



# Особенности клинического течения узелковой чесотки у детей

П.Т. Зоиров, Д.Х. Абдиева, Т.Т. Устобаева

Кафедра дерматовенерологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Изучено клиническое течение узелковой чесотки у 96 детей. Лентикулярные папулы обнаружены у 24 (25%) больных, у мальчиков в 2,4 раза чаще, чем у девочек. С возрастом встречаемость и обилие скабиозной лимфоплазии закономерно уменьшалось. Чесоточные ходы у детей, приуроченные к лентикулярным папулам, являются важным диагностическим признаком.

**Ключевые слова:** узелковая чесотка, лимфоплазия, лентикулярные папулы, чесоточные ходы

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Рост заболеваемости чесоткой во многих странах мира, в том числе и в нашей республике обуславливает изучение особенностей её клинического течения [1-5]. Особенно высока заболеваемость среди детского контингента. Недостаточное знание врачами общелечебной сети особенностей клиники чесотки у детей, приводит к частым диагностическим ошибкам и созданию неблагоприятной эпидемиологической обстановки в очагах поражения [5-7]. Данные современной литературы свидетельствуют о существенных изменениях в клинической картине чесотки. Значительно увеличилась регистрация таких форм чесотки, как чесотка «чистоплотных», или «инкогнито», малосимптомной, норвежской, узелковой [1-8]. Соотношение между узелковой и обычной чесоткой составляет 1:15 [9]. Патогенез узелковых высыпаний полностью не изучен. Многие авторы утверждают, что в патогенезе возникновения узелковой чесотки лежит особая предрасположенность кожи отвечать на раздражитель реактивной гиперплазией лимфоидной ткани в местах наибольшего скопления клеща [2,6,10,11].

Противоположного мнения придерживается автор [12], предполагающий, что причина стойких узелков в реактивной ретикулярной гиперплазии ретикулоцитарной системы дермы.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Изучение клинического течения узелковой чесотки у детей на современном этапе.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Под наблюдением находилось 96 детей с узелковой чесоткой. С учётом биологического возраста больные были разделены на следующие группы: I – до года, II – от года до 3-х лет, III – от 3 до 7 лет, IV – от 7 до 10 лет, V – от 10 до 14 лет. Полное обследование больного проводилось на основании специально разработанной клинико-эпидемиологической карты, которая заполнялась при первичном обращении больного.

Для анализа особенностей паразитирования чесоточного клеща на теле человека применительно к лентикулярным папулам, нами использованы индексы обилия и встречаемости. Диагноз чесотки подтверждали лабораторно: методом полного соскоба с применением 40% молочной кислоты.

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.** Распределение больных по полу и возрасту представлено в таблице 1.

**ТАБЛИЦА 1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПО ПОЛУ И ВОЗРАСТУ**

Возраст больных по группам	Количество	Мальчики		Девочки	
		Вабс. число	%	Вабс. число	%
До года	15 (15,6%)	9	9,3%	6	6,2%
От года до 3 лет	18 (18,7%)	11	11,4%	7	7,2%
От 3-х до 7 лет	19 (19,7%)	12	12,5%	7	7,2%
От 7 до 10 лет	20 (20,8%)	11	11,4%	9	9,3%
От 10 до 14 лет	24 (25%)	13	13,5%	11	11,4%
Всего	96 (100%)	56	58,3%	40	41,6%



Из данных приведённых в таблице 1 следует, что среди наблюдавшихся больных чесоткой болели преимущественно дети в возрасте от 7 до 14 лет, причём мальчики несколько чаще, чем девочки. Все дети в возрасте от 7 до 14 лет (n=44) посещают школу. В возрастных группах до 7 лет зарегистрировано 52 больных, из них 29 (30,2%) неорганизованы, 23 (23,9%) – посещают детские коллективы. При анализе анамнестических данных 2 больных страдали ревматизмом, 2 – простым волосняным лишаем, 2 – экземой. У 28 пациентов была выявлена нормохромная анемия, у 38 – глистная инвазия и у 9 детей имелись кариозные зубы.

Активно выявлено 72 (75%) ребёнка, больных чесоткой, из них как источники заболевания – 61 (63,5%), при медицинском осмотре – 6 (6,2%), специалистами общей лечебной сети – 2 (2,08%). В то же время около половины детей – 46 (47,9%) были приведены родителями на приём по поводу заболевания. В выбранных нами возрастных группах активность выявления составляла: I группа – 100%, II – 66,6%, III – 42,1%, IV – 40%, V – 41,6%, то есть все дети до года выявлены активно, до 3-х лет – только две трети, старше около половины.

Источники заражения установлены у 74 (77,08%) больных, в том числе от братьев и сестёр заражение произошло у 46 (47,9%) пациентов, от родителей – у 14 (14,5%), от соседей – у 6 (6,2%), от родственников и друзей – у 8 (8,3%). У 22 (22,9%) детей источники заражения выявить не удалось. Места заражения установлены в 74 (77,08%) случаях, в том числе инвазировались дома 60 (62,5%), в бане – 6 (6,2%), в гостях – 3 (3,1%), в школе – 3 (3,1%), в детских яслях и садах – 2 (2,08%). Частота случаев заражения в домашних условиях уменьшалась с увеличением возраста ребёнка и составила в I группе – 100%, во II – 96,4%, в III – 88,9%, в IV – 78%, в V – 61,3%.

Давность заболевания у 41 (42,7%) больного была до 2 недель, у 30 (31,2%) – до одного месяца, у 14 (14,5%) – до двух месяцев, у 12 (12,5%) – более двух месяцев. Только около половины больных I; II; III; IV групп (50%; 47,1%; 42,9%; 48,3%, соответственно) выявлены в ранние сроки заболевания (до двух недель), а в V группе – всего около одной трети (28,9%).

У 43 (44,8%) больных были допущены диагностические ошибки. Так, у 29 (30,2%) детей первоначально был диагностирован аллергический дерматит, у 11 (11,4%) – пиодермия, у 2 (2,08%) – крапивница, у 1 (1,04%) – чесотка. При этом педиатры допускали самое большое количество ошибок (в 24 случаях). В связи с этим большинство детей (34 случая) в течение двух недель проводили неспецифическую терапию (десенсибилизирующие средства, антибактериальные и кортикостероидные мази), создавая предпосылки для заболевания окружающих.

Инкубационный период нам удалось установить лишь у 48 (49%) из 96 обследованных детей. В 75% (72 случая) инкубационный период составил две недели, в 26% (25) – от 2-х недель до месяца.

У большинства детей (76%) заболевание началось с зуда. Лишь в 15,6% случаев первыми появлялись высыпания и в 4,1% случаев зуд и высыпания появились одновременно. Только у 1,04% детей начальные симптомы заболевания выяснить не удалось. В целом установлено, что длительность инкубационного периода составляла 2 недели (в 75% случаев), зуд предшествовал началу заболевания – в 79%.

Зуд является основным клиническим симптомом заболевания. В то же время выяснения его интенсивности у детей, так же как и инкубационного периода, представляет определённые трудности. У детей грудного и раннего детского возраста определить степень выраженности зуда можно было в большинстве случаев лишь по поведению ребёнка. Последний фактор не всегда являлся достоверным критерием, так как некоторые родители не уделяли достаточного внимания своим детям и не могли точно указать степень выраженности зуда.

Интенсивность зуда мы условно подразделили на три степени: сильный, умеренный и слабый. К сильному отнесли такой зуд, при котором, со слов родителей, а в более старших группах и самих больных, дети не могли заснуть и часто просыпались ночью. Важным обстоятельством являлось беспокойство детей, резкая раздражительность и наличие при осмотре множества расчёсов и кровянистых корочек. Умеренный зуд характеризовался незначительным беспокойством ребёнка в вечернее время. Сон был относительно спокойным, а при осмотре единичные кровянистые корочки преобладали над расчёсом. Слабый зуд мы диагностировали в случаях, когда имелись лишь кровянистые корочки при отсутствии каких-либо изменений в поведении ребёнка.

Из общего числа обследованных пациентов сильный зуд выявлен у 75% больных, умеренный – у 21,8%, слабый – у 4,1%.

Нам удалось установить зависимость интенсивности зуда от давности заболевания. Так, при давности процесса до 2-х недель сильный зуд зарегистрирован у 70% больных, до 1 месяца – у 81%, до 2-х месяцев – у 85,7%, более 2-х – у 87,5%. Вместе с тем интенсивность зуда не всегда зависела от распространённости процесса. Иногда при мучительном зуде выявляли лишь единичные высыпания, а при слабом – процесс был распространённым. Для зуда характерна выраженная суточная динамика. У 85 (88,5%) детей зуд усиливался в ночное и вечернее время, у 9 (9,3%) – имел постоянный характер, у 2 (2,08%) – усиливался днём.



Таким образом, зуд зарегистрирован у всех больных, с преобладанием сильной интенсивности (74%). Выявлена прямая зависимость между интенсивностью зуда и длительностью заболевания.

По данным И.В. Рязанцева с соавт., чесоточные ходы на коже туловища и половых органов мужчин практически всегда приурочены к лентикулярным папулам и содержат большое количество паразитарных элементов [2]. Нами установлено, что у детей на коже туловища типичные чесоточные ходы встречаются крайне редко и в небольшом количестве. В то же время, папулы размером 0,3-0,5 см, округлой или овальной формы, плотноватой консистенции, красно-бурого цвета, с блестящей поверхностью, мы обнаруживали на различных участках кожного покрова. Некоторые из них имели на своей поверхности линейное шелушение. Практически все больные отмечали мучительный зуд в области этих папул, что приводило к расчёсыванию, с образованием кровянистых корочек на поверхности.

Для выяснения взаимосвязи описанных папул с чесоточными ходами, нами выборочно были сделаны соскобы 18 неповреждённых расчёсыванием лентикулярных папул у детей, больных чесоткой, в различных возрастных группах. При этом типичное содержимое чесоточного хода обнаружено в 15 (83,3%) из них. Это свидетельствовало о том, что значительная часть папул действительно приурочена к чесоточным ходам.

Лентикулярные папулы нами обнаружены у 24 (25%) из 96 обследованных больных, у мальчиков в 2,4 раза чаще, чем у девочек. Их локализация проанализирована по индексам встречаемости и обилия (табл. 2).

Из таблицы 2 видно, что независимо от локализации встречаемость чесоточных ходов, приуроченных к лентикулярным папулам, с возрастом последовательно уменьшается от 36,4% в I группе до 14,1% – в V. Аналогичная картина наблюдается и в части обилия чесоточных ходов, количество которых закономерно уменьшается от 0,8 в I группе до 0,3 – в IV и V. То есть, чем младше ребёнок, тем чаще и в большем количестве такие ходы встречаются на его теле. Их обнаруживали почти у половины детей в I, одной пятой – во II, одной четвёртой – в III, одной шестой – в IV и V группах. Такие папулы у детей были выявлены нами только в подмышечных областях, боковых поверхностях грудной клетки, области пупка, на ягодицах (с преобладанием в межягодичной складке), на лобке, молочных железах и половых органах. Лентикулярные папулы на мошонке и половом члене обнаруживали у мальчиков во всех возрастных группах.

Таким образом, наблюдаемые у детей узелковые высыпания на коже туловища, половых органах представляют собой один из клинических вариантов чесоточного хода и обнаружены у 24,5% обследуемых больных, у мальчиков в 2,4 раза чаще, чем у девочек. Их встречаемость и обилие с возрастом закономерно уменьшаются. Изменений индексов встречаемости и обилия на различных участках кожного покрова с учётом возраста не отмечено. Чесоточные ходы, приуроченные к лентикулярным папулам, являются важным диагностическим признаком у детей. Вышеуказанное поможет врачам-практикам здравоохранения своевременно диагностировать заболевание и успешно проводить противочесоточную терапию.

**ТАБЛИЦА 2. ВСТРЕЧАЕМОСТЬ И ОБИЛИЕ ЧЕСОТОЧНЫХ ХОДОВ, ПРИУРОЧЕННЫХ К ЛЕНТИКУЛЯРНЫМ ПАПУЛАМ, У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП**

Локализация	Встречаемость (%)					Обилие (абс.)				
	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V
Мошонка	13,3	5,5	2,6	5	2,0	0,3	0,2	0,1	0,2	-
Половой член	6,6	2,9	5,2	5	2,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
Половые губы	-	5,5	-	-	-	-	0,1	-	-	-
Ягодицы	-	-	5,2	3,5	2,0	-	-	0,1	0,1	-
Лобок	6,6	2,9	-	2,5	-	0,1	0,1	-	-	-
Подмышечная область	6,6	16,6	2,6	-	4,1	0,1	0,3	-	-	0,1
Боковая поверхность грудной клетки	3,3	2,7	2,6	-	2,0	0,1	0	0,1	-	-
Область пупка	-	2,9	2,6	2,5	2,0	-	-	-	-	0,1
Молочные железы	-	-	2,6	-	-	-	-	-	-	-
Всего	36,4	38,4	23,5	18,5	14,1	0,8	0,7	0,5	0,3	0,3



## ЛИТЕРАТУРА

1. Кулагин В.И. Особенности эпидемиологии и клинического течения чесотки в современных условиях /В.И.Кулагин, И.М. Бондарев // Вестник последиplomного медицинского образования. - 2003. - №3-4. - С. 59
2. Рязанцев И.В. Анализ причин роста заболеваемости чесоткой в современных условиях /И.В. Рязанцев, В.В. Гладыко, Т.В. Соколова // Рос.жур. кож. вен. бол. - 2004. - №5. - С.33-35
3. Burgess I.F. *Sarcoptes scabies*. /I.F. Burgess // Adv. Parasitol. - 2004.-V.33. -P.235 – 292
4. Hengge U.R. Scabies: a ubiquitous neglected skin disease / U.R. Hengge, B.J. Currie, G. Jager // Lancet Infect Dis. – 2006. - V.6. - P.22
5. Сырнева Т.А. Современные особенности эпидемиологии чесотки на примере Свердловской области / Т.А. Сырнева, Е.Б. Корюкина // Современные проблемы дерматовенерологии. Пути совершенствования организации специализированной медицинской помощи населению: сб. материалов конф. Екатеринбург. - 2009. - С. 25-26
6. Сырнева Т.А. Особенности лечения чесотки у детей первых лет жизни / Т.А. Сырнева, Е.Б. Корюкина // Материалы науч.-практ. конф. «Актуальные вопросы дерматовенерологии». - Самара. - 2009.- С.78
7. Сырнева Т.А. Ошибки в диагностике и лечении чесотки / Т.А. Сырнева, Е.Б. Корюкина // Материалы науч.-практ. конф. «Дерматовенерология - итоги первого этапа реформирования и перспективы развития». - Екатеринбург. – 2008. - С.48-50
8. Суворова К.Н. Чесотка у детей /К.Н.Суворова [и др.] // «Вопросы практической педиатрии». - 2006. - Т.1. - №4. - С.117–123
9. Коробейникова Э. А. Особенности эпидемиологии, клиники и лечения чесотки у детей /Э.А. Коробейникова[и др.]//Вестник последиplomного медицинского образования. - 2004. - №3. -С. 54
10. Schmeller W. Skin diseases in children in rural Kenya: long-term results of a dermatology project within the primary health care system / W. Schmeller, A. Dzikus // Br. J. Dermatol. - 2001. - V.144. - P.118-124.P.769-779
11. Dupuy A. Accuracy of standard dermoscopy for diagnosing scabies / A. Dupuy, L. Dehen, E. Bourrat // J. Am. Acad. Dermatol. - 2007. -V.56. - №1. -P. 53-62
12. Сергеев Ю.В. Современные клинико-иммунологические особенности чесотки и новые подходы к её диагностике и терапии / Ю.В. Сергеев // Иммунопатология. - 2000. - №4. - С.102-107

## Summary

### Clinical features of nodular scabies in children

P.T. Zoirov, D.H. Abdieva, T.T. Ustobaeva

The clinical course of nodular scabies in 96 children is studied. Lenticular papules were found in 24 (25%) patients, in boys were 2,4 times more often than in girls. With age, the occurrence and abundance of scabiouslimphoplasia naturally decreased. Itch moves in children closed to lenticular papules, are an important diagnostic feature.

**Key words:** nodular scabies, limphoplasia, lenticular papules, itch moves

**АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:**

**Д.Х. Абдиева** – доцент кафедры дерматовенерологии ТГМУ;  
Таджикистан, г. Душанбе, ул. Фотех Ниёзи – 48, кв.22  
E-mail: 2242651@mail.ru