



Т.В. Соколова, А.П. Малярчук

Медицинский институт усовершенствования врачей
ФГБОУ ВПО «Московский государственный университет
пищевых производств»

Чесотка. Состояние проблемы Часть 2. Диагностика, лечение, профилактика*

Ключевые слова

Чесотка, диагностика, витропрессия, дерматоскопия, скабициды, скабиозная лимфоплазия, осложненная чесотка, постскабиозный зуд, лечение.

Диагноз чесотки устанавливается на основании комплекса клинических и эпидемиологических данных, подтвержденных лабораторным обнаружением возбудителя.

Анамнез

Больные чесоткой жалуются на зуд, усиливающийся ночью, и высыпания на различных участках кожи. При сборе анамнеза у пациента следует выяснить несколько вопросов, которые, по сути, являются эпидемиологическими критериями диагностики. К ним относятся: наличие зудящего дерматоза в семье больного, среди членов инвазионно-контактного коллектива (общежитие, детский сад, интернат, пионерский лагерь, детский дом, казарма), возникновение заболевания после тесного телесного контакта в постели в вечернее и ночное время, после полового контакта. Акцентируют внимание на вариантах иррадиации очага: последовательное появление новых больных (при типичной чесотке) или одновременное заболевание нескольких человек (при норвежской чесотке). Нельзя исключать возможность заражения через предметы, которыми последовательно пользуется большое количество людей — шкафы в банях, матрацы в поездах, спальные мешки на туристических базах, подменное обмундирование и спецодежда в казармах. У больного необходимо выяснить, применял ли он самостоятельно противочесоточные препараты, как наносил их на кожу, сколько раз и с каким эффектом. Одним из критериев диагностики чесотки является от-

сутствие эффекта от лечения антигистаминными и гипосенсибилизирующими препаратами внутрь, противовоспалительными (в том числе кортикостероидными) средствами наружно.

При осмотре больного врач обращает внимание на основные клинические проявления чесотки — чесоточные ходы (типичные и их реактивные варианты) на кистях, в том числе ладонях, запястьях, стопах, локтях; скабиозную лимфоплазию на ягодицах, животе, половых органах мужчин, в аксиллярных областях; невоспалительные везикулы вблизи ходов и фолликулярные папулы на передней и боковых поверхностях тела; симптомы Арди, Горчакова, Михаэлиса, Сезари; преобладание стафилококкового импетиго на кистях, запястьях, стопах, эктим — на голенях и ягодицах, остеофолликулитов и фурункулов — на туловище и ягодицах.

Диагностика

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2003 г. № 162 «Об утверждении отраслевого стандарта «Протокол ведения больных. Чесотка» диагноз заболевания необходимо подтверждать лабораторно. Эффективность лабораторной диагностики зависит от умения клинициста выявлять чесоточные ходы, правильно выполнять соскобы патологических элементов для приготовления микроскопических препаратов, обнаруживать чесоточного клеща на разных стадиях развития и продуктов его жизнедеятельности в микроскопических препаратах (самка, личинка, нимфы, яйца, опустевшие яйцевые оболочки, личинные шкурки, экскременты).

* Початок у № 3, 2012, с. 12—24.

Ряд актуальних для дерматологічної практики вопросов остается до сих пор нерешенным:

- Кто должен проводить лабораторную диагностику чесотки — врач или лаборант?
- Как лучше выявлять чесоточный ход?
- Как документировать (объективизировать) результаты положительного анализа?

Для ответа на первый вопрос проведено сравнение результатов лабораторной диагностики чесотки, выполненной врачом, лаборантом после маркировки места соскоба врачом и лаборантом, выбирающим его самостоятельно. Установлено, что клинический диагноз чесотки практически всегда (96,8 %) подтверждался при выполнении исследования врачом, в 61,2 % случаев — при соскобе лаборантом высыпаний, отмеченных врачом, и только в 26,2 % случаев — при выполнении исследований самим лаборантом. Проводя лабораторную диагностику чесотки в стационаре, врач может неоднократно повторять исследования до получения положительного результата. В амбулаторных условиях при большом потоке больных такой подход невозможен. В связи с этим эффективность лабораторной диагностики будет оптимальной, если врач отметит несколько мест для забора материала, а лаборант проведет несколько исследований до получения положительного результата.

Для верификации чесоточных ходов используют **метод окрашивания** подозрительного элемента 5 % спиртовым раствором йода, анилиновыми красителями, тушью или чернилами, которые проникают через отверстия в крыше хода, заполняют просвет и позволяют увидеть его очертания (рис. 1). Остатки красящих веществ удаляют с поверхности кожи ватным тампоном, смоченным спиртом. Для выявления чесоточных ходов можно применять 0,1 % раствор натрия флюоресцената или жидкий тетрациклиновый препарат «Топициклин». При последующем освещении таких ходов люминесцентной лампой они хорошо контурируются в виде линий желто-зеленоватого цвета.

Авторы этого исследования разработали **метод масляной витропрессии**, который позволяет быстро обнаружить чесоточный ход [1]. Он основан на визуализации поверхностных кожных гранул за счет обескровливания капиллярного русла при надавливании предметным стеклом (рис. 2). Паразитарные элементы (самка, яйца, личинки, экскременты) являются инородными включениями в эпидермисе. Просветляющий эффект усиливается при предварительном нанесении минерального масла на предполагаемый чесоточный ход. Использование минерального масла при соскобе хода пре-

дотвращает рассыпание чешуек эпидермиса, на которых фиксированы яйца, яйцевые оболочки и фекалии клещей.

Метод извлечения клеща иглой. Для этой цели используют стерильные одноразовые инъекционные иглы. Иглой вскрывают слепой конец хода на месте буроватого точечного возвышения, соответствующего локализации самки чесоточного клеща. Острие иглы продвигают по направлению хода. Извлекают самку клеща наружу, которая своими присосками прикрепляется к игле. Полученного клеща помещают на предметное стекло в каплю воды, глицерина, вазелинового масла, щелочи или 40 % молочной кислоты, накрывают покровным стеклом и микроскопируют. Метод менее пригоден для извлечения клещей из старых разрушенных ходов, папул и везикул.

Метод соскобов позволяет обнаружить содержимое чесоточного хода (самку, яйца, яйце-



Рис. 1. Чесоточный ход на пальце. Окраска метиленовым синим, ув. $\times 10$ (А), и раствором йода, ув. $\times 3$ (Б)

вые оболочки, личинок), папул и везикул (нимфы, линочные шкурки клещей). Стеклой палочкой каплю 40 % молочной кислоты наносят на чесоточный ход, папулу, везикулу или корочку. Через 5 минут разрыхленный эпидермис соскабливают скальпелем. Материал переносят на предметное стекло в каплю той же молочной кислоты, накрывают покровным стеклом и микроскопируют. Результат лабораторной диагностики считается положительным, если в препарате обнаруживаются самка, самец, личинка, яйца, опустевшие яйцевые оболочки (рис. 3), нимфы, линочные шкурки. Наличие экскрементов свидетельствует о необходимости проведения дополнительного исследования с другого участка кожи.

Дерматоскопия предназначена для более детальной визуализации высыпаний при чесотке. Это неинвазивный метод диагностики, позволяющий обнаружить содержимое ходов, папул и везикул. Основная цель дерматоскопии — лабораторное подтверждение диагноза при первичном осмотре пациента. В соответствии с разделом 7.1.3. приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации № 162 от 2003 года «Об утверждении отраслевого стандарта «Протокол ведения больных. Чесотка» наряду с выяснением жалоб больного, сбором анамнеза, визуальным исследованием требуется проведение дерматоскопии (осмотр кожи под увеличением) с последующим соскобом высыпаний и микроскопией полученного материала для выявления чесоточного клеща. Кроме практического значения, дерматоскопия при чесотке позволяет решать и ряд научных задач.

Для проведения дерматоскопии необходимо соответствующее оборудование. Наиболее дос-



Рис. 2. Диагностика чесоточных ходов методом масляной витропрессии. Ув. × 10

тупным является бинокулярный микроскоп МБС-10 (МБС-12), позволяющий рассматривать кожу кистей на расстоянии 9 см от объектива с увеличением от 5 до 100 раз и извлекать инъекционной иглой содержимое чесоточных ходов. Для повышения эффективности диаг-

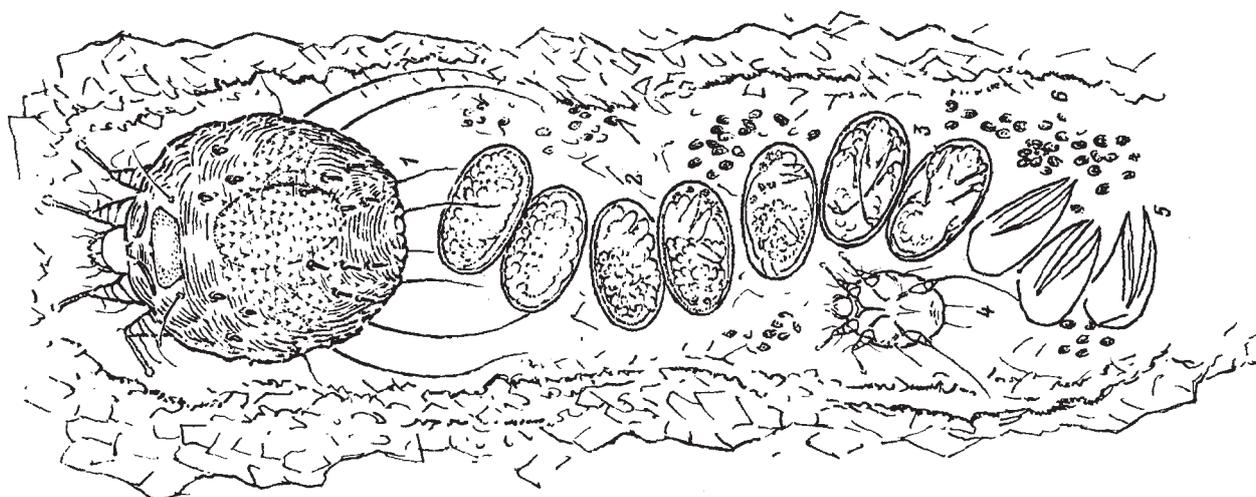


Рис. 3. Содержимое чесоточного хода: самка, яйца на различных стадиях эмбриогенеза, сформированные личинки в яйцевых оболочках, активная личинка, опустевшие яйцевые оболочки, фекалии

ностики кожа может быть предварительно окрашена анилиновыми красителями и (или) смазана 40 % молочной кислотой, минеральным маслом. Для обескровливания изучаемого участка и лучшей визуализации кожной поверхности используется метод витропрессии. Документировать результаты исследования можно с помощью цифровой видеокамеры с передачей изображения на монитор компьютера. Из импортных аппаратов для дерматоскопии используют компактные универсальные дерматоскопы DermLite, Eurolight, Heine, KaWe, Piccolight, Ri-derma, цифровые стереоскопические микроскопы компании Motix и другие. При невозможности приобретения дорогостоящей техники успешно применяют недорогие USB-микроскопы типа Webbers Digital Microscope F-2sp, дающие увеличение объекта в 50–200–300 раз на экране монитора компьютера. Выявленный при дерматоскопии чесоточный ход препарируют инъекционной иглой при малом или среднем увеличении. Затем из него извлекаются обнаруженные клещи и яйца.

Объективизация лабораторной диагностики чесотки (цифровое изображение ходов и клещей) в условиях страховой и коммерческой медицины играет важную роль. При оспаривании больным диагноза спор при предъявлении цифрового изображения решается в пользу врача. Использование метода дерматоскопии при типичной чесотке дает положительный результат в 100 % случаев (рис. 4), при чесотке без ходов – в 32 %.

Оценка диагностической значимости метода дерматоскопии при чесотке показала, что при его использовании выявляется чесоточных ходов на 27 % больше, чем при объективном осмотре без оптических приборов. Это связано с тем, что короткие ходы на начальной стадии формирования и старые полуразрушенные ходы плохо видны невооруженным глазом, но хорошо идентифицируются при увеличении (рис. 5). Особое значение отводится дерматоскопии для диагностики чесотки на фоне других дерматозов, когда клинические проявления обоих заболеваний наслаиваются. Мы наблюдали резкое обострение псориаза при заражении чесоткой за счет изоморфной реакции Кебнера (рис. 6). Псориатические папулы резко преобладали на кистях и нередко были приурочены к чесоточным ходам.

Вероятность обнаружения клещей на различных стадиях развития в интактных чесоточных ходах составила 97 % (рис. 7), в фолликулярных папулах на туловище и конечностях – 21 % (рис. 8А), в пузырьках на кистях – 32 % (рис. 8Б). Опыт работы с большим количеством пациентов показал, что при наличии разрушенных ходов и отсутствии в них самок чесоточного клеща необходимо проводить осмотр внешне неизменной кожи вблизи хода на площади не менее 4 см² (рис. 8В).

Лечение

Лечение чесотки направлено на уничтожение возбудителя с помощью акарицидных препаратов (скабицидов). Лечение, как правило, прово-

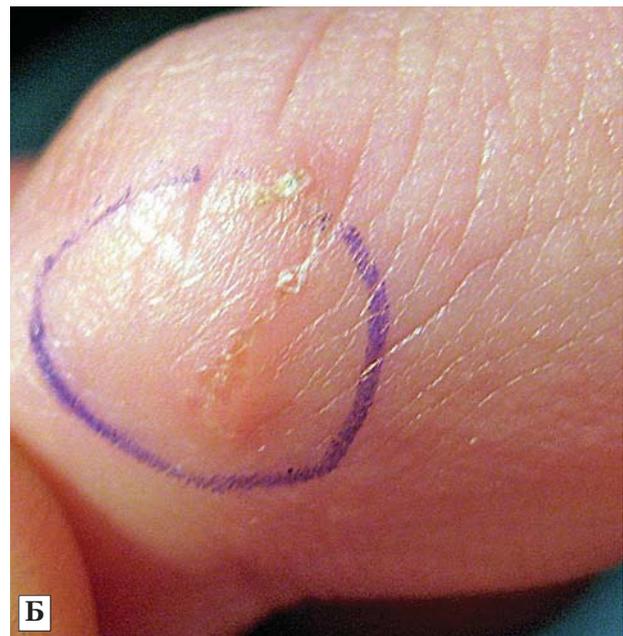


Рис. 4. Цифровая фотодерматоскопия чесоточных ходов на ладони (А) и на боковой поверхности пальца (Б). Ув. × 10



Рис. 5. Инволютивный чесоточный ход на боковой поверхности пальца. Ув. × 10

дят амбулаторно. Вопрос о выдаче больничного листа в каждом случае решается индивидуально. Госпитализации в стационар подлежат пациенты норвежской чесоткой, а также страдающие психическими, неврологическими или иными заболеваниями, при которых пациент без помощи ухаживающего за ним лица не может самостоятельно полностью выполнить все необходимые назначения. Госпитализируют и больных из организованных коллективов, если нет возможности изоляции их от здоровых лиц, например, в случае чесотки у лица, проживающего в интернате, детском доме, общежитии. Показанием для направления в стационар может служить чесотка, осложненная вторичной пиодермией со множественными, чаще глубокими пустулами (фурункулы, карбункулы, эктимы), особенно у детей, лимфаденопатия, высокая температура тела. Скабиозории как правило используются для лечения социально неадаптированного контингента (лица без определенного места жительства, задержанные милицией, беспризорники). При выявлении чесотки у больного в соматическом стационаре перевод в кожное отделение не требуется. Лечение проводят в отделении, где пациент находится в связи с основным заболеванием. Дерматолога в этом случае приглашают для консультативной помощи.



Рис. 6. Обострение псориаза при заражении чесоткой (изоморфная реакция Кебнера): А — стрелками обозначены границы чесоточных ходов, Б — скабиозная лимфоплазия кожи

Скабициды

Известны многие группы химических соединений, обладающие скабицидной активностью. Однако спектр акарицидных средств, применяемых в мировой практике для лечения чесотки, ограничен. Связано это прежде всего с тем, что препарат необходимо наносить на весь кожный покров человека. В России предъявляют наиболее жесткие требования к препаратам, наносимым непосредственно на кожу. Они должны быть малотоксичны, не обладать сенсibiliзирующим, кожно-резорбтивным и местнораздражающим действием.

На сегодняшний день в мировой практике для лечения чесотки используют средства на основе γ -изомера гексахлорциклогексана (хлороорганические соединения), малатиона (фосфорорганические соединения), перметрина, эсдепаллетрина (пиретроиды), ивермектина (авермектины), бензилбензоата (бензилового эфира бен-

зойной кислоты), кротамитона (имины), серы (неорганические соединения). Установлено, что акарицидной активностью в отношении *S. scabiei* обладают также некоторые вещества растительного происхождения — пиретрины, масло нима, масло чайного дерева, алоэ вера и др. В зарубежной практике имеется опыт лечения чесотки системными противопаразитарными средствами с широким спектром активности, в частности тиабендазолом и ивермектином.

Лекарственные формы скабицидов, наносимые на кожу и обладающие контактным действием, разнообразны: мази, кремы, аэрозоли, лосьоны, концентраты эмульсии. В России в соответствии с приказом от 24.04.2003 № 162 «Об утверждении отраслевого стандарта 91500.11.0003-2003 «Протокол ведения больных. Чесотка» для лечения чесотки разрешены препараты на основе бензилбензоата — 10 и 20 % эмульсия и мазь отече-

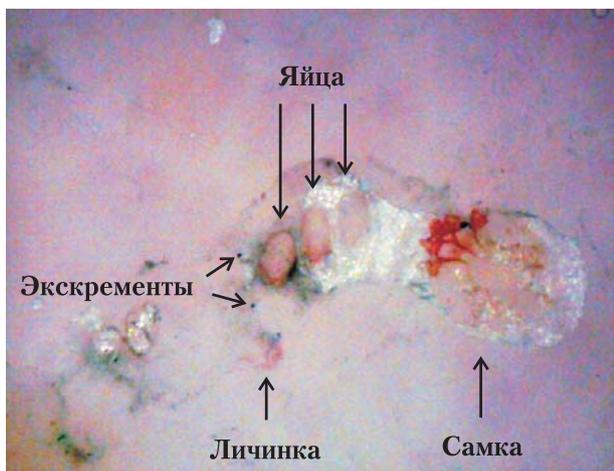


Рис. 7. Содержимое чесоточного хода на боковой поверхности пальца. Цифровая фотодерматоскопия. Ув. $\times 200$



Рис. 9. Чесоточный клещ на одежде больного чесоткой. Ув. $\times 30$

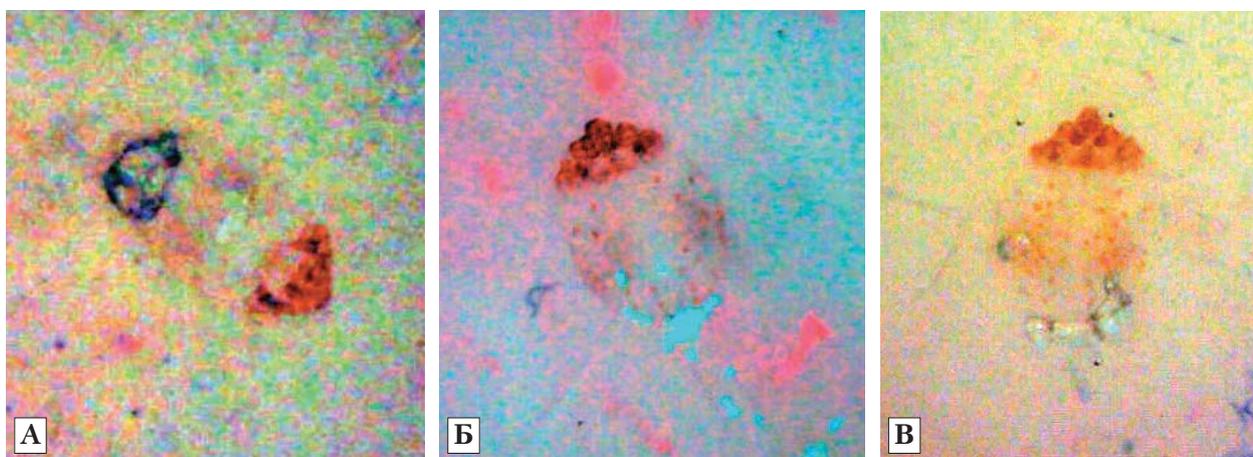


Рис. 8. Содержимое высыпаний метаморфической части жизненного цикла чесоточного клеща. Чесоточные клещи в папулах (А), везикулах (Б), во внешне неизменной коже (В). Цифровая фотодерматоскопия. Ув. $\times 200$

твенного производства; средства, содержащие в качестве действующего вещества пиретроиды — перметрин 5 %; эсдепаллетрин 0,63 %, синергист — пиперонилбутоксид 5,04 %; серная мазь.

Независимо от выбранного препарата врач должен соблюдать общие принципы лечения пациентов с чесоткой. Больных, выявленных в одном очаге, следует лечить одновременно во избежание реинвазии. Скабициды необходимо втирать в вечернее время, что связано с ночной активностью возбудителя. Детям до 3 лет противочесоточные препараты наносят на всю кожу, для остальных пациентов исключение составляют лицо и волосистая часть головы. Скабициды втирают руками, а не салфеткой или тампоном. Этим достигается максимальное попадание препарата в чесоточные ходы, которые преобладают на кистях, в том числе на ладонях. Если возникает необходимость помыть руки после обработки препаратом, то их обрабатывают повторно. Мыться рекомендуется до начала лечения и после его завершения, менять нательное и постельное белье — после курса терапии. Экспозиция препарата на коже должна быть не менее 12 часов, включая весь ночной период. Утром его можно смыть. Осложнения устраняют одновременно с лечением чесотки. В этом случае лучше назначать раствор перметрина или эсдепаллетрин. Всем здоровым лицам в семейных очагах и инвазионно-контактных организованных коллективах, а также половым партнерам вне очага обязательно проводят однократную профилактическую обработку одним из противочесоточных препаратов для устранения возможности реинвазии (так называемой пингпонговой инфекции).

«Бензилбензоат» (Россия) — препарат на основе бензилового эфира бензойной кислоты (benzylilii benzoas). Вызывает гибель самок, самцов, нимф и личинок. Овидидным действием не обладает. Выражен мягкий анестезирующий эффект. Выпускается в виде эмульсии и мази 10 % (для детей от 3 до 7 лет) и 20 % (для лиц старших возрастных групп) концентраций. При отсутствии осложнений важно перед началом лечения вымыться с мылом. Эмульсию перед употреблением взбалтывают. Препарат наносят на кожу двукратно — в 1-й и 4-й дни лечения. После 12-часовой экспозиции препарат можно смыть. Нательное и постельное белье меняют на 5-й день. При нанесении на кожу нередко возникает жжение, которое проходит через 20 мин, о чем следует предупредить больного. Следует избегать попадания бензилбензоата на слизистые оболочки. Бензилбензоат противопоказан беременным и детям до 3 лет.

Бензилбензоат входит в состав сложных лекарственных средств, выпускаемых за рубежом. «Аскабиол» (Ascabiol) — препарат, содержащий равное количество бензилбензоата, твердого мыла и этилового спирта. «Бензоцептол» (Benzo-septol) — препарат, содержащий равное количество бензилбензоата, мягкого мыла и изопропилового спирта. «Новоскабиол» (Novoscabiol) — препарат, содержащий бензилбензоат — 30,0, метилэстер — 1,0, парафиновое масло — 69,0. «Нбин» (Nbin) — препарат, содержащий бензилбензоат — 68 частей, твин-80 — 14 частей, анестезин — 12 частей, ДЦТ — 6 частей.

«Медифокс» (Россия) — препарат на основе перметрина (permethrin). Выпускается в виде концентрата эмульсии. Действует на самок, самцов, нимф, личинок. Овидидным эффектом не обладает. 0,4 % водная эмульсия готовится *ex tempore* путем разбавления 8 мл 5 % концентрата перметрина кипяченой водой комнатной температуры до объема 100 мл. Эмульсию втирают 1 раз в сутки на ночь 3 дня подряд или в 1-й и 4-й дни курса. Препарат хорошо переносится в жаркое время года, не вызывает диссеминации вторичной пиодермии и обострения контактного аллергического дерматита, что обуславливает его целесообразность использования при осложненной чесотке. Не показан при лактации, детям до года, пожилым людям с недостаточностью функции печени, почек. С осторожностью возможно применение при беременности.

«Серная мазь» (Россия) — препарат на основе осажденной серы (sulphur praecipitatum). Для лечения чесотки используется в виде простой серной мази (33 % серы). Изучение эффективности 20 % серной мази с учетом ее воздействия на чесоточного клеща показало ее высокую эффективность. При этом количество медикаментозных осложнений снизилось до 2 %. Серная мазь вызывает гибель самок, самцов, нимф, личинок. Овидидным эффектом не обладает. Выражено кератолитическое действие, что очень важно при лечении чесотки. Серную мазь наносят на кожу после мытья с мылом 1 раз в сутки на ночь в течение 5—7 дней. Препарат тщательно втирают руками в кожу рук, затем туловища и ног, включая подошвы и пальцы. Не рекомендуется применять во время беременности и при грудном вскармливании. Побочные эффекты — медикаментозный дерматит, жжение в области расчесов. Сульфодекортем — препарат, содержащий 10 % осажденную серу и гидрокортизона ацетат. Его рекомендуется использовать при чесотке, осложненной контактным аллергическим дерматитом, микробной экземой, при скабиозной лимфоплазии кожи.

«Спрегаль» (Pharmygiene-Scat, Франція) — це препарат, що містить есдепаллетрин (esdepallethrine) — нейротоксичний яд для членистоногих і піперонилбутоксид (piperonylbutoxide) — синергист. Механізм дії полягає в порушенні катіонного обміну мембран нервових клітин. Діє на всі стадії розвитку чесоточного кліща, в тому числі і на яйця. Випускається в формі аерозолю. Препарат розпилюють на відстані 20–30 см від шкіри після миття хворого. Обробку починають зверху. Дітям на обличчя препарат слід наносити ватним тампоном. Через 12 годин хворий мийте, змінює постільне і нательне білизну. Одного флакона достатньо для обробки двох дорослих і одного-двох дітей. При неосложненній чесотці більшості хворих хватить однократної обробки. При чесотці, ускладненій вторинною піодермією, мікробною екземою, при наявності скабіозної лимфоплазії і глибоких чесоточних ходів на долонях і підшвах обробку бажано повторити через три дні. Слід уникати попадання «Спрегалю» на слизові оболонки, оскільки препарат викликає сильне жгуче. Спрегаль застосовують для лікування вагітних і новонароджених дітей. В час розпилення препарату необхідно

закрити ніс і рот хлещатобумажною серветкою. Препарат добре переноситься в жарку пору року, не викликає алергічних реакцій і дисемінації вторинної піодермії, що обумовлює цілесобразність його застосування при ускладненій чесотці.

В табл. 1 наведено дані про можливість застосування скабіцидів у дітей і вагітних, відображені в інструкціях до препаратів.

Сотрудники кафедри дитячої дерматології РМАПО на основі багаторічного досвіду роботи з дітьми, хворими чесоткою, надають рекомендації по використанню скабіцидів в педіатрії (табл. 2) [3].

Анонімне опитування 56 дерматовенерологів Московської області дозволило виявити їх пріоритети в використанні скабіцидів. «Спрегалю» віддають перевагу 50 % лікарів, мазі і емульсії бензилбензоату — по 37,5 %, «Медіфоксу» — 23,2 %, серної мазі — 21,4 %. Практично у всіх лікарів (96,4 %) вибір скабіцидів визначають особистий досвід використання препарату, більше ніж у третини (37,5 %) — його ціна і тільки в окремих випадках (3,6 %) — його реклама. Слід зауважити, що неефективність лікування чесотки спостерігалася в практиці більшості дерматологів (91,1 %).

Таблиця 1. Використання скабіцидів у дітей і вагітних

Назва скабіцида	Діти	Вагітні
«Спрегаль»	З періоду народження	З обережністю
Емульсія бензилбензоату	З 3 років	Не рекомендується
Мазь бензилбензоату	З 3 років	Не рекомендується
«Медіфокс»	З 1 року	З обережністю
Серна мазь	З 3 років в 5 % концентрації	Не рекомендується

Таблиця 2. Вікові обмеження використання скабіцидів у дітей

Вік	Безпечні	Дозволяються з обережністю
Новонароджені	Мазь або вазель з осадовим 3–5 % сіркою	«Спрегаль» 10 % водно-мильня емульсія бензилбензоату
До 2 місяців	Мазь або вазель з осадовим 3–5 % сіркою	«Спрегаль» 10 % водно-мильня емульсія бензилбензоату
Від 2 місяців до 1 року	«Спрегаль» 10 % емульсія бензилбензоату 5 % серна мазь	0,4 % емульсія «Медіфокса»
Від 1 року до 3 років	«Спрегаль» 0,4 % емульсія «Медіфокса» 10 % емульсія бензилбензоату	10 % мазь бензилбензоату
Старше 3 років	«Спрегаль» 0,4 % емульсія «Медіфокса» 10 % мазь бензилбензоату 10 % серна мазь	20 % мазь бензилбензоату 20 % серна мазь

Опыт работы с больными свидетельствует, что при чесотке не бывает рецидивов, поскольку у чесоточного клеща в жизненном цикле нет латентных, длительных стадий. Анализ подобных случаев, расцененных дерматологами как рецидив чесотки, позволил выделить несколько причин этого. Наиболее часто (66,7 %) такие «рецидивы» возникают при несоблюдении схем лечения, когда препарат используют в заниженных концентрациях. Например, нарушают пропорции при приготовлении рабочего раствора «Медифокса», используют 10 % раствор бензилбензоата для лечения взрослых. Другие причины — несоблюдение кратности и сроков обработки, втирание препарата без учета суточного ритма активности чесоточного клеща, частичная обработка кожи, применение скабицидов после истечения их срока годности. Возможна реинвазия от источника заражения или контактного лица в очаге, которые не были пролечены по той или иной причине (28,5 %). Нередко (21,4 %) как рецидивы расценивают медикаментозные осложнения от терапии скабицидами, проявляющиеся зудом и дерматитом. Симптомы «чесотки» не могут быть устранены при неправильно установленном диагнозе (23,8 %). В этих случаях, подозревая чесотку, назначают противочесоточные препараты больным аллергическим дерматитом, крапивницей, флеботодермией и другими заболеваниями. Возможно развитие резистентности клещей к скабицидам, что требует дальнейшего изучения.

Лечение скабиозной лимфоплазии

Лечение скабиозной лимфоплазии кожи (СЛК) бывает достаточно длительным. После полноценной терапии любым противочесоточным препаратом клещи в соскобах эпидермиса с поверхности лентикулярных папул не обнаруживаются. СЛК разрешается значительно быстрее, если перед началом специфической терапии эпидермис с поверхности таких папул соскабливать скальпелем, то есть аллерген удалить механически. Алгоритм лечения при СЛК следующий. При единичных лентикулярных папулах эпидермис с их поверхности соскабливают стерильным скальпелем до появления капелек крови с последующей обработкой антисептиками (анилиновыми красителями, 5 % раствором калия перманганата, раствором «Бетадина» (повидон-йод) и др.). Специфическое лечение скабицидами (в вечернее время) необходимо комбинировать с втиранием в папулы (утром и в обед) комбинированных кортикостероидных мазей (травокорт, «Кандид Б» (беклометазон + клотримазол), «Акридерм ГК» (бетаметазон +

гентамицин + клотримазол) и др.). Если после разрешения основных клинических проявлений чесотки СЛК персистирует, следует использовать топические кортикостероиды («Адвантан» (метилпреднизолон ацепонат), «Элоком» (мометазон) и др.) под окклюзионную повязку. Эффективны применение фоно- или фотофореза с этими препаратами (исключение составляют половые органы), криовоздействие. Обязательным условием лечения чесотки является профилактическая обработка контактных лиц скабицидами, так как при реинфекции СЛК рецидивирует на месте ее прежней локализации. Это создает впечатление неэффективности проведенной терапии.

Лечение чесотки, осложненной аллергическим дерматитом

Больной первоначально обрабатывается скабицидами для устранения жизнедеятельности чесоточного клеща, продуцирующего аллергены в коже (фекалии, оральные секреты, липкий секрет желез яйцевода). Предпочтение отдают скабицидам, нанесение которых на кожу не требует интенсивного втирания («Спрегаль» и раствор «Медифокса»). Скабицид втирают в 1-й и 4-й дни курса, а 2-й и 3-й дни используют для лечения аллергического дерматита. Выбор тактики лечения зависит от распространенности процесса. При ограниченном процессе целесообразна только местная терапия. Для этой цели лучше применять комбинированные препараты, содержащие топические стероиды («Травокорт», «Кандид Б», «Целестодерм В с гентамицином» (бетаметазон и гентамицин) и др.), так как расчесы являются входными воротами для вторичной инфекции, усиливающей аллергический процесс. При распространенном аллергическом дерматите обязательно назначение антигистаминных препаратов внутрь. Местную терапию начинают водной взбалтываемой смесью, «Циндолом» (цинк оксид), кольд-кремом и другими индифферентными средствами, включая средства для ухода за сухой раздраженной кожей, такими как «Дардия бальзам», «Атодерм РО цинк», «Физиогель», «Эмолиум» и т. п. После стихания воспалительного процесса переходят на топические глюкокортикоиды («Адвантан», «Элоком» и др.).

Лечение чесотки, осложненной вторичной пиодермией

Мытье перед лечением не проводится. Больной первоначально обрабатывается скабицидом для устранения зуда, способствующего нарушению целостности кожи. Предпочтение отдается ска-

бицидам («Спрегаль» и раствор «Медифокса»), нанесение которых не создает условий для диссеминации инфекции по коже. Скабицид втирают в 1-й и 4-й дни курса, а 2-й и 3-й дни используют для активного лечения пиодермии, выбор тактики лечения которой зависит от нозологической формы заболевания. При поверхностной пиодермии (импетиго, остиофолликулиты, турниоль и др.) можно ограничиться наружной терапией. Пустулы тушируют растворами анилиновых красителей, 5 % раствором калия перманганата, «Бетадина» (повидон-йод) и другими антисептиками. При импетиго пузыри прокалывают стерильно иглой. После подсыхания пустул назначают мази с антибиотиками («Банеоцин» (бацитрацин + неомицин), «Левомеколь» (хлорамфеникол + метилурацил), «Бактробан» (мупиरोцин)), мази на основе универсальных антисептиков («Бетадин», гель «Гексикон» (хлоргексидина биглюконат)). При глубоких формах пиодермии (вульгарная эктима, глубокие фолликулиты, фурункулы) лечение дополняют системными антибиотиками.

Лечение норвежской чесотки

Лечение норвежской чесотки имеет особенности. Вечером больного обрабатывают любым скабицидом для уничтожения активных стадий возбудителя и снижения контагиозности пациента, утром — одним из кератолитических препаратов (3–5 % серно-салициловая мазь, «Дардия липо бальзам»). Такое лечение продолжают до полного отхождения корок. Затем 2–3 дня больного на ночь обрабатывают только скабицидом. Для устранения сухости кожи утром можно использовать смягчающие или увлажняющие средства, в том числе лечебную косметику.

Постскабиозный зуд

Постскабиозный зуд — сохранение зуда у больных после полноценной специфической терапии одним из скабицидов без скабиозной лимфоплазии, осложнений чесотки аллергическим дерматитом, микробной экземой, крапивницей и другими аллергическими заболеваниями, а также без аллергических реакций на скабициды. По данным литературы, постскабиозный зуд может быть обусловлен сенсibilизацией человека продуктами жизнедеятельности чесоточного клеща. Аллергенами являются его линечные шкурки, экскременты и другие продукты жизнедеятельности. Исчезновение зуда после однократной обработки скабицидами свидетельствует против сенсibilизации как основного механизма его возникновения. Зуд также может быть результатом раздражения нервных окончаний чесоточ-

ным клещом. Методом электронной микроскопии в базальном слое эпидермиса обнаружены свободные нервные окончания, контактирующие с клетками Меркеля. Кроме того, постскабиозный зуд может быть обусловлен аллергической реакцией на клещей домашней пыли, к которым у больных чесоткой выявлена перекрестная сенсibilизация [4].

Современные представления о механизме постскабиозного зуда. При сохранении после лечения постскабиозного зуда в 9 случаях из ходов были извлечены живые самки клещей [2]. Изучение их морфологических особенностей показало, что все самки имели гофрированный генитальный клапан, то есть были неоплодотворенными и не откладывали яйца. Выделение самками аллергенов (экскременты, оральный секрет) способствовало сохранению зуда. Продолжительность постскабиозного зуда в данном случае соответствовала продолжительности жизни самок (до месяца) и зависела от их возраста на момент начала терапии. Известно, что в чесоточных ходах, которые проделывают неоплодотворенные самки, отсутствуют отверстия в крыше ходов для выхода личинок, что, по-видимому, ограничивает доступ препарата. При сохранении постскабиозного зуда в течение недели (время, необходимое для отшелушивания рогового слоя эпидермиса с погибшими клещами) на фоне лечения антигистаминными препаратами и топическими стероидами необходима повторная обработка скабицидом, желательна с другим механизмом действия на членистоногих, то есть из другой группы инсектицидов. Обязательным условием является предшествующее мытье пациента с мылом, особенно кожи кистей и стоп. У отдельных больных причиной постскабиозного зуда может быть выраженная сухость кожи. Это нередко наблюдается у пациентов в результате длительного использования скабицидов при самолечении. В этом случае особенно показаны средства для ухода за сухой кожей с эмолентами.

Критерии излеченности

Критериями излеченности от чесотки являются устранение зуда и исчезновение клинических проявлений заболевания. При полноценном лечении больных и контактных лиц срок наблюдения может быть сокращен до двух недель. Периоды наблюдения за больными индивидуальны. Их увеличивают при чесотке, осложненной пиодермией, дерматитом, экземой, при скабиозной лимфоплазии кожи. Медицинское обследование лиц в семейном очаге и организованном коллективе после проведенного профилактического ле-

чения проводится при выявлении нового случая чесотки, после завершения лечения и через две недели после выявления последнего больного. В организованных коллективах, где профилактическое лечение контактных лиц не проводилось, осмотр осуществляется трижды с интервалом 10 дней. При чесотке на время лечения от работы отстраняются лица, относящиеся к декретированному контингенту, а также с выраженными осложнениями (распространенная пиодермия, микробная экзема, выраженный дерматит). Следует помнить, что однократная обработка любым скабицидом вызывает гибель инвазионных стадий чесоточного клеща, поэтому больной в эпидемиологическом плане становится малоопасным уже после первой обработки. Прогноз при чесотке благоприятный.

Профилактика

Профилактика чесотки включает активное выявление больных при профилактических осмотрах различных групп населения (декретированный контингент, детские коллективы, лица призывного и приписного возраста, школьники в начале учебного года, абитуриенты). Осмотру на чесотку подлежат больные, обратившиеся в поликлиники, амбулатории, медсанчасти, госпитализированные в лечебно-профилактические учреждения любого профиля. Важным условием является определение очагов чесотки и работа по их ликвидации. Необходимо выявить источник заражения и контактных лиц. Обращается особое внимание на половых партнеров, как в семье, так и вне ее. Определяются группы людей, подлежащих обязательному профилактическому лечению. Это все члены семьи и лица, живущие с больным в одном помещении. Организованные коллективы осматривает медицинский работник на месте. При обнаружении чесотки у школьников и детей, посещающих детские ясли, сады, их отстраняют от посещения детского учреждения на время проведения полноценного лечения. Скабиозная лимфоплазия кожи после качественной терапии не является противопоказанием допуска детей в организованные коллективы, так как пациент утрачивает инвазионность для окружающих. Вопрос о профилактическом лечении лиц, бывших в контакте с больным чесоткой в организованном коллективе, решается индивидуально с учетом эпидемиологической

обстановки. Профилактическую обработку скабицидом необходимо проводить всем лицам, которые имели тесный телесный контакт с больным чесоткой, а также группам, где зарегистрировано несколько случаев заболевания чесоткой или в процессе наблюдения за очагом выявлены новые больные. Все случаи чесотки регистрируют, а за больными осуществляют диспансерное наблюдение.

Текущая дезинфекция направлена на уничтожение клещей на постельных принадлежностях, одежде и предметах личной гигиены больного. Методику проведения текущей дезинфекции объясняет лечащий врач, а проводит ее сам больной или ухаживающий за ним член семьи. У каждого пациента обязательно должны быть отдельная кровать, постельные принадлежности и предметы индивидуального пользования (полотенце, мочалка). Обеззараживание постельных принадлежностей, нательного белья и полотенец можно осуществлять путем стирки в автоматических стиральных машинах при температуре 70–90 °С либо замачиванием на час в хлорсодержащих растворах («Белизна», «АСЕ»). Верхнюю одежду (платья, брюки, костюмы, джемперы) обеззараживают, проглаживая вещи с обеих сторон горячим утюгом. Часть вещей, не подлежащих термической обработке (пиджаки, куртки, дубленки), может быть вывешена на открытый воздух на 3 дня, так как без хозяина чесоточные клещи на всех стадиях развития быстро погибают при комнатной температуре. Для дезинфекции ряда вещей (детские игрушки, обувь, одежда) можно временно исключить их из пользования, поместив на три дня в герметически завязанные полиэтиленовые пакеты. При массовых вспышках чесотки в организованных коллективах, заболевании нескольких членов семьи, при поступлении больных чесоткой в стационар проводится дезинфекция помещения. Для этой цели применяют «Медифокс», «Медифокс-Супер», «А-Пар». Для дезинсекции текстильных изделий, обуви, детских игрушек успешно используют препарат «А-Пар» в аэрозольной упаковке на основе перметрина и малатиона. В стационарах и скабиозориях нательное белье и одежду поступающих больных, постельные принадлежности выписывающихся пациентов подвергают обработке в дезинфекционной камере.

Список литературы

1. Малярчук А.П. Оптимизация диагностики, лечения и профилактики чесотки: Автореф. дис. ...канд. мед. наук.— М., 2010.— 28 с.
2. Соколова Т.В., Лопатина Ю.В., Малярчук А.П. Современные представления о патогенезе постскабиозного зуда // Рос. журн. кожн. и венер. болезней.— 2009.— № 4.— С. 32—35.
3. Суворова К.Н., Опарин Р.Б., Сыроева Т.А. и др. Чесотка у детей // Вопр. практ. педиатрии.— 2006.— Т. 1, № 4.— С. 117—123.
4. Walton S.F., Currie B.J. Problems in Diagnosing Scabies, a Global Disease in Human and Animal Populations // Clinical microbial, rev.— 2007.— Vol. 20, N 2.— P. 268—279.

Т.В. Соколова, О.П. Малярчук

Короста. Стан проблеми

Частина 2. Діагностика, лікування, профілактика

У статті наведено дані щодо діагностики, лікування і профілактики корости. Описано метод олійної вітропресії, оцінено ефективність методу дерматоскопії. Охарактеризовано сучасні скабіциди. Наведено схеми лікування корости в дітей, скабіозної лімфоплазії шкіри, ускладненої коростою та постскабіозним свербезем.

T.V. Sokolova, A.P. Maliarchuk

Scabies. State of the problem

Part 2. Diagnosis, treatment, prevention

The article presents data on the diagnosis, treatment and prevention of scabies. The method of oil wind pression is described, the effectiveness of dermatoscopy is evaluated. Modern scabicides are characterized. Schemes of treating scabies in children, scabious lymphoplasia of skin complicated by scabies and post-scabious itching are presented.