

## Чесотка и микозы при сочетанной патологии

А.П. Малярчук, Т.В. Соколова, Т.А. Малярчук

МИУВ ФГБОУ ВПО МГУПП, Москва

## The combination of scabies and fungal infections of the skin

A.P. Malyarchuk, T.V. Sokolova, T.A. Malyarchuk

Medical institute of postgraduate education

Moscow state university of food production

### Аннотация

При обследовании 398 больных в 4 стационарах психиатрического профиля Московской области выявлены особенности течения чесотки и поверхностных микозов кожи. Заболеваемость данными дерматозами составила 141‰ и 168,4‰ соответственно. Клинические проявления обоих заболеваний маскировались медикаментозной токсикодермией на психотропные препараты. Выявлены особенности путей передачи чесотки среди данного контингента больных. Показана диагностическая значимость дерматоскопии и высокая эффективность терапии медифоксом при чесотке.

### Ключевые слова

Психиатрические стационары, чесотка, поверхностные микозы кожи, заболеваемость, особенности клиники, дерматоскопия.

Чесотка – распространенное паразитарное заболевание кожи, поражающее все контингенты населения, независимо от социально-экономического статуса [1, 2, 3, 4]. Интенсивный показатель заболеваемости в России составляет 86 (2010)–65(2009) на 100 тыс. населения [5].

Эпидемиология чесотки обусловлена облигатно антропонозным (заражение только от человека) характером заболевания, постоянным типом паразитизма возбудителя и преобладанием прямого пути передачи инвазии. В соответствии с группировками людей в обществе, наличием контактов, обеспечивающих передачу возбудителя, что напрямую связано с образом их жизни, могут возникать семей-

### Summary

The features of scabies and superficial fungal infections of the skin were identified during a study of 398 patients in 4 psychiatric hospitals in Moscow region. Morbidity rate of these dermatoses were 141‰ and 168,4‰ respectively. Clinical manifestations of both diseases masked with toxidermia by the psychotropic drugs. The features of modes of transmission of scabies were identified among this group of patients. In scabies were shown the diagnostic value of dermoscopy and high efficiency of treatment with “Medifoks”.

### Keywords

Psychiatric hospitals, scabies, superficial fungal infections of the skin, morbidity rate, clinical features, dermoscopy.

ные очаги чесотки и очаги в коллективах различной структуры. Семейный очаг является ведущим в эпидемиологии заболевания, т.к. именно здесь люди наиболее близко контактируют друг с другом в том числе и в постели в ночное время, т.е. в период максимальной активности возбудителя (прямой путь передачи инфекции) [6].

Кроме того, подобные условия передачи возбудителя могут иметь место и в социально значимых коллективах. К ним относятся группы людей, объединенные общими спальнями в домах ребенка, домах-интернатах для граждан пожилого возраста и инвалидов, детских домах и интернатах, стационарах различного профи-

ля, казармах, общежитиях и т.п. [6, 7, 8, 9, 10]. Заболеваемость чесоткой в таких коллективах нередко принимает характер микроэпидемий. В Свердловской области в 2003-2008 гг. было официально зарегистрировано 14 эпидемических локальных вспышек чесотки в социально значимых коллективах. Число лиц с высыпаниями на коже, клинически соответствующими диагнозу «чесотка» достигало 70-100% (100-350 человек) от общей численности коллектива. Зарегистрированы случаи заболевания младшего медицинского персонала [11]. Многочисленные локальные микроэпидемии по данным литературы возникают преимущественно вокруг больных норвежской чесоткой [6, 8, 9]. Однако имеются сообщения об их появлении в очагах при наличии множества больных, суммарный паразитарный индекс которых (число чесоточных ходов) достаточен для реализации непрямого пути заражения. Например, в одном из домов ребенка чесотка была выявлена у 20% обследованных детей, причем все они лечились с диагнозом атопический дерматит [9]. Использование топических стероидов способствовало устранению зуда и, следовательно, бесконтрольному размножению популяции чесоточных клещей на больном.

В настоящее время чесотка нередко регистрируется на фоне различных соматических заболеваний [11, 12, 13]. Прием медикаментов по поводу основной патологии, особенно антигистаминных, цитостатических препаратов, системных глюкокортикоидов, антидепрессантов, транквилизаторов и т.п. изменяет клиническую картину чесотки. Ослабление зуда, приводит к нерегулируемому размножению популяции клещей. С другой стороны, данные лекарственные препараты, оказывая в различной степени выраженности иммунодепрессивный эффект способствуют колонизации организма возбудителями поверхностных микозов. Особенно данная проблема актуальна для возрастной группы старше 50 лет. Так, при целевом обследовании для выявления дерматологической патологии у 75 пожилых людей, постоянно проживающих в доме престарелых, чесотка зарегистрирована в 12% случаев [14]. Интересные данные получены в 2004 году в Японии при анализе заболеваемости чесоткой больных, госпитализированных в специализированные психиатрические клиники. Случаи чесотки с одним и более больными были зарегистрированы в 333 (44,9%) клиниках из 741. В 159 (21,5%) психиатрических больницах наблюдались микроэпиде-

мии чесотки, из них только в 32 (20,1%) случаях причиной послужили больные норвежской чесоткой [15].

Целью настоящего исследования явилось изучение заболеваемости чесоткой и поверхностными микозами кожи пациентов, госпитализированных в психиатрические больницы, а также особенностей течения чесотки у больных с поверхностными микозами кожи.

### Материалы и методы исследования

Для выявления чесотки с июня по сентябрь 2011 года обследованы больные в 4 стационарах психиатрических больниц Московской области. Осмотр проводился методом произвольной выборки. В результате обследовано 398 (14,1%) больных психиатрического профиля, в том числе по каждому учреждению 25,6%; 68,2%; 25,1%; 5,3%. Определяли паразитарные индексы больных чесоткой путем полного подсчета числа чесоточных ходов на больном. Рассчитаны индексы встречаемости и обилия чесоточных ходов. Поверхностные микозы диагностировались клинически.

Обследовано 45 больных чесоткой в возрасте от 37 до 86 лет, в среднем  $65,6 \pm 11,0$ . Женщины преобладали (93,3%). Для лабораторного подтверждения диагноза чесотки применяли метод дерматоскопии, позволяющий верифицировать не только чесоточные ходы, но и клещей в них. Для этой цели использовали USB-микроскоп, подключенный к компьютеру. Клещей извлекали из ходов иглой под контролем лупы и микроскопировали. Для лечения больных чесоткой и профилактического лечения контактных лиц использовали отечественный скабицид (медифокс).

### Результаты и обсуждение

Рассчитан интенсивный показатель заболеваемости чесоткой на 1000 обследованных больных психиатрического профиля (‰). В целом по четырем стационарам он составил 141‰. Этот показатель в обследованных стационарах существенно колебался и составлял 150‰ (130-коечная больница); 116‰ (350-коечная); 211‰ (450-коечная) и 0 ‰ (1750-коечная). Заболеваемость поверхностными микозами кожи в целом по 4 стационарам среди осмотренных пациентов составила 469,8‰ и практически не отличалась в каждом из них – 526‰, 480‰, 438‰, 466‰, соответственно. На заболеваемость чесоткой влияли организационные факторы, проводимые персоналом больницы

(тщательный осмотр пациентов при поступлении в стационар, своевременное лечение больных и профилактическая обработка контактных лиц и т.п.) А поверхностные микозы кожи, протекающие с минимальными клиническими симптомами, и не выявленные при поступлении в стационар, «расцветали» на фоне длительно проводимой медикаментозной терапии психотропными препаратами. С другой стороны, поражение ногтевых пластинок у лиц пожилого возраста встречается достаточно часто и в условиях данных стационаров провести дифференциальный диагноз между онихомикозом и ониходистрофией практически невозможно.

Течение чесотки у больных с психическими заболеваниями имеет специфические особенности. Они обусловлены, в первую очередь, длительным приемом различных психотропных препаратов, которые практически у всех больных вызывают сухость кожных покровов. Прием нескольких медикаментов достаточно часто является причиной медикаментозной токсикодермии (12 больных или 26,7%) и, вызывая иммуносупрессивный эффект, способствует развитию поверхностных микозов кожи (26 больных или 57,8%).

Почти половина (11 или 42,3%) больных чесоткой имела микоз стоп с онихомикозом (рис. 1) или онихогрифозом (рис. 2), более четверти (7 или 26,9%) – микоз без поражения ногтевых пластинок (рис. 3), 5 (19,2%) – изолированный онихомикоз (рис. 4), 4 (15,4%) – микоз крупных складок (рис. 5). Все это маскировало клинические проявления чесотки. В частности, типичные высыпания, свойственные метаморфической части жизненного цикла чесоточного клеща (фолликулярные папулы и везикулы), у данного контингента больных наблюдались редко. Возможно это было обусловлено несколькими причинами: сухостью кожных покровов, аллергическими реакциями на принимаемые психотропные препараты, сенсibilизацией дерматофитами (микоз кожи) и т.п.

Типичная чесотка зарегистрирована у 32 (71,1%) больных (рис. 6), в том числе осложненная – у 6 (18,8%) (рис. 7), чесотка без ходов – у 13 (28,9%). Прием психотропных препаратов снижал интенсивность зуда. Более половины (26 или 57,8%) больных его не ощущали. Объективным подтверждением данного факта являлось отсутствие расчесов и кровянистых корочек на теле. Более трети (17 или 37,8%) больных жаловались на слабый зуд. Только 2 (4,4%) больных отметили умеренный зуд.

Полный подсчет чесоточных ходов у 32 больных типичной чесоткой показал, что их число сильно варьировало – от 1 до 40. Более трети (37,5%) пациентов имели не менее 10 чесоточных ходов. Среднее число чесоточных ходов на одном больном составляло  $10,5 \pm 10,1$ . Рассчитаны индексы их встречаемости и обилия на больном: на кистях они составляли 90,6% и 6,4; на запястьях – 68,8% и 1,2; на туловище – 28,1% и 0,5, на стопах – 87,5% и 2,5 соответственно. Таким образом, на фоне психических заболеваний чесотка протекает с множественными чесоточными ходами (рис. 8). Они чаще встречаются на кистях, запястьях и стопах. Наличие сопутствующего микоза стоп затрудняло выявление ходов. Однако использование дерматоскопии позволяло проводить диагностику с большей эффективностью (рис. 9).

Проведен анализ встречаемости клинических вариантов чесоточных ходов. У всех больных в сумме выявлено 337 чесоточных ходов. Более половины из них (58,8%) составили полуразрушенные ходы (рис. 10), чаще в виде трещин, что обусловлено выраженной сухостью кожных покровов. Исходный тип чесоточного хода встречался в четверти (24,6%) выборки (рис. 11). Ходы в виде лентикулярных папул (скабиозная лимфопазия кожи) составляли только 9,5% выборки и у большинства больных локализовались на ягодицах и/или в области седалищных бугров (рис. 12). Ходы с приуроченными к ним экссудативными морфологическими элементами составили всего 7,1%.

Анализ локализации чесоточных ходов у больных психиатрического профиля позволил сделать важный эпидемиологический вывод. Высокие индексы встречаемости и обилия чесоточных ходов на стопах свидетельствуют о возможности заражения больных в душевых кабинах. Как известно, этот путь является ведущим и в эпидемиологии микозов стоп. Мытье больных, особенно в вечернее время, способствовало удалению самок и личинок чесоточных клещей, мигрирующих по коже, и попаданию их в смывные воды и на пол. Не исключено, что в результате этого клещи могли внедряться в кожу стоп. Подтверждением данного предположения являлся факт обнаружения у двух пациенток чесоточных ходов только на подошвах при отсутствии других клинических проявлений чесотки (рис. 13). Важным моментом профилакти-



**Рис. 1.** Онихомикоз стоп у пациента психиатрического стационара



**Рис. 2.** Онихомикоз стоп с онихогрифозом у пациентки психиатрического стационара



**Рис. 3.** Микоз без поражения ногтевых пластинок у пациента психиатрического стационара



**Рис. 4.** Изолированный онихомикоз у пациента психиатрического стационара



**Рис. 5.** Микоз крупных складок у пациента психиатрического стационара



**Рис. 6.** Клинические проявления типичной чесотки у пациента психиатрического стационара (область запястья)



Рис. 7. Множественные чесоточные ходы и очаги пиодермии на стопе при осложненной чесотке у пациента психиатрического стационара



Рис. 8. Множественные чесоточные ходы на ладони у пациентки психиатрического стационара



Рис. 9. Мало заметные чесоточные ходы на стопе (А), хорошо визуализирующиеся при дерматоскопии (Б) (увеличение x10) у пациентки психиатрического стационара



Рис. 10. Инволютивный чесоточный ход на кисти у пациентки психиатрического стационара

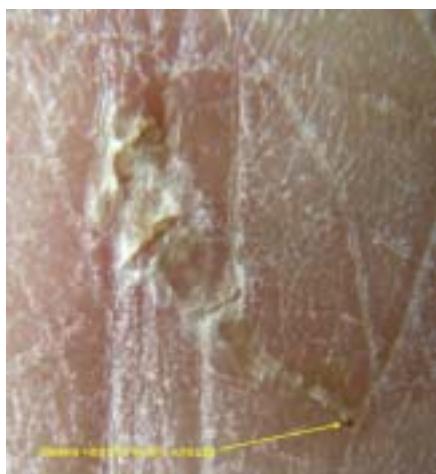


Рис. 11. Исходный тип чесоточного хода на кисти у пациентки психиатрического стационара (выраженная сухость кожи)



Рис. 12. Скабиозная лимфоплазия с локализацией в области ягодиц у пациента психиатрического стационара



**Рис. 13.** Чесоточный ход на подошве как единственное проявление чесотки у пациентки психиатрического стационара



**Рис. 14.** Проведение занятий с персоналом психиатрического стационара

ки заражения чесоткой и микозами в душевых кабинах психиатрических стационаров является выполнение ряда правил. Это соблюдение последовательности мытья больных – пациенты из «надзорных» палат должны мыться последними. При наличии высыпаний на кистях и стопах их следует обработать мифоксом за 2 часа до посещения душевой, а пустулы тушировать 5% раствором перманганата калия (рис. 14).

Подводя итог выше сказанному, можно заключить, что профессионализм врача и знание клинических проявлений заболевания позволяет своевременно выявить чесотку даже в случаях возникновения ее на фоне микозов. Повышенная сухость кожных покровов стоп не является фактором, затрудняющим внедрение возбудителя. Однако она способствует их быстрому разрушению, что следует учитывать при осмотре пациента.

## Литература

- Соколова Т.В., Лопатина Ю.В. Крысиный клещ и вызываемый им дерматит (лекция). Российский журнал кожных и венерических болезней. 2003; 5: 48-58.
- Гладько В.В., Соколова Т.В., Рязанцев И.В. Организация медицинской помощи военнослужащим, больным чесоткой в ВМУ МО РФ. Методические рекомендации. М.; 2004.
- Heukelbach J., Wilcke T., Winter B. et al. Efficacy of ivermectin in a patient population concomitantly infected with intestinal helminths and ectoparasites. *Arzneim.-Forsch.* 2004; 54: 416-21.
- Roberts L.J., Huffam S.E., Walton S.F. et al. Crusted scabies: clinical and immunological findings in seventy-eight patients and a review of the literature. *J. Infect.* 2005; 50: 375-81
- Заболеваемость, ресурсы и деятельность дермато-венерологических учреждений (2009 - 2010 гг.). Статистические материалы. М.; 2011.
- Соколова Т. В. Чесотка и крысиный клещевой дерматит. Новое в этиологии, эпидемиологии, клинике, диагностике и лечении. Дис. докт. мед. наук в форме науч. доклада. М.; 1992.
- Гладько В.В., Соколова Т.В., Рязанцев И.В. Организация медицинской помощи военнослужащим, больным чесоткой в ВМУ МО РФ. Методические рекомендации. М.; 2004.
- Малярчук А.П. Оптимизация диагностики, лечения и профилактики чесотки. Автореферат дис. ... канд. мед. наук. М.; 2010.
- Киселева А.В., Павликов А.В., Кузнецова Т.А. Дерматозы, сопровождающиеся кожным зудом, у детей - воспитанников дома ребенка. *Педиатрия.* 2010; 1(1): 41.
- Makigami K., Ohtaki N., Ishii N., Yasumura S. Risk factors of scabies in psychiatric and long-term care hospitals: a nationwide mail-in survey in Japan. *J. Dermatol.* 2009; 9:491-98.
- Павлова К.С. Зудящие дерматозы: подходы к диагностике и терапии. *Consilium medicum.* Педиатрия. 2010; 2: 60-4.

12. Соколова Т.В. Чесотка. Современное состояние проблемы. *Герiatrics*. 2008; 4: 19-25.
13. Кунгуров Н.В., Сырнева Т.А., Корюкина Е.Б. Атипичные и редкие формы чесотки. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2009; 1: 75-80.

14. Dinato S.L., de Oliva R., E Dinato M.M. et al. Prevalence of dermatoses in residents of institutions for the elderly. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2008; 54(6): 543-47.

15. Makigami K., Ohtaki N., Ishii N., Yasumura S. Risk factors of scabies in psychiatric and long-term care hospitals: a nationwide mail-in survey in Japan. *J. Dermatol.* 2009; 9: 491-98.

#### Сведения об авторах:

**Малярчук А.П.** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии медицинского института усовершенствования врачей ФГБОУ ВПО «МГУПП», Москва, 2236779@mail.ru, 89162236779

**Соколова Т.В.** – доктор медицинских наук, профессор кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии медицинского института усовершенствования врачей ФГБОУ ВПО «МГУПП», Москва, stv\_morf2005@mail.ru, моб. тел. +79163486848

**Малярчук Т.А.** – клинический ординатор кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии медицинского института усовершенствования врачей ФГБОУ ВПО «МГУПП», Москва

Поступила 11.07.2012 г.