

липотропных средств, антиоксидантов, методов эфферентной медицины.

Библиографический список

1. Wahl A., Loge J. H., Wiklund I., Hanestad B. R. The burden of psoriasis: a study concerning health-related quality of life among Norwegian adult patients with psoriasis compared with general population norms // *J. Amer. Acad. Dermatol.* 2000. Vol. 43, № 5. P. 803–808.
2. Шилов В. Н. Псориаз — решение проблемы (этиология, патогенез, лечение). М., 2001. 304 с.
3. Krueger J. G., Bowcock A. Psoriasis pathophysiology: current concepts of pathogenesis // *Ann. Rheumat. Dis.* 2005. Vol. 64. P. 1130–1136.
4. Бутов Ю. С., Васенова В. Ю., Шмакова А. С., Ипатова О. М. Клинико-биохимический статус больных псориазом и методы его коррекции // *Рос. журн. кож. и вен. бол.* 2009. № 5. С. 23–27.
5. Орлов Е. В., Коннов П. Е., Котельникова Е. В. Оценка эффективности применения препарата фосфоглив в комплексной терапии больных псориазом // *Вестн. дерматол. венерол.* 2010. № 4. С. 69–72.
6. Хышиктеев Б. С., Фалько Е. В. Закономерности сдвигов параметров обмена липидов в различных биологических объектах у больных псориазом в периоды обострения и ремиссии // *Вестн. дерматол. венерол.* 2005. № 6. С. 40–43.
7. Копытова Т. В., Химкина Л. Н., Пантелеева Г. А., Суздальцева И. В. Окислительный стресс и эндотоксемия у больных тяжелыми распространенными дерматозами // *Соврем. пробл. дерматол. иммунол. врачевн. косметол.* 2009. № 2. С. 10–13.
8. Котельникова А. Б., Фролова О. И., Раева Т. В., Ишутина Н. П. Клинико-метаболическая эффективность гептрала (адemetионина) у больных псориазом с патологией гепато-билиарной системы // *Вестн. дерматол. венерол.* 2009. № 5. С. 103–111.
9. Суколина О. Г. Состояние оксида азота и адаптивных белков при псориазе // *Вестн. дерматол. венерол.* 2005. № 5. С. 15–18.

10. Уровень белков острой фазы воспаления в сыворотке крови у больных псориазом / А. А. Архипенкова, Г. И. Суколин, Ю. С. Бутов [и др.] // *Вестн. дерматол. венерол.* 2003. № 5. С. 24–27.

References

1. Wahl A., Loge J. H., Wiklund I., Hanestad B. R. The burden of psoriasis: a study concerning health-related quality of life among Norwegian adult patients with psoriasis compared with general population norms // *J. Amer. Acad. Dermatol.* 2000. Vol. 43, № 5. P. 803–808.
2. Shilov V. N. Psoriasis — reshenie problemy (jetiologyja, patogenez, lechenie). M., 2001. 304 s.
3. Krueger J. G., Bowcock A. Psoriasis pathophysiology: current concepts of pathogenesis // *Ann. Rheumat. Dis.* 2005. Vol. 64. P. 1130–1136.
4. Butov Ju. S., Vasenova V. Ju., Shmakova A. S., Ipatova O. M. Kliniko-biohimicheskij status bol'nyh psoriazom i metody ego korrrekcii // *Ros. zhurn. kozh. i ven. bol.* 2009. № 5. S. 23–27.
5. Orlov E. V., Konnov P. E., Kotel'nikova E. V. Ocenka jeffektivnosti primenenija preparata fosfogliv v kompleksnoj terapii bol'nyh psoriazom // *Vestn. dermatol. venerol.* 2010. № 4. S. 69–72.
6. Hyshiktuev B. S., Fal'ko E. V. Zakonomernosti sdvigoov parametrov obmena lipidov v razlichnyh biologicheskikh ob'ekтах u bol'nyh psoriazom v periody obostrenija i remissii // *Vestn. dermatol. venerol.* 2005. № 6. S. 40–43.
7. Kopytova T. V., Himkina L. N., Panteleeva G. A., Suzdal'ceva I. V. Okislitel'nyj stress i jendotoksemija u bol'nyh tjazhelymi rasprostranennymi dermatozami // *Sovrem. probl. dermatol. immunol. vrachebn. kosmetol.* 2009. № 2. S. 10–13.
8. Kotel'nikova A. B., Frolova O. I., Raeva T. V., Ishutina N. P. Kliniko-metabolicheskaja jeffektivnost' geptrala (ademetionina) u bol'nyh psoriazom s patologiej gepato-biliarnoj sistemy // *Vestn. dermatol. venerol.* 2009. № 5. S. 103–111.
9. Sukolina O. G. Sostojanie oksida azota i adaptivnyh belkov pri psoriaze // *Vestn. dermatol. venerol.* 2005. № 5. S. 15–18.
10. Uroven' belkov ostroj fazy vospaleniya v syvorotke krovi u bol'nyh psoriazom / A. A. Arhipenkova, G. I. Sukolin, Ju. S. Butov [i dr.] // *Vestn. dermatol. venerol.* 2003. № 5. S. 24–27.

АУДК 616.995.428–036.22-07-08 «312»

Обзор

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЧЕСОТКИ И НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЕЕ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ (ОБЗОР)

С. Р. Утц — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, профессор кафедры кожных и венерических болезней, доктор медицинских наук; **А. И. Завьялов** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, профессор кафедры кожных и венерических болезней, доктор медицинских наук; **В. М. Марченко** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, врач-дерматолог клиники кожных и венерических болезней.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL SIGNS OF SCABIES AND MODERN METHODS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT (REVIEW)

S. R. Utz — *Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Professor, Doctor of Medical Science*; **A. I. Zavalov** — *Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Professor, Doctor of Medical Science*; **V. M. Marchenko** — *Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Clinic of Skin and Venereal Diseases, Physician*.

Дата поступления — 04.06.2011 г.

Дата принятия в печать — 07.09.2011 г.

Утц С. Р., Завьялов А. И., Марченко В. М. Клинико-эпидемиологические особенности чесотки и новые подходы к ее диагностике и лечению на современном этапе (обзор) // *Саратовский научно-медицинский журнал.* 2011. Т. 7, № 3. С. 636–641.

Представлен обзор отечественной и зарубежной медицинской литературы, отражающий современное состояние эпидемиологии, различных клинических форм чесотки и причин неудач при ее лечении.

Ключевые слова: чесотка, эпидемиология, клиника, лечение.

Utz S. R., Zavalov A. I., Marchenko V. M. Clinical and epidemiological signs of scabies and modern methods of diagnostics and treatment (review) // *Saratov Journal of Medical Scientific Research.* 2011. Vol. 7, № 3. P. 636–641.

The research work provides summary on diagnostics and treatment of scabies. Russian and foreign medical literature has been analyzed. Modern situation of epidemiology, different clinical forms of scabies and some cases of non-effective treatment have been considered.

Key words: scabies, epidemiology, clinic, treatment.

В настоящее время чесотка является одним из самых распространенных паразитарных дерматозов в России. Интенсивный показатель заболеваемости в 2007 г. составил 129,7 случая на 100 000 жителей [1]. По данным официальной статистики, наиболее высокий уровень заболеваемости чесоткой в Саратовском регионе был отмечен в 1994 г., составив 384,7 случая на 100 000 жителей. По сравнению с 1989 г. (15,4 случая на 100 000 жителей) этот показатель увеличился почти в 25 раз. С 1998 г. наметилась стабильная тенденция к снижению заболеваемости, уровень которой уменьшился к 2010 г. более чем в 8 раз (с 384,7 до 46,78 случая на 100 000 жителей). Однако официально регистрируемая заболеваемость чесоткой не отражает истинного ее уровня. Имеют место случаи недоучета заболеваемости при обращении больных к врачам различных специальностей как государственных, так и частных медицинских лечебно-диагностических учреждений. Так, по данным Т.В. Соколовой (2008), в последнее время в нашей стране ежегодно регистрируется около 200 тыс. больных чесоткой. Однако отчеты аптечной сети свидетельствуют, что приобретаемыми жителями страны противоскабиозными препаратами можно протереть почти в 10 раз больше больных, чем их официально зарегистрировано [1–4].

Важное практическое значение в эпидемиологии чесотки имеют группы риска. Максимальный коэффициент риска представляют лица молодого возраста (17–21 год), что составляет 9% всей численности населения России или от ¼ до ½ всего уровня заболеваемости чесоткой [1, 3, 5].

Относительно высокая заболеваемость чесоткой в течение последних двух десятилетий создала определенную проблему для практического здравоохранения, которая обусловлена рядом не только социально-экономических, но и медицинских факторов. Из социальных факторов наибольшее значение имеют снижение жизненного уровня, изменение морально-нравственных устоев в обществе среди молодежи, миграция и низкая культура населения. Среди медицинских факторов важная роль в распространении инфекции принадлежит ошибкам в диагностике заболевания, неполному привлечению к обследованию и лечению источников заражения и контактных лиц. Слабо привлекаются к выявлению чесотки медицинские работники первичного звена (участковые терапевты, педиатры, врачи общей практики), а также детских дошкольных учреждений, школ-интернатов, домов престарелых и др. Сохранению неблагоприятной эпидемиологической ситуации по чесотке способствует поздняя обращаемость больных за медицинской помощью. От момента появления первых клинических признаков заболевания до обращения к дерматологу средняя длительность одного случая заболевания составляет 10–13 дней. Позднее обращение пациентов к специалистам наиболее часто связано с самолечением и ошибками в диагностике. Кроме того, отсутствует должный контакт в работе кожно-венерологических учреждений и территориальных органов Роспотребнадзора [1–3, 6–8].

За последние два десятилетия произошли существенные изменения в эпидемиологии и клинической картине чесотки: высыпания на кистях и запястьях

минимальны, преимущественная локализация на закрытых участках туловища. Такой клинический вариант типичной формы заболевания наиболее характерен для медицинских и социальных работников, сотрудников сферы образования и общественного питания, что объясняется частым мытьем рук, нередко с использованием дезинфицирующих и моющих средств. Течение заболевания у этих лиц часто носит затяжной и упорный характер.

Значительно увеличилась доля атипичных форм чесотки: постскабиозная лимфоплазия, чесотка «чистоплотных», норвежская чесотка, клинические проявления которых имитируют ряд инфекционных и неинфекционных дерматозов и нередко приводят врачей к диагностическим ошибкам [4, 9–12]. В связи с этим представляется необходимым повысить информированность врачей всех специальностей о клинических проявлениях различных форм заболевания с целью своевременной диагностики и проведения лечебных и противоэпидемических мероприятий. Кроме того, следует развеять стереотипное мышление врача, считающего, что основным диагностическим симптомом чесотки являются «парные элементы», представляющие собой вход и выход клеща. Врачи, диагностируя чесотку, ищут не чесоточные ходы, являющиеся основным симптомом болезни, а «парные элементы», которых множество при любом заболевании, сопровождающемся зудом.

Нами проведен ретроспективный анализ 423 амбулаторных карт первичного приема больных чесоткой (мужчин — 217, женщин — 206) в возрасте от 12 до 82 лет. Типичная форма заболевания наблюдалась у 319 пациентов (75,4%), чесотка «чистоплотных» у 78 (18,4%), постскабиозная лимфоплазия у 13 (3,1%), осложненная аллергическим дерматитом с явлениями экзематизации у 8 (1,9%), чесотка без ходов у 5 (1,2%). Необходимо отметить, что у 14,9% пациентов была констатирована чесотка, осложненная пиодермией.

В практике врача-дерматолога встречающиеся различные клинические формы чесотки можно классифицировать и представить следующим образом:

- типичная чесотка;
- чесотка «инкогнито», «чистоплотных» или «культурных»;
- чесотка без ходов;
- постскабиозная лимфоплазия (узелковая);
- уртикарная чесотка;
- норвежская чесотка;
- чесотка на фоне кортикостероидной терапии;
- псевдосаркоптоз;
- чесотка, осложненная пиодермией;
- чесотка, осложненная аллергическим дерматитом;
- экзематизированная чесотка;
- чесотка детей грудного и раннего детского возраста.

Чесотка «чистоплотных», или «инкогнито», занимает второе место по частоте среди всех форм заболевания, клинически характеризуясь скудными высыпаниями на коже в виде мелких зудящих везикул и геморрагических корок, расположенных преимущественно в области живота, пояса и ягодич, а также едва заметными чесоточными ходами. В ряде случаев сыпь может быть представлена лишь единичными кровянистыми корками либо отдельными элементами постскабиозной лимфоплазии этой же локализации. Клиника заболевания соответствует типичной чесотке при минимальной выраженности

Ответственный автор — Утц Сергей Рудольфович.

Адрес: 410012, г. Саратов, ул. Б. Казачья, 112.

Тел.: 2238 14.

E-mail: utz@sarderma.ru

проявлений. Несмотря на минимальные высыпания на коже, больных беспокоит умеренный или сильный зуд. Последнее обстоятельство значительно затрудняет диагностику. Эта форма заболевания встречается не только у лиц, часто моющихся в быту в вечернее время или по роду своей производственной деятельности (что способствует механическому удалению значительной части популяции возбудителя с тела больного), но и у пациентов, занимающихся самолечением как антигистаминными и снотворными препаратами, так и глюкокортикостероидными мазями и акарицидными средствами [3, 4]. Чесотка «инкогнито» наиболее часто наблюдается у социально адаптированных и материально обеспеченных слоев населения в возрастной группе от 30 до 40 лет и характеризуется длительностью заболевания от 3 нед. до 10 мес., являясь в эпидемиологическом плане скрытым резервуаром возникновения многочисленных очагов инфекции [1].

Чесотка без ходов встречается относительно редко и диагностируется преимущественно при активном обследовании лиц, бывших в контакте с больными чесоткой. Высыпания характеризуются единичными фолликулярными папулами, располагающимися на коже туловища и конечностей, отдельными невоспалительными везикулами на кистях без чесоточных ходов. При этой форме заболевания заражение происходит не оплодотворенными самками клеща, а личинками, для превращения которых во взрослых самок, способных прокладывать ходы и откладывать яйца, необходимо 2 недели.

Постскабиозная лимфоплазия (узелковая чесотка) встречается почти у половины пациентов и персистирует после полноценного лечения от 2 нед. до 6 мес. В основе патогенеза заболевания лежит особая предрасположенность кожи отвечать на раздражитель реактивной гиперплазией лимфоидной ткани в местах наибольшего ее скопления [3, 12–15]. Эта форма чесотки клинически представлена сильно зудящими лентикулярными папулами и узловатыми высыпаниями багрово-синюшного цвета размером до 1 см в диаметре, плотными на ощупь. Иногда элементы располагаются вблизи друг от друга, частично сливаясь, образуя плотные бляшки с шелушением или корками на поверхности. Персистирующие узелки являются реактивными вариантами чесоточных ходов. Высыпания локализуются на коже туловища (подмышечная область, живот, ягодицы), половых органов мужчин, молочных железах женщин и локтях. У детей подобные узелковые элементы встречаются в области шеи, ушных раковин, а у мальчиков — на коже мошонки и полового члена. При реинвазии постскабиозная лимфоплазия рецидивирует на старых местах. Так, по мнению В. И. Альбановой, постскабиозная лимфоплазия чаще развивается при неправильном лечении акарицидными средствами [9].

Уртикарная чесотка представлена мелкими волдырями розово-красного цвета, обусловленными сенсibilизацией, как клещами, так и продуктами их жизнедеятельности. Наиболее часто высыпания локализуются на передней поверхности туловища, бедрах, ягодицах и предплечьях.

Норвежская (корковая, крустовая) чесотка, как правило, встречается на фоне иммунодефицитных и иммуносупрессивных состояний (прежде всего ВИЧ-инфекции), при длительном приеме глюкокортикостероидных и цитостатических препаратов, у больных гипотиреозом, психическими заболеваниями и сенильной деменцией, нарушениями перифе-

рической чувствительности (лепра, сирингомиелия, параличи, спинная сухотка), конституционными аномалиями ороговения, болезнью Дауна, слабоумием и гомосексуалистов.

По данным литературы, эта клиническая форма заболевания может встречаться в любом возрасте и характеризуется продолжительным течением, составляющим от нескольких месяцев до 40 лет [7, 8, 16]. Клиническая картина резко отличается от таковой при типичной форме и, как правило, сопровождается незначительным зудом или его отсутствием. Кожные покровы больных норвежской чесоткой сухие, покрыты мощным наслоением корок, толщина которых может составлять от нескольких миллиметров до 2–3 см. Цвет корок достаточно разнообразен: грязно-серый, бело-гипсовый, желто-зеленый, темно-бурый. Между корками и под ними располагаются чесоточные ходы. У большинства пациентов отмечается выраженный ладонно-подошвенный гиперкератоз. Возможно развитие эритродермии. Ногтевые пластинки гипертрофированы, мягкие, легко крошатся и постепенно приобретают серо-желтый цвет. Вокруг больных норвежской чесоткой нередко в течение длительного времени формируются многочисленные очаги типичной чесотки, что способствует дальнейшему распространению инфекции.

Псевдосаркоптоз — заболевание, возникающее у человека при заражении как от домашних (собаки, кошки, свиньи, лошади, кролики, куры, голуби и др.), так и от диких животных (волки, лисы). Для него характерны короткий инкубационный период, составляющий несколько часов, и отсутствие чесоточных ходов. Клещи, попав в кожу человека, не размножаются, а лишь частично внедряются в нее, вызывая сильный зуд. Высыпания локализуются на открытых участках кожного покрова и представлены уртикарными папулами, папуло-везикулами, волдырями, кровянистыми корочками и эскориациями. Заболевание от человека к человеку не передается, и после устранения источника заражения в большинстве случаев наступает самоизлечение [3].

Чесотка на фоне наружной кортикостероидной терапии теряет специфические клинические симптомы заболевания в результате подавления иммунных реакций кожи. При этом в клинике заболевания преобладает папуло-сквамозный, папуло-везикулезный, а иногда даже гиперкератотический характер высыпаний.

Осложнения чесотки в виде пиодермии, аллергического дерматита, реже — микробной экземы и крапивницы нередко маскируют истинную клиническую картину болезни. Преобладают стафилококковое импетиго, остиофолликулит, глубокий фолликулит, реже возникают глубокие формы пиодермии (фурункулы, вульгарная эктима). Высыпания импетиго преобладают на кистях, запястьях и стопах; остиофолликулит и глубокий фолликулит — на животе, груди, бедрах, ягодицах; эктима — на голених и ягодицах. Микробная экзема чаще наблюдается в местах локализации скабиозной лимфоплазии кожи.

Экзематизированная чесотка возникает, как правило, у лиц с аллергической предрасположенностью. На местах расчесов могут появляться очаги лихенификации. Однако на первый план выступают экзематозные поражения, локализующиеся на коже кистей, подмышечных впадин и голених. В запущенных случаях высыпания могут приобретать диссеминированный характер, вплоть до развития эритродермии.

Оценка эффективности проведенной терапии

Применяемые скабициды	Выздоровление		Постскабиозный зуд		Сохранение клинических проявлений чесотки		Медикаментозные осложнения	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
20 и 33% серная мазь (n=19)	19	100	0	0	0	0	4	21
20% мазь бензилбензоат (n=27)	25	92,6	1	3,7	1	3,7	0	0
Медифокс (n=29)	27	93,1	1	3,45	1	3,45	0	0
Спрегаль (n=28)	27	96,4	1	3,6	0	0	0	0
Всего (n=103)	98	89,9	3	2,9	2	1,2	4	3,9

Чесотка у детей грудного и раннего детского возраста характеризуется эфлоресценциями, напоминающими крапивницу или детскую почесуху в виде большого количества экскорированных волдырей с корками на поверхности, локализующихся преимущественно в области промежности и мошонки. Характерные чесоточные ходы можно обнаружить и на подошвах [17].

В последние годы в отечественной и зарубежной медицинской литературе описана клиническая картина чесотки у лиц пожилого возраста, хотя данный вариант течения заболевания не выделен в отдельную форму [7, 15]. Диагностика чесотки у этих пациентов представляет определенные трудности и требует проведения дифференциальной диагностики с другими сенильными дерматозами, а также с различными кожными заболеваниями, сопровождающимися зудом (контактные дерматиты, себорейный дерматит, себорейный кератоз).

К особенностям клинических проявлений чесотки у лиц пожилого и старческого возраста можно отнести склонность к длительному многомесячному течению заболевания, частое сочетание с другими хроническими дерматозами, что нередко обусловлено наличием ксероза в этом возрасте. Клиническая картина характеризуется небольшим количеством типичных элементов и чесоточных ходов. Высыпания локализуются как на типичных местах, так и на лице, волосистой части головы и шее. В связи с атрофическими изменениями в структуре кожи у лиц пожилого возраста среди эфлоресценций преобладают не чесоточные ходы или папуло-везикулы, а экскорированные лихенифицированные папулы и бляшки буроватого цвета, без ярко выраженной воспалительной реакции на фоне ксероза. В редких случаях при длительном течении заболевания возможно развитие эритродермии. Известно, что с возрастом дегенеративные изменения кожи прогрессируют, и это обуславливает значительное уменьшение типичных клинических проявлений чесотки у лиц старческого возраста [7].

Постановка диагноза чесотки основывается на комплексе клинических и эпидемиологических данных, подтвержденных лабораторным обнаружением возбудителя заболевания. В отдельных случаях для подтверждения диагноза возможно использование диагностического критерия — пробного лечения («*ex vantibus*») [3, 18].

Лечение больных чесоткой проводится в соответствии с приказом МЗ и СР РФ от 24.04. 2003 г. № 162 «Протокол ведения больных. Чесотка», где разрешено применение для лечения заболевания в Российской Федерации четырех препаратов: серной мази, бензилбензоата, медифокса и спрегаля [19]. Терапия больных в одном очаге должна проводиться одно-

временно во избежание реинвазии. Противоскабиозные препараты у детей до трех лет втирают в весь кожный покров, а у остальных пациентов исключение составляют лицо и волосистая часть головы. Любой препарат втирают только руками, а не салфеткой или тампоном. Лечение необходимо проводить в вечернее время, что связано с ночной активностью возбудителя. При назначении лечения необходимо подробно объяснить пациенту методику применения каждого противоскабиозного средства. Всем здоровым лицам, находившимся в контакте с больным чесоткой, назначается обязательно однократная профилактическая обработка одним из скабицидов для устранения возможности «пинг-понговой» инвазии. Смена нательного и постельного белья осуществляется до и после окончания курса лечения [20, 21].

Нами в течение пяти лет (2006–2010 гг.) в клинике кожных и венерических болезней СГМУ проведено лечение 103 больных чесоткой различными скабицидами. Оценка эффективности проведенной терапии представлена в таблице.

Результаты лечения чесотки различными наружными скабицидами свидетельствуют, что после проведенной полноценной терапии у отдельных пациентов может сохраняться постскабиозный зуд и возникать медикаментозные осложнения. Наиболее часто возникает дерматит, особенно при избыточном применении препаратов, рекомендованных лечащим врачом (нанесение препарата на кожу ежедневно в течение нескольких дней и виде повторных курсов лечения). В отдельных случаях дерматит наблюдается при повышенной чувствительности кожи к скабициду, а также у лиц, страдающих аллергодерматозами, что является фактором риска для развития осложнения.

В практической работе врачу-дерматологу нередко приходится сталкиваться с ситуацией, когда больной, получивший полноценное лечение наружными противоскабиозными средствами, вновь обращается за медицинской помощью в связи с сохранением и возникшими воспалительными изменениями кожи — «постскабиозный дерматит» [9]. Этот дерматит имеет некоторые клинические особенности по сравнению с другими контактными дерматитами. Прежде всего, поражается преимущественно кожа туловища (особенно на местах давления и трения одеждой) и проксимальных отделов конечностей. На фоне эритемы с нечеткими границами имеются мелкие, едва заметные трещины и эрозии, а также мелкопластинчатое шелушение. В центре и по периферии очагов расположены узелковые и отдельные уртикарные эфлоресценции. Если пациент обратился в начале развития дерматита, то у него на коже имеются остаточные проявления чесотки в виде папул, эрозий, экскориаций и корок. Несмотря на развитие

дерматита, остаточные проявления чесотки под воздействием акарицидных препаратов обычно быстро регрессируют и не требуют дополнительной терапии.

Одной из причин постскабиозного зуда после полноценного лечения является сохранение живых неоплодотворенных самок чесоточного клеща, продуцирующих аллергены. Отсутствие отверстий в крыше чесоточного хода затрудняет проникновение туда скабицида. Клинические проявления наблюдаются в виде расчесов и кровянистых корок.

Постскабиозный зуд после полноценной терапии не является показанием для дополнительного курса специфического лечения, он расценивается как реакция организма на убитого клеща и быстро устраняется антигистаминными препаратами и кортикостероидными мазями. В случаях, когда постскабиозный зуд не исчезает в течение недели после терапии антигистаминными препаратами и топическими стероидами, показана наружная обработка другим скабицидом.

Лечение постскабиозной лимфоплазии кожи достаточно длительное. В ее терапии используют внутрь антигистаминные средства, наружно кортикостероидные мази под окклюзионную повязку или магнитолазерофорез с ними, а также мазь «Сульфодекортэм» и диатермокоагуляцию.

С целью предотвращения развития пиодермии при лечении чесотки В.М. Марченко и соавт. [22] рекомендуют применять водную эмульсию, содержащую медифокс, димексид, дистиллированную воду и мирамистин. Входящий в состав эмульсии антисептик мирамистин оказывает быстрое и сильное бактерицидное действие на грамположительные и грамотрицательные бактерии, а димексид обладает выраженным местноанестезирующим, противовоспалительным и антимикробным действием, способствуя более глубокому проникновению лекарственных препаратов в кожу. Применение водной эмульсии медифокса в сочетании с мирамистином и димексидом способствует сокращению сроков выздоровления.

По мнению Н.И. Maibach, М. Orkin [23], идеальный скабицид должен обладать следующими свойствами: 1) при однократном нанесении на кожу эффективно воздействовать на все стадии развития возбудителя (включая яйца); 2) иметь минимальный раздражающий и сенсибилизирующий эффект и низкую токсичность для человека при повторных обработках; 3) легко проникать через эпидермальный барьер; 4) обладать простотой в использовании; 5) не иметь неприятного запаха, не оставлять пятен, не пачкать одежду и т.п.

Все используемые наружные лекарственные средства для лечения больных чесоткой имеют свои достоинства и недостатки. В последние годы в отечественной медицинской литературе появились многочисленные публикации, посвященные оценке эффективности того или иного противоскабиозного препарата [9, 11, 13, 17, 20, 22, 24–27]. Наряду с этим в литературе имеются указания о повышении агрессивных свойств чесоточного клеща вследствие генетических мутаций и о развитии резистентности возбудителя чесотки к скабицидам, особенно на основе пермитрина [7, 25, 27, 28].

Проведенный нами ретроспективный анализ 432 историй болезней выявил следующие причины неудач в терапии чесотки современными акарицидными препаратами:

- одновременное проведение лечения больного и контактных лиц;
- продолжительное отсутствие терапии при наличии постскабиозной лимфоплазии;
- повторные курсы лечения скабицидами на фоне развившегося аллергического дерматита;
- игнорирование повторной обработки рук больного акарицидными средствами после мытья во время проведения основного курса лечения.

Таким образом, проведенный анализ литературы и собственные наблюдения свидетельствуют о значительном увеличении в последние годы доли атипичных и редких форм чесотки, клинические проявления которых имитируют ряд других дерматозов и нередко приводят врачей к диагностическим ошибкам. В связи с этим возникла необходимость в информировании врачей всех специальностей об особенностях клинических проявлений различных форм чесотки с целью своевременной клинико-лабораторной диагностики заболевания и проведения лечебных и противоэпидемиологических мероприятий.

Библиографический список

1. Кунгуров Н.В., Сырнева Т.А., Корюкина Е.Б. Атипичные и редкие формы чесотки // *Вестн. дерматол.* 2009. № 1. С. 75–80.
2. Марченко В.М., Завьялов А.И., Якупов И.А. О частоте узелковой лимфоплазии при чесотке // *Частные вопросы дерматовенерологии: материалы межрегион. науч.-практ. конф.* Саратов, 2006. С. 46–47.
3. Соколова Т.В., Лопатина Ю.В. Паразитарные дерматозы: чесотка и крысиный клещевой дерматит. М.: Бином, 2003. 120 с.
4. Соколова Т.В. Чесотка с позиции практического врача // *Врач.* 2006. № 2. С. 69–70.
5. Рязанцев И.В. Совершенствование комплекса лечебно-профилактических мероприятий при чесотке в Вооруженных силах РФ: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2004. 24 с.
6. Эпидемиологические закономерности заболеваемости чесоткой в периоды ее подъема и снижения в Саратовской области/А.И. Завьялов, В.Ф. Оркин, Л.А. Шерстобитова [и др.] // *Саратовский научно-медицинский вестник.* 2004. № 2. С. 102–104.
7. Соколова Т.В. Чесотка: современное состояние проблемы // *Клин. геронтология.* 2007. № 12. С. 49–59.
8. Сырнева Т.А., Корюкина Е.Б. Клинико-эпидемиологические особенности чесотки на современном этапе // *Клин. дерматол. венерол.* 2009. № 6. С. 20–25.
9. Альбанова В.И. Чесотка: опыт лечения больных в научном дерматологическом центре «Ретиноиды» // *Вестн. дерматол.* 1999. № 2. С. 39–42.
10. Марченко В.М., Завьялов А.И., Якупов И.А. О частоте узелковой лимфоплазии при чесотке // *Частные вопросы дерматовенерологии: материалы межрегион. науч.-практ. конф.* Саратов, 2006. С. 46–47.
11. Сергеев Ю.В. Доброкачественная лимфоплазия кожи (новое в клинике, морфологии и лечении): автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1982. 12 с.
12. Потехаев Н.С., Иванов О.Л., Сергеев Ю.В. Постскабиозная лимфоплазия // *Вестн. дерматол.* 1979. № 7. С. 37–40.
13. Баткаев Э.А., Шеварова В.Н., Рюмин Д.В. Спрегал в лечении чесотки // *Вестн. последип. мед. обр.* 2003. № 3–4. С. 57–58.
14. Новоселов В.С., Румянцева Е.Е. Современные подходы к лечению чесотки // *Рус. мед. журн.* 2003. № 17. С. 990–993.
15. Neukelbach J., Feldmeier H. Scabies // *Lancet.* 2006. № 367. P. 1767–1774.
16. Норвежская (корковая) чесотка/Я.А. Халемин, М.М. Кохан, А.Г. Ивашкевич [и др.] // *Вестн. дерматол.* 1998. № 6. С. 29–30.
17. Верхогляд И.В., Рюмин Д.В. Чесотка: современные подходы к ее диагностике и терапии // *Вестн. последип. мед. обр.* 2006. № 1. С. 50–55.
18. Сергеев Ю.В. Современные клинико-иммунологические особенности чесотки и новые подходы к ее диагностике и терапии // *Иммунология.* 2000. № 4. С. 102–107.

19. Отраслевой стандарт: протокол ведения больных. Чесотка: утв. приказом Минздрава РФ от 24.04.2003 г. № 162. М., 2003.

20. Методические указания по применению средства инсектоакарицидного «Медифокс» (ООО НПЦ «Фокс и Ко», Россия). М., 2001. 7 с.

21. Олифер В. В., Соколова Т. В. Изучение акарицидной активности средства «Медифокс» в отношении чесоточных клещей человека *Sarcoptes scabiei* // Мед. паразитол. 2005. № 3. С. 49–57.

22. Марченко В. М., Оркин В. Ф., Завьялов А. И. Усовершенствованный способ лечения чесотки, осложненной пиодермией // Каз. мед. журн. 2008. № 1. С. 65–66.

23. Maibach H. I., Orkin M. Maibach H. I., Orkin M. Scabies: therapy on the Horizon // Scabies and Pediculosis. Philadelphia, 1977. P. 125–129.

24. Бондарев И. М., Харахордин О. Е. Медифокс — акарицидный многоцелевой отечественный препарат нового поколения // Воен.-мед. журн. 2002. № 8. С. 54–57.

25. Соколова Т. В., Малярчук А. П., Лопатина Ю. В. Анализ причин неэффективности скабиоцидов при чесотке // Научные труды ГИУВ МО РФ. М., 2008. Т. IX. С. 90–91.

26. Соколова Т. В., Малярчук А. П. Лечение чесотки // Клини. дерматол. и венерол. 2009. № 6. С. 67–71.

27. Чесотка у детей/К. Н. Суворова, Р. Б. Опарин, Т. А. Сысоева [и др.] // Вопросы практ. педиатрии. 2006. № 4. С. 117–123.

28. Scabies: a ubiquitous neglected skin disease / U. R. Hengge, B. J. Gurrie, G. Jager [et al.] // Lancet Infect. Dis. 2006. № 6. P. 769–779.

References

1. Kungurov N. V., Syrneva T. A., Korjukina E. B. Atipichesnye i redkie formy chesotki // Vestn. dermatol. 2009. № 1. S. 75–80.

2. Marchenko V. M., Zav'jalov A. I., Jakupov I. A. O chastote uzelkovoj limfoplazii pri chesotke // Chastnye voprosy dermatovenerologii: materialy mezhregion. nauch.-prakt. konf. Saratov, 2006. S. 46–47.

3. Sokolova T. V., Lopatina Ju. V. Parazitarnye dermatozы: chesotka i krysinyj klevevoj dermatit. M.: Binom, 2003. 120 s.

4. Sokolova T. V. Chesotka s pozicii prakticheskogo vracha // Vrach. 2006. № 2. S. 69–70.

5. Rjazancev I. V. Sovershenstvovanie kompleksa lechebno-profilakticheskikh meroprijatij pri chesotke v Vooruzhennyh silah RF: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. M., 2004. 24 s.

6. Jepidemiologicheskie zakonomernosti zaboлеваemosti chesotkoj v periody ee pod#ema i snizhenija v Saratovskoj oblasti/A. I. Zav'jalov, V. F. Orkin, L. A. Sherstobitova [i dr.] // Saratovskij nauchno-meditsinskij vestnik. 2004. № 2. S. 102–104.

7. Sokolova T. V. Chesotka: sovremennoe sostojanie problemy // Klin. gerontologija. 2007. № 12. S. 49–59.

8. Syrneva T. A., Korjukina E. B. Kliniko-jepidemiologicheskie osobennosti chesotki na sovremennom jetape // Klin. dermatol. venerol. 2009. № 6. S. 20–25.

9. Al'banova V. I. Chesotka: opyt lechenija bol'nyh v nauchnom dermatologicheskom centre «Retinoidy» // Vestn. dermatol. 1999. № 2. S. 39–42.

10. Marchenko V. M., Zav'jalov A. I., Jakupov I. A. O chastote uzelkovoj limfoplazii pri chesotke // Chastnye voprosy dermatovenerologii: materialy mezhregion. nauch.-prakt. konf. Saratov, 2006. S. 46–47.

11. Sergeev Ju. V. Dobrokachestvennaja limfoplazija kozhi (novoe v klinike, morfologii i lechenii): avtoref. dis. ... kand. med. nauk. M., 1982. 12 s.

12. Potekaev N. S., Ivanov O. L., Sergeev Ju. V. Postska-bioznaja limfoplazija // Vestn. dermatol. 1979. № 7. S. 37–40.

13. Batkaev Je. A. Shevarova V. N., Rjumin D. V. Spregal' v lechenii chesotki // Vestn. posledip. med. obr. 2003. № 3–4. S. 57–58.

14. Novoselov V. S., Rumjanceva E. E. Sovremennye podhody k lecheniju chesotki // Rus. med. zhurn. 2003. № 17. S. 990–993.

15. Heukelbach J., Feldmeier H. Scabies // Lancet. 2006. № 367. P. 1767–1774.

16. Norvezhskaja (korkovaja) chesotka/Ja. A. Halemin, M. M. Kohan, A. G. Ivashkevich [i dr.] // Vestn. dermatol. 1998. № 6. S. 29–30.

17. Verhogljad I. V., Rjumin D. V. Chesotka: sovremennye podhody k ee diagnostike i terapii // Vestn. posledip. med. obr. 2006. № 1. S. 50–55.

18. Sergeev Ju. V. Sovremennye kliniko-immunologicheskie osobennosti chesotki i novye podhody k ee diagnostike i terapii // Immunologija. 2000. № 4. S. 102–107.

19. Отраслевой стандарт: протокол ведения больных. Чесотка: утв. приказом Минздрава РФ от 24.04.2003 г. № 162. М., 2003.

20. Metodicheskie ukazaniya po primeneniju sredstva insektoakaricidnogo «Medifoks» (ООО NPC «Фокс и Ко», Россия). М., 2001. 7 с.

21. Олифер В. В., Соколова Т. В. Изучение акарицидной активности средства «Медифокс» в отношении чесоточных клещей человека *Sarcoptes scabiei* // Мед. паразитол. 2005. № 3. С. 49–57.

22. Marchenko V. M., Orkin V. F., Zav'jalov A. I. Usovershenstvovannyj sposob lechenija chesotki, oslozhennoj piodermiej // Kaz. med. zhurn. 2008. № 1. S. 65–66.

23. Maibach H. I., Orkin M. Maibach H. I., Orkin M. Scabies: therapy on the Horizon // Scabies and Pediculosis. Philadelphia, 1977. P. 125–129.

24. Bondarev I. M., Haraordin O. E. Medifoks — акарицидный многоцелевой отечественный препарат нового поколения // Воен.-мед. zhurn. 2002. № 8. С. 54–57.

25. Sokolova T. V., Maljarchuk A. P., Lopatina Ju. V. Analiz prichin nejeffektivnosti skabiocitov pri chesotke // Nauchnye trudy GIUV MO RF. M., 2008. Т. IH. С. 90–91.

26. Sokolova T. V., Maljarchuk A. P. Lechenie chesotki // Klin. dermatol. i venerol. 2009. № 6. С. 67–71.

27. Чесотка у детей/К. Н. Суворова, Р. Б. Опарин, Т. А. Сысоева [и др.] // Вопросы практ. педиатрии. 2006. № 4. С. 117–123.

28. Scabies: a ubiquitous neglected skin disease/U. R. Hengge, B. J. Gurrie, G. Jager [et al.] // Lancet Infect. Dis. 2006. № 6. P. 769–779.