

Чесотка

Большая медицинская энциклопедия

ЧЕСОТКА (scabies) - заразное паразитарное заболевание кожи, вызываемое антропофильным чесоточным клещом.

Этиология чесотки.

Возбудителем чесотки является антропофильный эктопаразит - чесоточный клещ, или зудень, относящийся к типу членистоногих, классу паукообразных, отряду акариформных (*Acaus siro* L., син. *Sarcoptes scabiei* varietas hominis; *Sarcoptes hominis*). Возбудитель чесотки питается роговыми чешуйками эпидермиса. Оплодотворение самки происходит на поверхности кожи человека, самец после этого погибает. Самка присосками передних лапок прикрепляется к коже, движениями челюстей буравит роговой слой эпидермиса, проделывая вначале вертикальные, колодцеобразные, едва заметные отверстия, затем параллельно поверхности кожи роет S-образные чесоточные ходы, длина которых до 1-3 см и крайне редко больше. В эпидермис она внедряется в течение 15-30 мин. Самка располагается обычно в головном (слепом) конце чесоточного хода, за сутки продвигается на 1 мм и, периодически останавливаясь, роет отверстия в «крыше» чесоточных ходов, через которые поступает воздух, необходимый для жизнедеятельности паразита. За 6-8 нед. жизни она откладывает до 50 яиц, из них через 3-7 дней после кладки появляются личинки, которые становятся половозрелыми после 3 линек. Весь цикл совершается примерно за 10-14 дней. В период функциональной активности самка выделяет особое легко впитываемое кожей вещество, которое способствует разрыхлению рогового слоя эпидермиса и, раздражая нервные окончания, вызывает зуд.



[Чесотка](#)

Извлеченные из кожи человека клещи при благоприятных условиях, напр. при $t=15^{\circ}$, живут от 5 до 15 суток; при температуре ниже 0° они гибнут в течение нескольких минут. Проглаживание белья горячим утюгом, кипячение приводят к быстрой гибели клещей, личинок и яиц. Выраженным акарицидным действием обладают карболовая кислота, криолин, ксилол, сернистый ангидрид, некоторые эфирные масла и др.

Эпидемиология чесотки.

Заражение происходит при прямом контакте с больным чесоткой или через принадлежащие ему предметы и вещи, особенно одежду и постельные принадлежности. При несоблюдении надлежащих мер санитарии и гигиены возможно заражение в банях, вагонах, каютах и др. Дети могут заражаться чесоткой через игрушки, спортивный инвентарь, письменные принадлежности. Наибольшее распространение чесотка приобретает в осенне-зимнее время, особенно при

скученности, миграции населения, нарушении норм общественной и личной гигиены (нерегулярное мытье и редкая смена белья и др.), стихийных бедствиях, войнах и др.

Патогистология чесотки.

В роговом слое эпидермиса в чесоточных ходах обнаруживаются клещи, их яйца, экскременты; на участках с тонкой кожей (напр., на половом члене) клещи могут проникать в глубь эпидермиса, достигать клеток мальпигиевого (шиповатого и базального) слоя и вызывать воспалительную реакцию.

Клиническая картина чесотки.

Инкубационный период при чесотке составляет 1-6 нед. чаще 7 -14 дней, однако может быть и короче (напр., при реинфекции).

После внедрения возбудителя в роговой слой эпидермиса возникает зуд, постепенно усиливающийся, особенно в ночное время в связи с наибольшей активностью клеща в этот период суток. Характерными клиническими признаками являются чесоточные ходы - тонкие, извитые, сероватые или беловатой окраски полосы с отдельными черноватыми точками, представляющими мельчайшие отложения грязи, яиц, экскрементов клеща. Один конец чесоточного хода открыт (начало), другой - закрыт (слепой). В слепом конце хода часто выявляется прозрачный или помутневший пузырек, в котором можно обнаружить самку клеща, чесоточные ходы хорошо выражены на участках кожи с нежным роговым слоем (межпальцевые складки и боковые поверхности пальцев рук, сгибательные поверхности лучезапястных суставов, передние подмышечные складки, половой член, у женщин - соски молочных желез).

При типичной форме чесотки наряду с чесоточными ходами имеются папуловезикулезная сыпь, расчесы и кровянистые корочки. Высыпания локализуются преимущественно на коже сгибательных поверхностей верхних конечностей (в основном в области лучезапястных суставов и локтевых сгибов), переднебоковой поверхности живота, бедер, поясницы, ягодиц. Папулы и везикулы величиной 1 - 3 мм в диаметре, воспалительные явления вокруг них отсутствуют. У взрослых больных в отличие от детей обычно на коже лица, волосистой части головы, подмышечных ямок и подошв сыпь отсутствует. Папулы на половом члене при чесотке могут напоминать сифилитические.

Типичная клиническая картина в настоящее время встречается не более чем у 30% больных чесоткой. В большинстве случаев, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, наблюдаются стертые или малосимптомные формы поражения. При частом мытье кожи, особенно при пользовании мылом, содержащим антипаразитарные или антимикробные вещества, зуд незначительный или полностью отсутствует. На коже туловища и конечностей нередко вне участков типичной локализации имеются немногочисленные чесоточные ходы, выраженные нечетко, и лишь примерно у 25% больных отмечаются единичные папуловезикулезные элементы, кровянистые корочки и расчесы. При стертой атипичной форме чесотки чесоточные ходы нередко могут отсутствовать; в основном наблюдаются единичные папулы, у детей - единичные пузырьки.

Достаточно часто чесотка осложняется пиодермией. При этом единичные или множественные фолликулиты локализуются преимущественно на коже боковых поверхностей пальцев, межпальцевых складок, ладоней и тыльных поверхностей кистей. Иногда возникают фурункулы, эктимы и абсцессы, сопровождающиеся лимфаденитом и

лимфангиитом. Тяжело протекающие формы пиодермии у больных чесоткой сопровождаются умеренным лейкоцитозом, эозинофилией, ускоренной СОЭ и умеренной альбуминурией.

У 6-7% больных после длительной противочесоточной терапии наблюдаются постскабиозные узелки в виде [папул](#) синюшно-розоватого цвета диаметром до 5 мм, локализующиеся в основном на закрытых участках кожи (подмышечные ямки, живот, ягодицы) и сопровождающиеся сильным зудом. У нечистоплотных, длительно не лечившихся больных чесоточные высыпания могут экзематизироваться.

У детей, особенно грудных, может поражаться любой участок кожи, в т. ч. лица, ладоней, подошв, волосистой части головы. Наряду с папуловезикулами и чесоточными ходами имеется [везикулоуртикарная](#) сыпь, развивается мокнутие, возникают [паронихии](#) и онихии. У детей в первые 6 мес. жизни клиническая картина чесотки часто напоминает [крапивницу](#) и характеризуется большим количеством расчесанных и покрытых в центре кровянистой корочкой волдырей, локализующихся на коже лица, спины, ягодиц. Позже превалирует мелкая [везикулезная](#) сыпь, иногда пузыри (пемфигоидная форма чесотки). В отдельных случаях чесотки у детей напоминает острую [экзему](#), чесотка у них обычно сопровождается интенсивным зудом не только в местах локализации клещей, но и на отдаленных участках кожи. В связи с этим нередко отмечаются нарушение сна, невротические расстройства, чаще наблюдаются осложнения в виде [аллергического дерматита](#), пиодермии типа [импетиго](#). Могут возникать лимфадениты и лимфангииты, наблюдаются лейкоцитоз и лимфоцитоз, эозинофилия, ускорение СОЭ, альбуминурия. У грудных детей может развиваться сепсис. В наст. время участились случаи чесотки у детей с атипичными, стертыми формами (без чесоточных ходов, сыпи и зуда).

Редкой разновидностью является норвежская чесотка, впервые описанная в 1847 г. Беком и Даниэльсеном (С. W. Boeck, D. C. Danielssen) у больных лепрой в Норвегии. В последующем эту форму чесотки наблюдали при болезни Дауна, у больных, длительно лечившихся кортикостероидными и цитостатическими препаратами. Норвежская чесотка характеризуется более тяжелым течением и своеобразной клинической картиной. Вся кожа, включая волосистую часть головы, покрыта наподобие панциря массивными чешуйками и корками желто-грязного или буроватого цвета, толщиной от нескольких миллиметров до 2-3 см. Между слоями корок и под ними имеются большие скопления клещей, находящихся в различных стадиях развития; чесоточные ходы образуют как бы несколько этажей (6-8). При отторжении с трудом снимающихся корок обнажается влажная гиперемированная поверхность с массой клещей, имеющих виддвигающихся беловатых точек. Несмотря на выраженность и распространенный характер заболевания, зуд больных не беспокоит. Норвежская чесотка обычно имеет хроническое течение и без лечения длится годами, часто осложняется пиодермией.

Диагноз чесотки

Диагноз чесотки устанавливают на основании клинической картины, подтвержденной эпидемиологическими и лабораторными данными. В сомнительных случаях копьевидной иглой вскрывают под контролем лупы слепой конец чесоточного хода на месте пузырька, материал переносят на предметное стекло в каплю 30% едкой щелочи и исследуют под микроскопом. Вначале извлеченный клещ неподвижен, затем движения его усиливаются, особенно при легком подогревании. Другой способ исследования заключается в том, что бритвой срезают крышку пузырька чесоточного хода и содержимое его после обработки едкой щелочью исследуют под микроскопом, при этом обычно обнаруживаются клещи, яйца и экскременты. Можно также ложечкой Фолькманна, бритвой или скальпелем произвести соскоб с предполагаемого очага поражения, не затрагивая сосочковый слой дермы. Содержимое переносят на предметное стекло в каплю

глицерина или 20% щелочи и через 10 мин. исследуют под микроскопом. Используется также метод щелочного препарирования кожи, который заключается в нанесении 10% раствора щелочи на очаги поражения; через две минуты скальпелем соскабливают мацерированный эпидермис, полученный соскоб переносят на предметное стекло и исследуют под микроскопом.

Дифференциальную диагностику чесотки проводят с [дисгидрозом](#)), иногда с [диффузным нейродермитом](#), детской [почесухой](#). Диагноз затруднен при чесотке, осложненной [пиодермией](#). Если не удастся поставить диагноз, а лечение пиодермии не дает положительного эффекта, проводят также противочесоточное лечение. Г. И. Мещерский большое значение придавал симптому, или признаку, Арди, облегчающему диагностику чесотки, осложненной пиодермией. Этот признак характеризуется наличием в области локтевых суставов (одного или обоих) импетигиозных или экзематозных элементов сыпи, находящихся большей частью в стадии образования корок. Высыпания эти развиваются на местах чесоточных ходов. По данным И. А. Горчакова, признак Арди у больных чесоткой наблюдается в 3 раза чаще, чем чесоточные ходы. И. А. Горчаков подчеркнул диагностическую ценность наличия точечных кровянистых корочек в начале заболевания чесоткой. При экзематизированной чесотке установлению правильного диагноза помогает локализация поражения, отсутствие эффекта при противоэкзематозной терапии, нестерпимый зуд по ночам.

При диагностике чесотки важное значение имеют также систематические осмотры всех членов семьи заболевшего и ухаживающего за больным персонала.

Лечение чесотки

Лечение чесотки лучше проводить в специально оборудованных помещениях (скабиозориях) противоскабицидными средствами, обладающими способностью разрушать чесоточные ходы и убивать клещей и личинки.

При неосложненной чесотке используют **мазь Вилькинсона**, которую втирают в кожу, за исключением волосистой части головы и лица, один раз в сутки в течение 5 - 6 дней. С целью предупреждения [дерматита](#) рекомендуется припудривание кожи смесью талька и крахмала в равных частях. Эта мазь противопоказана в раннем детском возрасте, при заболевании почек и [экземе](#).

В настоящее время наиболее распространен метод лечения бензил-бензоатом и ускоренный метод лечения чесотки по Демьяновичу.

Бензил-бензоат применяют в виде свежеприготовленной 20% водной эмульсии (20 мл бензил-бензоата смешать с 78 мл воды и 2 г зеленого мыла), которую втирают в кожу. Детям до 3 лет назначают 10% суспензию бензил-бензоата; через 3 дня после окончания лечения больной принимает душ, меняет нательное и постельное белье. Использованное белье подвергают дезинфекции (кипячение, стирка и др.).

По методу Демьяновича в течение 10 -15 мин. втирают в кожу всего тела 60% раствор тиосульфата натрия (раствор №1), после высыхания раствора процедуру повторяют. Затем 3-4 раза по 5 мин. втирают в те же участки кожи 6% водный раствор соляной кислоты (раствор № 2), так же соблюдая интервалы для обсыхания (в результате химической реакции между тиосульфатом натрия и раствором соляной кислоты образуется сернистый газ и свободная сера, обладающие способностью убивать клещей). Затем больной одевает чистое белье и через 3 дня моется. При лечении детей применяют 30-40% раствор

тиосульфата натрия и 2-3% раствор соляной кислоты, при этом растворы не втирают а лишь смачивают ими кожу, процедуру повторяют 2-3 раза с 2-3-дневными перерывами.

Для лечения чесотки используют 33% **серную мазь** (детям назначают 10- 15% мазь), которую втирают 2 раза в день, а также **мыло К** и **серное мыло** (по К. А. Дьякову), их втирают 2 раза в день по 15 мин. в течение 4-5 дней. Одеваются только после высыхания мыла, а на 6-й день моются.

Применяют другие средства, содержащие серу, напр. **полисульфидную пасту**, 50% водный **раствор полисульфида кальция**, **жидкость Флеминкса**.

По окончании лечения любым методом за больным устанавливают контрольное наблюдение (больные должны являться на осмотр к врачу через каждые 7 -10 дней в течение месяца).

Профилактика чесотки

Профилактика чесотки заключается в ранней диагностике, своевременном и рациональном лечении, выявлении источников возбудителя и контактов с заболевшими, уничтожении чесоточных клещей на вещах и предметах, бывших в пользовании больного. При выявлении чесотки в семье, коллективах (детские сады, интернаты, общежития и др.) тщательному обследованию подлежат все лица, контактировавшие с больным, включая обслуживающий персонал.

Заболевших изолируют и назначают им лечение. В очагах поражения силами районной СЭС или санитарно-эпидемиологических отделов районных больниц проводится текущая и заключительная дезинфекция и в течение 1, 5 мес. осуществляется комплекс контрольных и противоэпидемических мероприятий. Помимо мер личной гигиены, большое значение в профилактике чесотки имеет соблюдение гигиенических норм в различных учреждениях бытового и коммунального обслуживания населения (парикмахерские, бани и др.), а также широкая пропаганда мероприятий личной и общественной гигиены.

Другие формы чесотки.

Термин «чесотка» применяется также для обозначения заболеваний, которые вызываются зооантропофильными клещами от домашних (кошка, собака, свинья, лошадь, корова, верблюд, овца и др.) и диких (заяц, лиса, волк, крыса) животных. Такие заболевания наблюдаются значительно реже, чем чесотка, вызываемая антропофильным чесоточным клещом. У каждого вида животных паразитирует особый вид чесоточного клеща, вызывающего зудневую, накожниковую, кожеедную и смешанные формы чесотки. При заражении человека зооантропофильными клещами заболевание имеет инкубационный период 10-12 час, характеризуется появлением небольшого количества папул, везикул и корочек на участках кожи, находившихся в соприкосновении с животным, и слабо выраженного зуда. После прекращения контакта с больным животным возможно спонтанное самоизлечение.

Выделяют также зерновую чесотку. Возбудителем её является пузатый клещ. Заболевание характеризуется появлением на коже туловища и шеи высыпаний в виде крупных волдырей с пузырьками и [пустулами](#) на их поверхности, сильным зудом.