

ЧЕСОТКА КАК СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМАЯ ПРОБЛЕМА

Филипенко-Каханчук Е. А., Валид А. М.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Чесотка является самым распространенным паразитарным заболеванием кожи. Диагностические ошибки как следствие недостаточного уровня лабораторной диагностики, нежелание, в ряде случаев, проводить противоэпидемические мероприятия в очагах чесотки приводят к тому, что врачи прибегают к разного рода ухищрениям — указывают диагноз «крапивница», «укусы насекомых», «аллергический дерматит», проводя терапию противочесоточными препаратами.

Причинами высокого уровня заболеваемости чесоткой в настоящее время являются такие социальные явления, как несоблюдение личной гигиены определенной частью лиц, раннее начало половой жизни, миграция населения, ухудшение материального уровня жизни и другие. Социальные факторы отягощают такие особенности паразитарного процесса, как контагиозность инкубационного периода, более частая встречаемость атипичных форм заболевания.

Этиология

Чесотка (или исходя из видового названия возбудителя — *Scabies*) обусловлена чесоточным клещом *Sarcoptes scabiei*. Аналогичное заболевание в ветеринарии называют саркоптозом — по родовому названию возбудителя. Патологический процесс, возникающий у человека при попадании чесоточных клещей от животных, по аналогии называется псевдосаркоптозом.

Чесоточный клещ относится к облигатным (постоянным) паразитам, характерной чертой которых является передача только от человека человеку. Тип паразитизма определяет особенности клиники, этиологии и эпидемиологии заболевания, тактики, диагностики и лечения. Клещи большую часть жизни проводят в коже хозяина (самки) и лишь во время короткого периода расселения ведут эктопаразитический образ жизни (самцы) на поверхности кожи. *S. scabiei* паразитирует в поверхностных слоях кожи, но при осложненном течении может поражать и более глубокие слои.

Жизненный цикл чесоточного зудня представлен двумя стадиями: репродуктивной и метаморфической.

Репродуктивная стадия клеща предполагает следующие события: яйца, имеющие овальную форму, откладываются самкой в чесоточном ходе, где затем вылупляются личинки. В отличие от других насекомых личинки чесоточного клеща уже в яйце начинают активно двигаться, постепенно сбрасывая с себя яичную оболочку. При попадании на кожу они внедряются в волосяные фолликулы, формируя фолликулярные папулы.

Метаморфическая стадия определяется появлением личинки, которая через ход проникает в кожные покровы и после линьки превращается в протонимфу, затем — в телеонимфу, которая, в свою очередь, превращается во взрослую особь, локализирующуюся в папулах и везикулах на коже больного. Следующие 2 недели развивается атипичная чесотка (чесотка без ходов), поскольку развитие личинки до половозрелой самки, способной прокладывать ходы, занимает 2 недели. Сам чесоточный ход может сохраняться до полутора месяцев и служить источником заражения.

Эпидемиология

Длительность жизни чесоточного зудня при комнатной температуре 22 °С и 35 %-ной влажности составляет около 4 дней. При температуре 60 °С клещи погибают в течение

часа, а при температуре ниже 0 °С — практически мгновенно. Инвазионными стадиями развития чесоточного клеща являются только молодые самки и личинки. Средние сроки выживания самок чесоточного клеща достигает 3 суток, а личинок — 2. Именно в этих стадиях зудень может переходить с хозяина на другого человека и некоторое время существовать во внешней среде. Причем дымовая пыль, деревянные поверхности, а также натуральные ткани являются наиболее благоприятными средами обитания *S. scabiei* вне хозяина. Следует отметить, что пары сернистого ангидрида убивают чесоточного клеща за 2–3 мин. Яйца клещей более устойчивы к различным акарицидным средствам.

Заболеваемость чесоткой растет в осенне-зимний период, что, в первую очередь, обусловлено резким увеличением плодовитости клеща. Это подтверждается тем, что удельное обилие молодых самок, не откладывавших в чесоточных ходах яйца, в осенние месяцы падает до нуля. Заражение в 95 % случаев происходит при передаче клеща от больного человека (причем в половине случаев — при половом контакте) или опосредованно (через предметы, которыми пользовался больной). Невысокая частота случаев непрямого пути заражения объясняется слабой жизнестойкостью клеща во внешней среде, поскольку возбудитель чаще всего передается при общем пользовании игрушками, мочалками, постельными и письменными принадлежностями. Заражение также нередко происходит в душевых, банях, гостиницах, поездах и других общественных местах при условии нарушения санитарного режима.

Клиника

Характерным, но не обязательным, клиническим симптомом при чесотке являются кожный зуд, усиливающийся в вечернее время. На коже формируется эритематозная папуловезикулезная сыпь, при расчесывании присоединяются гнойничковые элементы и образуются корки с формированием полиморфных высыпаний. Патогномичным признаком является наличие чесоточных ходов (линии белесовато-серого цвета, размерами от 1 мм до 1 см). Чесоточные ходы становятся видимыми через несколько дней при формировании перитоннельной реакции организма хозяина. Чаще, чесоточные ходы можно обнаружить в межпальцевых промежутках, на внутренней стороне запястий и на коже пениса. Иногда чесоточные ходы обнаружить не удается (чесотка без ходов).

Первичная сыпь представлена мелкими эритематозными папулами, которые могут быть рассеянными или множественными, сливными. Со временем папулы могут преобразовываться в везикулярную (пузырьки), редко буллезную (пемфигоидная) сыпь. Выраженность сыпи не коррелирует с количеством паразитов, а обусловлена аллергической реакцией на продукты их жизнедеятельности.

Сыпь распределяется чаще всего (в порядке убывания) в межпальцевых промежутках кистей, на сгибательной стороне запястий, у мужчин быстро переходит с кистей на пенис и мошонку. Затем поражаются локти, стопы, подмышки, зоны под грудью у женщин, пупочная область, линия пояса, ягодицы. В итоге задействоваться может все тело, кроме лица и волосистой части головы (хотя у детей до 3 лет поражаются и эти области).

Наличие зуда, первичной сыпи и чесоточных ходов является основным клиническим симптомокомплексом типичной формы чесотки.

Папулы и везикулы часто развиваются во вторичные чесоточные элементы: экскориации (расчесы), экзематозные элементы, вторичные гнойничковые высыпания и корки. Первичные и вторичные элементы при этом сосуществуют на одном больном.

Расчесы нередко приводят к выраженному бактериальному инфицированию первичных элементов с развитием пиодермии. Иногда пиодермия при чесотке сопровождается возникновением фурункулов, эктимы и абсцессов, сопровождающихся лимфаденитом и лимфангитом. У ряда больных развивается микробная экзема или аллергический дерматит, которые наряду с пиодермией, в отечественной дерматологии относят к осложненным формам чесотки. Осложнения чесотки в виде дерматита и пиодермии возникают примерно у 50 %

Диагностика

Клиническими критериями постановки диагноза чесотки является наличие чесоточных ходов, папул, везикул. Встречаются стертые формы чесотки, которые приводят к ошибочной диагностике и часто расцениваются как аллергодерматоз.

Клиническая картина чесотки может быть представлена эрозиями, геморрагическими корками, эскориациями, очагами эритематозно-инфильтративного характера. При осложнении чесотки возникают явления вторичной пиодермии в виде импетигиозных элементов. У лиц пожилого возраста клиническая картина заболевания представлена кровянистыми корочками и расчесами при отсутствии везикул и наличии единичных чесоточных ходов. Осложнением заболевания является образование постскабиозной лимфоплазии как реактивной гиперплазии лимфоидной ткани.

Выделяют отдельные формы чесотки: узелковую (постскабиозная лимфоплазия кожи), детскую, норвежскую, псевдочесотку [6]. Диагноз чесотки устанавливается на основании клинических проявлений, эпидемиологических данных и результатов лабораторных исследований.

Известны методы извлечения клеща иглой, тонких срезов, послойного соскоба, щелочного препарирования кожи. Экспресс-диагностика чесотки проводится с применением 40 %-ного водного раствора молочной кислоты. Реже диагноз ставится на основании положительного эффекта при лечении *ex juvantibus* одним из акарицидных препаратов.

Лечение

Успешное лечение чесотки предполагает комплексный подход к данной проблеме, как к высококонтагиозному инфекционному процессу. Данный алгоритм направлен не только на лечение пациента, но также на параллельное выявление зараженных лиц в окружении пациента и на профилактику развития данного дерматоза среди контактных лиц, еще не контаминированных чесоточным зуднем.

В основе сбалансированного подхода лежит разработка общих принципов лечения больных чесоткой.

Общие принципы лечения больных чесоткой:

- Лечение больных, выявленных в одном очаге, должно проводиться одновременно во избежание реинвазии.
- Втирание противочесоточных препаратов у детей до 3 лет проводится в весь кожный покров, у остальных больных исключение составляют лицо и волосистая часть головы.
- Втирание противочесоточных препаратов осуществляется только руками — для лучшего поступления скабицида в ходы.
- Лечение проводится в вечернее время, что связано с суточным ритмом активности возбудителя.
- Лечение осложнений проводится одновременно с лечением чесотки.
- Необходимо обязательно провести профилактическое лечение контактных лиц во избежание инфекции. Оно состоит в однократной обработке любым противочесоточным препаратом.
- Мытье больного рекомендуется проводить перед началом и по окончании курса лечения. При необходимости препарат можно смывать каждое утро, при этом его экспозиция на коже должна быть не менее 12 часов, включая ночной период.
- Смена нательного и постельного белья проводится по окончании курса терапии.
- Постскабиозный зуд после полноценной терапии не является показанием для дополнительного курса специфической терапии.
- Персистирующая скабиозная лимфоплазия кожи не требует дополнительной специфической терапии.

Для лечения чесотки в настоящее время используется достаточно большое количество лекарственных препаратов и терапевтических схем.

Бензилбензоат, эмульсия (10 % — для детей, 20 % — для взрослых) Эмульсию взбалтывают и втирают руками во весь кожный покров, за исключением волосистой части головы, лица и шеи. После завершения обработки постельное и нательное белье меняется. После каждого мытья руки заново обрабатываются. На четвертый день пациент моется и еще раз меняет белье.

Для лечения детей до 3 лет используется 10%-й раствор, который готовят путем разбавления 20 %-ной суспензии таким же количеством воды. Препарат слегка втирается в кожу волосистой части головы и лица, с осторожностью, во избежание попадания состава в глаза.

При осложненных или распространенных формах чесотки, когда в процессе лечения появляются новые элементы на коже, а пациент жалуется на продолжающийся зуд в вечернее и ночное время, целесообразно удлинять курс терапии до 3 суток или назначать повторный 2-дневный курс терапии через 3 дня после завершения первого.

Бензилбензоат, входящий в состав водно-мыльной суспензии, обладает как противоскабиозным, так и анестезирующим действием. При неблагоприятной эпидемической обстановке его применение наиболее целесообразно. К числу недостатков следует отнести местное раздражающее действие препарата, что может вызывать субъективные ощущения и болезненность при нанесении состава на кожные покровы.

В настоящее время мази, содержащие серу или деготь (мазь Вилькинсона, 20–30 % серная мазь), втирают в течение 10 минут в кожные покровы, за исключением лица и волосистой части головы. Втирание производят 5 дней подряд, лучше на ночь. Через день по окончании курса терапии больной моется с мылом, меняя нательное и постельное белье, верхнюю одежду. При наличии вторичной пиодермии, в первую очередь, необходимо купировать эти явления антибиотиками или антибактериальными мазями. При выраженной экзематизации, сопровождающей паразитарный процесс, назначают антигистаминные и кортикостероидные препараты местного действия.

Раствор эсдепаллетрина и пиперонила бутоксида наносят на кожные покровы от шейной области до подошв (сначала на кожу туловища, затем — конечности) в вечерние часы. Аэрозоль позволяет наносить раствор на всю поверхность кожи и обеспечивает проникновение действующих веществ в чесоточные ходы. Через 12 часов препарат тщательно смывают. При необходимости возможно повторное использование противоскабиозного средства через 10–12 дней после первичной обработки. Эффективность данного средства составляет 80–91 %, причем даже в случае излечения зуд и другие симптомы могут сохраняться еще 8–10 дней. Препарат применяется во всех возрастных группах и не имеет противопоказаний. Перед его использованием необходимо вылечить явления вторичного инфицирования (импетиго) или экзематизации.

Профилактика чесотки предусматривает активное выявление источников заражения и лиц, контактировавших с больным, установление степени контакта (прямой/непрямой), выявление очагов чесотки и работа по их ликвидации, профилактическое лечение лиц, бывших в тесном контакте с больными чесоткой, диспансерное наблюдение за больными; текущая дезинфекция в очаге инфекции.

Санитарная обработка вещей, одежды и помещений повышает эффективность терапии акарицидными средствами, поскольку предупреждает возможные рецидивы заболевания.

Контроль излеченности проводится через 6 дней после окончания лечения, затем на протяжении 21 дня.

Таким образом, несмотря на очевидные успехи лечения дерматологических заболеваний, проблема чесотки сохраняет свою высокую актуальность. Разработанные меры лечения и профилактики чесотки являются весьма эффективными, но не позволяют дерматологам окончательно снять проблему заболеваемости *Scabies*. В связи с этим, следует продолжать работать в направлении, ведущем к исключению чесотки из числа социально значимых дерматозов (таблица 1).

Таблица 1 — Заболеваемость чесоткой по г. Гомелю и Гомельской области

Показатели	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Всего случаев	127	603	725	358	709	361	812	643
На 100 тыс. населения	63,5	84,5	86,0	72,75	143	72,4	56,4	44,7
Активно, (%)	62,9	56,4	56,9	29,3	56,56	37,67	70,8	68,3

Из таблицы 1 видим, что заболеваемость чесоткой имеет циклическое течение, и активность выявления повысилась.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов, О. Л. Кожные и венерические болезни: справочник / О. Л. Иванов. — М.: Медицина, 1997. — С. 237–240.
2. Скрипкин, Ю. К. Кожные и венерические болезни: рук-во. — М.: Медицина, 1995. — С. 456–483.
3. Фицпатрик Т, Джонсон Р, Вулф М, Сюрмонд Д. Дерматология. Атлас-справочник. М.: Практика, 1999, с. 850–856.
4. Соколова, Т. В. // Рос. журнал кожных и венерических болезней. — 2001. — № 1. — С. 27–39.
5. Медицинские новости. — 2008. — № 15. — С. 7–11.

УДК 616.155.1-076.3:616.345-006.6

СКОРОСТЬ ОСЕДАНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ — МАРКЕР ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО РОСТА В ТОЛСТОЙ КИШКЕ?

Филиппенко Н. В., Михайлова Е. И.

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Актуальность злокачественной опухолевой патологии толстой кишки обусловлена не только высоким и постоянно растущим уровнем заболеваемости, поражающим трудоспособную часть общества и приносящую огромный материальный ущерб, но и непрогнозируемым прогрессирующим течением, сложностью диагностики и выбора направления терапии [1–4]. При этом в условиях неадекватного лечения повышается риск развития осложнений, наступает инвалидизация пациентов трудоспособного возраста и возрастает летальность [5]. Раннее выявление колоректального рака (КРР) уменьшает количество осложненных и запущенных форм заболевания, сокращает расходы на лечение, увеличивает продолжительность и качество жизни пациентов [6–8]. Используемые для диагностики КРР рентгенологические и эндоскопические методы (ирригоскопия с двойным контрастированием и колоноскопия) обременительны для пациента и обладают достаточно высокой стоимостью. Поэтому одним из основных направлений в исследовании этой патологии является создание новых неинвазивных тестов, в том числе с использованием фекальных маркеров. В качестве такого теста практические врачи издавна используют скорость оседания эритроцитов.

Цель исследования

Изучение диагностических возможностей скорости оседания эритроцитов (СОЭ) в неинвазивной диагностике КРР.

Материал и методы исследования

В исследуемую группу вошли 48 больных КРР, в группу сравнения — 46 пациентов с синдромом раздраженного кишечника (СРК) и в группу контроля — 25 здоровых добровольцев (ЗД).

Диагностика КРР и синдрома раздраженного кишечника проводилась с помощью стандартных клинических, лабораторных и инструментальных методов с обязательным проведением колоноскопии с взятием биопсии. Здоровые добровольцы не имели симптомов заболевания кишечника и не подвергались абдоминальным хирургическим вмешательствам.