание, являющееся своеобразной защитной реакцией организма.

Патологический процесс носил распространенный характер по типу эритродермии (*рис. 1*). Излюбленной локализацией патологического процесса являлись кожа верхних и нижних конечностей, ягодицы, лицо, подошвы. У всех больных с норвежской чесоткой выявлялись массивные корковые массы. Толщина корок варьировала от 2–4 мм до 2–3 см. Цвет корок колебался от грязно-серого с примесью крови или темно-бурого до желто-зеленого. От больных исходил специфический неприятный запах фавозных щитков. Верхние слои корок были более плотными по сравнению с нижними. При насильственном снятии корковых масс обнажалась мокнущая эрозивная поверхность. Наблюдался выраженный ладонно-подошвенный гиперкератоз (*рис. 2*). Ногтевые пластинки были серо-желтого цвета, с бугристой поверхностью и изъеденным свободным краем. Волосы на голове — тонкие, пепельно-серые, сухие. Помимо корок наблюдались полиморфные высыпания: папулы, везикулы, пустулы, корки, чешуйки, а также многочисленные чесоточные ходы. У двух больных типичные чесоточные ходы были выявлены на коже лица и шеи. В двух случаях течение чесотки сопровождалось



повышением температуры тела, которая была купирована лишь после полного разрешения воспалительного процесса. Отмечалось увеличение лимфатических узлов.

При постановке диагноза норвежской чесотки проводилась дифференциальная диагностика с некоторыми дерматозами. Так, клинические проявления врожденных кератодермий в отличие от норвежской чесотки возникают в первые годы жизни. При дифференциальной диагностике норвежской чесотки от болезни Девержи следует учитывать, что она нередко появляется в детском или юношеском возрасте, для нее типичны высыпания в виде фолликулярных роговых конусов на коже тыльных поверхностей пальцев рук, а также симптом «тёрки». У больных дискератозом Дарье при снятии корочек выявляются воронкообразные западения, представляющие собой расширенное отверстие салыноволосяного фолликула, чего не бывает при норвежской чесотке.

При гистологическом исследовании биоптата кожи больной с норвежской чесоткой выявлялся

выраженный гипер- и паракератоз, спонгиоз, в верхних слоях дермы — грубый коллаген, инфильтраты, состоящие из лимфоцитов, нейтрофильных лейкоцитов, плазматических клеток и эозинофилов. В корках выявлялись многочисленные ходы с находившимися в них клещами на разных стадиях развития (рис. 3). У всех больных методом тонких срезов был выявлен чесоточный клещ.

После лабораторного подтверждения диагноза пациентам было назначено противоскабеозное лечение. Одной больной была назначена 0,4%-ная водная эмульсия мединокса, которая использовалась в течение 3 дней, на 4-й день — душ и смена белья. Однако проведенное лечение оказалось малоэффективным. Большая часть корковых масс сохранялась. Появились свежие папуловезикулезные элементы. Учитывая отсутствие эффекта, ей был назначен, как и 3 больным из этой группы, аэрозоль Спрегаль. Препаратом обрабатывали всю поверхность тела, кроме головы и лица, с временем экспозиции 12 часов. Кожу лица обрабатывали ватой, смоченной Спрегальем. Уже на следующий день после применения Спрегалья

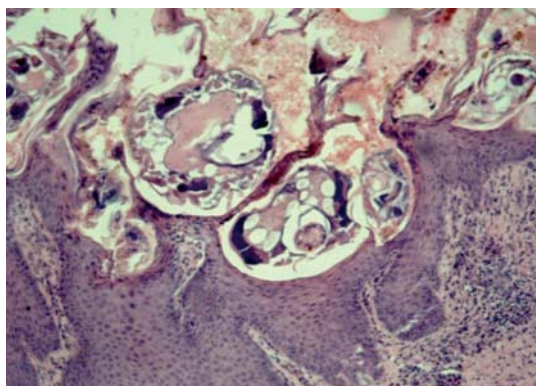


Рис. 1

Больная М. 64 лет с норвежской чесоткой

Рис. 2

Ладонно-подошвенный гиперкератоз у больной с норвежской чесоткой

Рис. 3

Гистологическое исследование кожи у больной с норвежской чесоткой. Окраска гематоксилином и эозином



у всех больных стала отмечаться стойкая положительная динамика, выражавшаяся в тотальном отторжении корковых наслоений, обнажающих обширные эрозивные влажные дефекты, и регрессе чесоточных ходов. На 3–4-й день после проведенной терапии регрессировали многочисленные

папулезные и папуловезикулезные элементы, эрозии подсохли, а на 5–7-й день полностью закончилась их эпителизация. На 10–12-й день были купированы явления инфильтрации кожи, а также ладонно-подошвенный гиперкератоз и лимфаденит.

## Литература

1. Соколова Т.В., Федоровская Р.Ф., Ланге А.Б. Чесотка. — М.: Медицина, 1989. — С. 175.
2. Студницин А.А., Романенко Г.Ф. Чесотка (клиника, эпидемиология, профилактика, лечение) // Вестн. дерматол. — 1981. — №9. — С. 29–34.
3. Gach J.E., Heagerty A. Crusted scabies looking like psoriasis // *Lancet*. — 2000. — №356. — P. 650.
4. Naversen D.N. Scabies. Diagnosis and treatment // *Alaska Medicina*. — 1979. — Vol. 21, №2. — P. 20–22. Nordt S.P., Chew G. Acute lindane poisoning in three children // *J. Emerg. Med.* — 2000. — №18. — P. 51–53.
5. Кацамбас А.Д., Лотти А.Д. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — С. 511–514.
6. Федоровская Р.Ф., Соколова Т.В., Ланге А.Б. Совершенствование метода лечения чесотки бензилбензоатом // Вестн. дерматол. — 1986. — №8. — С. 37–43.