

УДК (616.995.428+616-08-06) (575.2) (04)

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕСОТКИ

Д.Д. Токталиев – канд. мед. наук

М.Ю. Васина, А.В. Терещенко, Р.В. Дидиченко – студенты

The item describes ethyology, pathogenesis, clinical picture, complications of disease, treatment, newest medicines and prophylactic methods of scabies.

Чесотка (scabies) – паразитарная инфекция, вызываемая чесоточным зуднем, характеризуется поражением эпидермиса и протекает с сильным зудом. Согласно историческим сведениям, это заболевание известно на протяжении четырех тысячелетий в Китае, Древнем Вавилоне, Египте, Ассирии. Обнаружение чесоточных клещей стало возможным только после изобретения микроскопа. Но только в 1844 г. F. Негба детально описал этиологию, клинику и лечение чесотки. Особенно много работ было посвящено изучению чесотки в XX в. [1–10].

В настоящее время известны более 40 видов животных, на которых паразитируют представители рода *Sarcoptes*. На человеке паразитирует чесоточный клещ *Sarcoptes scabiei* (*hominis*).

Жизненный его цикл делится на два периода: репродуктивный (воспроизведение) и метаморфический (превращение). Репродуктивный период протекает в материнском ходе, где самка откладывает яйца, а метаморфический, т.е. развитие от личинки до взрослого клеща, в везикулах, папулах, даже во внешне неизменной коже.

Чесоточный ход служит постоянным источником личинок, обсеменяющих больного. Самки прокладывают ходы на границе рогового и зернистого слоев эпидермиса. Паразитарные элементы расположены в чесоточном ходе следующим образом: в переднем слепом конце хода находится самка, далее – одно за другим последовательно отложенные яйца. Продук-

тивность чесоточного хода в среднем – одна личинка в сутки.

В последние годы частота заболеваемости чесоткой возросла во всем мире, особенно в периоды войн, экономических кризисов и стихийных бедствий. Распространению инвазии способствуют ухудшение санитарно-гигиенических условий, миграция населения, нищета, скученность населения, некачественное выполнение мероприятий по борьбе с чесоткой, позднее обращение, снижение иммунитета к чесотке, увеличение резистентности чесоточного клеща к современным скабиозным средствам, неэффективность санитарно-просветительской работы.

Таким образом, и в новом тысячелетии чесоточные клещи остаются в природе, проявляя свое патогенное действие. В связи с этим необходимо еще раз обратить внимание врачей на особенности характеристики возбудителя, пути распространения заболевания, клиническую картину, методы диагностики и современного лечения чесотки.

Заражение происходит оплодотворенными самками, но возможна инвазия нимфами и личинками. Передача возбудителя возможна при контакте с больным (прямой путь) и через принадлежащие ему предметы обихода (непрямой путь). Часто источником заражения является половой партнер. Некоторые авторы относят чесотку к венерическим заболеваниям, но это не верно, так как половая связь не имеет

прямого отношения к заражению, а является лишь предпосылкой телесного контакта.

Большое количество детей, болеющих чесоткой, объясняется тем, что у них очень тонкая кожа, а также несовершенный иммунитет.

Контингент больных определяется конкретными бытовыми условиями и образом жизни людей. Местами заражения могут быть квартира, общежитие, стационар, гостиница, детский сад вагоны, бани, душевые спортивных залов. Особо следует выделить бани, где создаются благоприятные условия для заражения (скученность населения, оптимальная влажность и температура).

Клиника

Инкубационный период заболевания длится от нескольких часов до 14 дней от момента попадания клещей на кожу.

Зуд – первый и основной симптом заболевания. Раньше он обнаруживался у 100% больных, но в последние годы возможно течение заболевания при отсутствии зуда. «Почесуха» бывает различной интенсивности. Считают, что это – результат сенсibilизации организма к клещу. В то же время существует мнение, что возникновению зуда способствуют вещества, находящиеся в экскрементах клещей и раздражающие нервные окончания кожи при движении клеща. Зуд усиливается ночью из-за увеличения активности самки.

Объективным симптомом заболевания служит чесоточный ход. Наиболее частая локализация – кисти, особенно между пальцев, запястья, локти, стопы, боковые поверхности грудной клетки по аксиллярной линии, ягодицы, половые органы у мужчин, околососковые кружки у женщин, внутренняя поверхность бедер, кожа живота. Чесоточный ход является источником личинок, которые обсеменяют кожу больного и вызывают появление папул и везикул. Типичные ходы имеют вид тонких, слегка возвышающихся над кожей линии белого или грязно-серого цвета, прямых или изогнутых, длиной от 5 мм до 10 мм. Самка выявляется в виде темной точки, просвечивающей через роговой слой эпидермиса на слепом конце хода; там же виден пузырек. Соседний элемент представлен корочкой – это место внедрения самки. Пузырек с самкой называется клещевым возвышением Базена. Ход может

частично разрушаться – тогда он представляет собой трещину. Если везикула в задней части хода вскрывается, то на ее месте появляется сухая эрозия, окруженная венчиком эпидермиса, внешне напоминающая ракетку.

В последние годы отмечаются так называемые малосимптомные, стертые и атипичные формы чесотки, чем и объясняются ошибки диагностики. Стертые формы характеризуются незначительным количеством чесоточных ходов или слабой их выраженностью.

Причиной появления этих форм чесотки считают контакт с продуктами перегонки нефти (бензин, солярка), дезинфицирующими растворами, частое мытье рук, использование кремов и мазей со стероидами, применение антигистаминных и десенсибилизирующих средств.

Чесотку, развившуюся на фоне глюкокортикоидной терапии, называют «нераспознанной». Это объясняется тем, что стероиды, уменьшая воспалительные явления и подавляя зуд, создают условия для обильного размножения клеща, обуславливая высокую контагиозность заболевания.

Для чесотки характерен полиморфизм высыпаний (фолликулярные узелковые элементы, везикулы, возникающие на месте внедрения клеща, а затем появление корочек и эрозий). В 1940 г. Н.А. Горчаков [4] описал симптом чесотки – наличие на локтях и в их окружностях сухих корочек, чешуек, покрытых папулезными и везикулезными элементами (симптом Горчакова–Арди). Высыпания в виде импетигиозных элементов, пузырьков, корочек, располагающихся в области межъягодичной складки с переходом на крестец, получили название симптома треугольника или ромба Михаэлиса. В.Я. Арутюнов наблюдал его в 60% случаев [1], а Д.Р. Пазлавичите [2] – в 20% случаев

Как показала Т.В. Соколова [7], отсутствие чесоточных ходов в ряде случаев отмечается на ранней стадии заболевания, что является следствием заражения больных личинками клеща. Последние, выйдя из ходов, обуславливают появление фолликулярных папул и везикул, и только после периода метаморфоза личинки превращаются в самку, способную прокладывать ход.

Осложнения при чесотке встречаются почти у половины больных, обычно в виде дерматита, пиодермии, экземы.

Лабораторная диагностика

Известно несколько методов лабораторной диагностики чесотки.

1. *Извлечение клеща копьевидной иглой.* Слепой конец чесоточного хода вскрывают иглой (по его направлению). Самка прикрепляется к игле и извлекается. Ее помещают на предметное стекло в каплю 10%-го едкого натра (или калия), накрывают покровным стеклом, и затем препарат исследуют под микроскопом.

2. *Метод тонких срезов.* Острой бритвой срезают участок рогового слоя эпидермиса с ходом, обрабатывают 20%-ной едкой щелочью в течение 5 с, готовят препарат и исследуют под микроскопом.

3. *Соскоб без крови* (используется в нашей клинике). Соскоб делают, не затрагивая сосочковый слой дермы, помещают материал на предметное стекло в 20%-ный раствор едкой щелочи или глицерина и через 10 с микроскопируют. Иногда производят соскоб до появления крови.

4. *Соскоб в парафиновом (вазелиновом) масле.* Вазелиновое масло или парафин капают на чесоточный элемент, затем делают соскоб до появления крови и микроскопируют.

5. *Щелочное препарирование кожи.* 10%-ную щелочь капают на чесоточные элементы. Через 2 с эпидермис мацерируется и его скабливают. На предметное стекло помещают полученный материал в каплю воды и микроскопируют.

Визуально некоторые чесоточные ходы выявляются с трудом. Для их идентификации широко используют йодную пробу, можно пользоваться анилиновой тушью, чернилами. При этом чесоточный ход окрашивается в темный цвет.

Лечение

Существуют определенные требования к лечению чесотки – это быстрота и надежность акарицидного эффекта, отсутствие раздражающего действия на кожу, простота приготовления и применения, доступность для массового использования, длительное хранение, невысокая стоимость.

В нашей стране используют 10–20%-ную серную мазь, 10–20%-ный бензилбензоат, полисульфидный линимент и др. Однако ни один препарат не отвечает всем перечисленным требованиям, поскольку не действует на яйца клещей, и выздоровление возможно лишь после повторной обработки, которую производят с целью воздействия на личинки, развившиеся во время лечения.

Лечение препаратами серы

Для лечения чесотки применяется 10–20%-ная сера. Она дает выраженный кератолитический эффект, улучшает доступ к возбудителю, оказывает акарицидное действие. Взрослым применяют 20%-ную серную мазь, а детям – 5–10%-ную.

Перед началом лечения больной моется теплой водой с мылом, затем втирают осторожно мазь. На 6–8-й день больной моется и меняет белье.

Недостатки: длительность применения, неприятный запах, развитие дерматитов, которые возникают у 30–40% больных на 3–4-й день лечения.

Метод Демьяновича

Метод Демьяновича был разработан в 1947 г. В его основе лежит акарицидное действие серы и сероводорода, которые выделяются при взаимодействии тиосульфата натрия и соляной кислоты.

Лечение по методу Демьяновича проводится 60%-ным раствором тиосульфата натрия (раствор №1) и 6%-ным раствором концентрированной или 18%-ным раствором разбавленной соляной (хлористоводородной) кислоты (раствор №2). Вначале дважды в течение 10 мин. втирают в каждый пораженный участок кожи раствор №1 (с 10-минутным интервалом), а затем раствор №2 (по 5 мин. с 5-минутным интервалом). Раствор тиосульфата натрия наливают в ванночку и втирают в кожу рукой, смачивая ее раствором, после чего надо вымыть руки. Раствор соляной кислоты наливают в пригоршню непосредственно из бутылки. После процедуры больной надевает чистое нательное белье и меняет постельное. На следующий день лечение повторяют.

Аэрозольный скабицид Спригаль. Препарат прост и удобен в применении, экономичен (одной упаковки достаточно для обработки 2–4 человек).

Лечение начинают в вечерние часы, когда наблюдается максимальная активность самки чесоточного клеща. После душа однократно наносят аэрозоль на всю поверхность кожного покрова сверху вниз. Особенно тщательно препарат наносят на кожу пальцев кистей, межпальцевых промежутков, стоп, подмышечных впадин, промежности. Затем надевается чистое нательное белье и меняется постельное.

Одновременно таким же образом обрабатываются все члены семьи. Через 12 часов больной повторно принимает душ и опять меняет нательное и постельное белье. Обычно бывает достаточно однократного применения скабицида Спригала, однако, исходя из длительности эмбриогенеза, целесообразно эти процедуры повторить через 2 дня, т.е. на 4 день курса с расчетом воздействия на вылупившиеся личинки.

У детей раннего возраста скабицид наносят на салфетку, затем аккуратно, не допуская попадания препарата в глаза и рот, обрабатывают кожу.

Профилактика

Для предупреждения заражения и распространения инфекции необходима грамотная проведенная дезинфекция белья и предметов домашнего обихода. Обеззараживание постельного и нательного белья, полотенец производится кипячением в 1–2%-ном растворе соды или с любым стиральным порошком в течение 10 мин. с момента закипания. Для обработки верхней одежды, головных уборов, перчаток, мебели, ковров, матрасов, подушек, обуви, игрушек и других предметов, с которыми соприкасался пациент и которые не могут быть подвергнуты кипячению, применяется специально разработанный для этой цели препарат А-пар в аэрозольной упаковке. Одного баллона достаточно для обработки вещей 2–3 больных или 9 м² поверхности в помещении. Средство не оставляет пятен и не требует последующей стирки или чистки обработанных вещей и поверхностей. Верхнюю одежду, не подлежащую кипячению, проглаживают утюгом с отпаривателем с обеих сторон. Плащи, пальто, шубы, изделия из кожи и замши вывешивают на открытый воздух в течение 5 дней. Детские игрушки, обувь помещают в полиэтиленовый пакет и на время исключают из пользования (не менее 7 дней). В комнате больного

ежедневно проводят влажную уборку с 1–2%-ным раствором соды, обращая особое внимание на дверные ручки, подлокотники кресел и т.п. В профилактике чесотки и снижении заболеваемости немаловажную роль играет санитарно-просветительская работа.

Современные лекарственные формы для лечения чесотки

Линдан (якутин, гамексан, лорексан, GBH) – применяют в виде 1%-го крема, лосьона, шампуня, порошка, 1–2%-й мази.

Кротомитон (эуракс, GIBA) выпускается в виде 10%-го крема, лосьона или мази. Эффективен как противочесоточный и противозудный препарат, не вызывающий побочных реакций и хорошо зарекомендовавший себя при лечении детей, беременных и больных с сопутствующей экземой.

Тиабендазол – 5%-ный крем, 10%-ный раствор или суспензия. Применяют 2 раза в сутки на протяжении 5 дней. Внутрь по 25 мг на 1 кг массы тела в течение 10 дней.

Диэтилкарбоназин – внутрь по 100 мг 3 раза в день в течение 7 дней.

Литература

1. Арутюнов В.Я. Кожные и венерические болезни. – М.: Медицина, 1956.
2. Абдиева Д.Т. Сборник научных трудов кафедры кожных болезней Таджикского медицинского института. – Душанбе, 1996. – С.59–65.
3. Демьянович М.П. Чесотка. – М.: Медицина, 1947.
4. Горчакова И.А. Несколько слов о технике лечения чесотки // Советская медицина. – 1943. – №2–3.
5. Машикеллейсон Л.Н. Инфекционные и паразитарные болезни кожи. – М., 1960.
6. Рахманов В.А. Многотомное руководство по дерматовенерологии. – М., 1969.
7. Соколова Т.В. Кожно-венерические болезни. – М.: Медицина, 1988.
8. Скрипкин Ю.К. Кожно-венерические болезни. – М.: Медицина, 2001.
9. Штейнлухт Л.А., Зверкова Ф.А. Болезни кожи детского и грудного возраста. – Л.: Медицина, 1973. – С.76–78.
10. George W.N. Norwegian scabies // Arch. Derm. – 1958. – Vol.78. – P.3.
11. Palichka P. // Csecr. Epidem. – 1979. – V.28. – №2. – P.108–115.