

Чесотка на приеме врача-дерматовенеролога: клинический случай несвоевременной диагностики у пациентки на фоне хронического дерматоза

М.А. Уфимцева^{✉1}, Ю.М. Бочкарев¹, К.И. Николаева^{1,2}, Е.П. Гурковская^{1,2}, Е.С. Мыльникова¹, О.М. Подкорытова²

¹ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург, Россия;

²ГБУЗ СО «Свердловский областной кожно-венерический диспансер», Екатеринбург, Россия

Аннотация

Несмотря на современные возможности диагностики и лечения, имеющиеся нормативные документы по тактике ведения пациентов с чесоткой, зачастую окончательный диагноз чесотки ставится с большим опозданием, иногда заболевание длится годами, скрываясь под масками острых и хронических дерматозов без адекватной терапии. Врачи, в том числе дерматовенерологи, допускают диагностические ошибки, ведут пациентов с ошибочным диагнозом. Цель статьи – осветить исторические аспекты чесотки, представить клинический случай чесотки, осложненной аллергическим дерматитом и лимфоплазией, у пациентки с болезнью Дарье как пример запоздалой диагностики чесотки, ошибок в тактике ведения и особенностей лечения чесотки у пациентки с хроническим дерматозом, длительно не подвергавшимся ремиссии.

Ключевые слова: чесотка, осложненная чесотка, история открытия чесотки, болезнь Дарье, ошибки диагностики, ошибки тактики ведения
Для цитирования: Уфимцева М.А., Бочкарев Ю.М., Николаева К.И., Гурковская Е.П., Мыльникова Е.С., Подкорытова О.М. Чесотка на приеме врача-дерматовенеролога: клинический случай несвоевременной диагностики у пациентки на фоне хронического дерматоза. *Consilium Medicum*. 2023;25(12):838–843. DOI: 10.26442/20751753.2023.12.202249

© ООО «КОНСИЛИУМ МЕДИКУМ», 2023 г.

CASE REPORT

Scabies in dermatovenerologist practice: a clinical case of delayed diagnosis in a patient with chronic dermatosis. Case report

Marina A. Ufimceva^{✉1}, Yurii M. Bochkarev¹, Kristina I. Nikolaeva^{1,2}, Evgenia P. Gurkovskaya^{1,2}, Ekaterina S. Mylnikova¹, Oksana M. Podkorytova²

¹Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia;

²Sverdlovsk Regional Dermatovenerologic Dispensary, Ekaterinburg, Russia

Abstract

Despite the current approaches to diagnostics and treatment, regulatory documentation and guidelines, the diagnosis of scabies can often be delayed. The long-term scabies can mimic acute and chronic dermatoses which causes inadequate treatment. Physicians, including dermatovenerologists, misdiagnose scabies. Aim – to clarify historical aspects of scabies, present a clinical case of scabies complicated by allergic dermatitis and lymphoplasia in a patient with Darye's disease as an example of delayed diagnosis of scabies, errors in management tactics and features of treatment of scabies in a patient with chronic dermatosis.

Keywords: scabies, complicated scabies, history of the discovery of scabies, Darier disease, misdiagnose, inadequate treatment

For citation: Ufimceva MA, Bochkarev YuM, Nikolaeva KI, Gurkovskaya EP, Mylnikova ES, Podkorytova OM. Scabies in dermatovenerologist practice: a clinical case of delayed diagnosis in a patient with chronic dermatosis. Case report. *Consilium Medicum*. 2023;25(12):838–843.

DOI: 10.26442/20751753.2023.12.202249

Информация об авторах / Information about the authors

[✉]**Уфимцева Марина Анатольевна** – д-р мед. наук, проф., зав. каф. дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности, врач высшей квалификационной категории ФГБОУ ВО УГМУ. E-mail: mail-m@mail.ru; ORCID: 0000-0002-4335-9334

Бочкарев Юрий Михайлович – канд. мед. наук, доц. каф. дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности ФГБОУ ВО УГМУ. E-mail: bochkarev.ju.m@gmail.com; ORCID: 0000-0001-6298-7216

Николаева Кристина Игоревна – канд. мед. наук, ассистент каф. дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности ФГБОУ ВО УГМУ, врач-дерматолог ГБУЗ СО СОКВД. E-mail: kris-nikol@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-5879-2018

Гурковская Евгения Петровна – канд. мед. наук, доц. каф. дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности ФГБОУ ВО УГМУ, врач-дерматолог ГБУЗ СО СОКВД. ORCID: 0000-0001-7535-5429

Мыльникова Екатерина Сергеевна – ассистент каф. дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности ФГБОУ ВО УГМУ. ORCID: 0000-0001-8620-4044

Подкорытова Оксана Михайловна – врач-дерматовенеролог ГБУЗ СО СОКВД

[✉]**Marina A. Ufimceva** – D. Sci. (Med.), Prof., Ural State Medical University. E-mail: mail-m@mail.ru; ORCID: 0000-0002-4335-9334

Yurii M. Bochkarev – Cand. Sci. (Med.), Ural State Medical University. E-mail: bochkarev.ju.m@gmail.com; ORCID: 0000-0001-6298-7216

Kristina I. Nikolaeva – Cand. Sci. (Med.), Ural State Medical University, Sverdlovsk Regional Dermatovenerologic Dispensary. E-mail: kris-nikol@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-5879-2018

Evgenia P. Gurkovskaya – Cand. Sci. (Med.), Ural State Medical University, Sverdlovsk Regional Dermatovenerologic Dispensary. ORCID: 0000-0001-7535-5429

Ekaterina S. Mylnikova – Assistant of Professor, Ural State Medical University. ORCID: 0000-0001-8620-4044

Oksana M. Podkorytova – Dermatovenerologist, Sverdlovsk Regional Dermatovenerologic Dispensary

Введение

Чесотка (лат. scabies) – это распространенное паразитарное заболевание кожи, вызываемое чесоточным клещом *Sarcoptes scabiei*, являющимся внутрикожным паразитом человека [1]. Чесотка как заразное паразитарное заболевание кожи известна с глубокой древности [2, 3]. В античной греческой медицине для описания сильного зуда существовал термин psora (от греч. «зуд, чесотка, короста») [4, 5]. Древнегреческий целитель, врач и философ Гиппократ включил описание хронического сильного зуда в свое сочинение «Эпидемии». Есть сообщения о подозрении на чесотку в Ветхом Завете, а также в трудах древнегреческого философа Аристотеля в IV в. до нашей эры, который первым использовал термин akari для обозначения древесного клеща [6, 7].

Термин scabies (от лат. scabo – «чешу») для обозначения зудящих заразных дерматозов предложен Aulus Cornelius Celsus в Древнем Риме в его труде «Demedicina» («О медицине») и используется в настоящее время [8, 9]. Средневековый персидский ученый, философ и врач Абу Али ибн Сина (980–1037), известный на Западе как Авиценна, доказывал, что чесотка относится к «болезням, переходящим на других», т.е. к контагиозным заболеваниям, наряду со вшивостью и лепрой. Ученый указывал на факторы, способствующие этим заболеваниям: они передаются «особенно, если жилища [людей] тесны, а также если сосед находится под ветром» [10].

В Европе чесотка известна под разными именами: gale (чесотка) – у французов, itch (зуд) – у англичан, krätze (чесотка) – у немцев. Лингвисты из Accademia della Crusca, основанной в 1582 г. во Флоренции, обозначили чесотку термином pellicello как болезнь, вызываемую клещом, поражающим кожу (1862 г.) [11].

Описание и изображение возбудителя чесотки (*Sarcoptes scabiei*) даны в XVII в. при появлении оптического микроскопа. До этого времени предпринимались попытки описания возбудителя различными учеными, например, в XI в. арабским мыслителем и врачом западного Халифата Авензоаром (1094–1194), в XIV в. – французским хирургом Guy de Chauliac (1298–1368), в XVI в. – французским хирургом Ambroise Paré (ок. 1510–1590) [12]. Считается, что в 1687 г. итальянский врач Giovanni Cosimo Bonomo (1663–1696) и аптекарь Diacinto Cestoni впервые описали связь между чесоточными клещами и типичными кожными симптомами, развивающимися вслед за заражением. Именно они впервые установили, что болезнь может быть вызвана микроскопическим организмом (рис. 1, 2). В последующем учитель и друг Giovanni Cosimo Bonomo, итальянский врач, натуралист, биолог и поэт Francesco Redi (1626–1697) представил эти данные в своем труде о болезнях человека. На протяжении длительного времени эти данные предавались сомнению, так как оказались противоположны медицинским знаниям того времени [11, 13].

Полное и достоверное описание клинических проявлений и методов лечения больных чесоткой дал австрийский врач, основатель дерматологической научной школы, один из основоположников дерматологии Ferdinand von Hebra (1816–1880) в 1844 г. в «Руководстве к изучению болезни кожи» (рис. 3). Это руководство в 1876 г. переведено на русский язык профессором Алексеем Герасимовичем Полотебновым (1839–1907) – основоположником Петербургской дерматологической школы (рис. 4) [14]. В последующем основоположник Московской дерматологической школы Николай Порфирьевич Мансуров в 1884 г. (1834–1892) разработал метод диагностики, основанный на получении материала для микроскопического исследования путем среза покровышки везикулы [15].

Заслуживает внимания, что в 1848 г. норвежскими дерматологами Carl Wilhelm Boeck (1808–1875) и Daniel Cornelius Danielssen (1815–1894) описана необычная форма чесотки

Рис. 1. Клещ *Sarcoptes scabiei*. Рисунок паразита, представленный в письме итальянским врачом Giovanni Cosimo Bonomo учителю и другу Francesco Redi в 1687 г. [13].

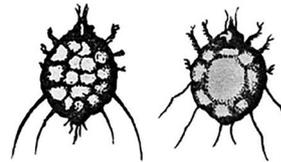


Рис. 2. Труд Francesco Redi о болезнях человека [12].



у больного лепрой – *Scabies norvegia boeck* (рис. 5, 6) [16–18]. Ее иногда называют норвежской, корковой (крустовной) чесоткой (НЧ), что отражает основной симптом заболевания – образование массивных гиперкератотических наслоений на кожном покрове [19].

Чесотка является одним из наиболее распространенных паразитарных дерматозов [20]. Во всем мире она поражает от 200 до 300 млн человек ежегодно, средняя распространенность заболевания среди детей в развивающихся странах составляет от 5 до 10% [21]. Высокая заболеваемость чесоткой обусловлена также социально-экономическими и медицинскими факторами [22–24]. Эпидемиологические данные свидетельствуют о неуклонном росте заболеваемости чесоткой, в том числе в странах с высоким уровнем жизни. Чесотка встречается у лиц любого возраста, однако дети в возрасте до 2 лет и пожилые люди подвергаются наибольшему риску [21].

Несмотря на то что, по официальным данным, заболеваемость чесоткой в Российской Федерации в 2005–2019 гг. имела тенденцию к снижению со 131,6 до 15,0 случая на 100 тыс. населения, не исключается искусственное занижение показателей в связи с неполной регистрацией случаев болезни и общедоступностью скабицидов в аптечной сети [25].

Чаще дифференциальная диагностика чесотки проводится с псориагической эритродермией, ихтиозом, болезнями Дарье и Девержи [8, 19, 26]. Развивается чесотка на фоне иммунной недостаточности, иммуносупрессивных состояний, при длительном приеме цитостатиков и глюкокортикостероидов (ГКС), при сопутствующих заболеваниях (онкологические, сахарный диабет, лепра, сирингомиелия, нарушение неврологической чувствительности, генерализованный кандидоз). Часто это заболевание возникает у пациентов с умственной отсталостью/расстройством интеллекта, синдромом Дауна и сенильной деменцией [8, 19, 26–28].

Клинические проявления чесотки нередко претерпевают патоморфоз на фоне коморбидности заболеваний различных органов и систем организма, что наиболее характерно для лиц пожилого и старческого возраста. Анализ случаев НЧ, зарегистрированных в прошлом столетии, свидетельствует, что она возникала у пациентов преимущественно на фоне монопатологии различных сопутствующих заболеваний. Однако в последние 30 лет причиной ее развития является полиморбидность патологии различного генеза. Особенно часто НЧ возникает на фоне ВИЧ-инфекции с поражением различных органов и систем организма [17, 29]. Патоморфоз клинических проявлений чесотки явился причиной появления новой формы заболевания – скабиозной эритродермии, впервые описанной авторами [30].

Рис. 3. Ferdinand Karl Franz Schwarzmann, Ritter von Hebra (1816–1880) [15].



Рис. 4. Полотебнов Алексей Герасимович (1839–1907) [15].



Рис. 5. Carl Wilhelm Boeck (1808–1875) [17–19].



Рис. 6. Daniel Cornelius Danielssen (1815–1894) [17–19].



Позднее эту форму стали регистрировать в клинической практике другие специалисты [31]. Эритродермия при чесотке нивелирует основные диагностически значимые клинические симптомы заболевания.

Клинические проявления чесотки могут имитировать и другие кожные заболевания: экзему [32], буллезный пемфигоид [16, 32], псориаз [33–35], в том числе рупиоидный [36], розовый лишай [36, 37], герпетиформный дерматит Дюринга, крапивницу, мастоцитоз, гистиоцитоз [12], эритродермию неясной этиологии, системную красную волчанку [32], себорейный дерматит [33], почесуху (*prurigo nodularis*) [32], верруциформную эпидермодисплазию [34], а также реакцию «трансплантат против хозяина» у реципиентов гематопоэтических клеток [35].

Нередко пациенты с нераспознанной чесоткой становятся причиной эпидемий данного заболевания в стационарных отделениях больницы, социальных учреждениях для престарелых и психоневрологических интернатов [36]. Установлен интересный факт ослабления зуда у лиц, злоупотребляющих алкоголем, особенно при развитии алкогольной деменции [37].

Заслуживает внимания возможность инфицирования чесоткой больных, страдающих дерматозами различного генеза, что может приводить к изменению клинической картины обоих заболеваний. Описаны особенности течения чесотки на фоне псориаза, атопического дерматита, иктиоза, дерматофитии и рубромикоза стоп [38], псевдолимфомы кожи [39]. Наибольшие диагностические трудности представляют случаи чесотки у когнитивно сохранных людей, соблюдающих правила личной гигиены; скрытой (*incognito*) формы, развивающейся на фоне длительного применения топических кортикостероидов; нодулярной формы (скабиозной лимфолазии), возникновение которой связывают с повышенной реакцией кожи на антигены клещей и их экскременты, встречающейся обычно в подмышечных впадинах и на коже гениталий у мужчин; чесотки у пожилых лиц, имитирующей сенильный зуд при сухости кожи, а также НЧ [40].

В связи с недостаточным уровнем противоэпидемических мероприятий в очагах контактных лиц, заболевших чесоткой, зачастую лечат под различными диагнозами, такими как «аллергический дерматит», «крапивница», «укусы насекомых» [41].

По имеющимся данным, ошибки диагностики, возможно, связаны с отсутствием полного комплекса лечебно-профилактических и противоэпидемических мероприятий, официально утвержденных для данного заболевания в нормативных документах, низким уровнем знаний о клинических проявлениях и лабораторной диагностике у

специалистов, а также недостаточным лабораторным оснащением лечебных учреждений [1, 42–45].

Использование лекарственных препаратов (системных и топических), ослабляющих или устраняющих зуд, также может способствовать бесконтрольному увеличению численности возбудителя в коже и на ее поверхности [46, 47].

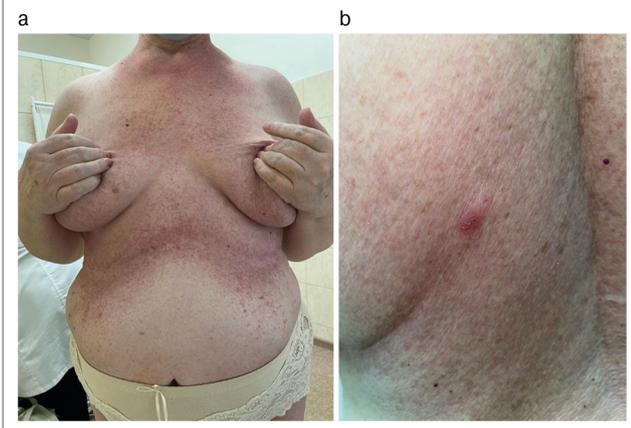
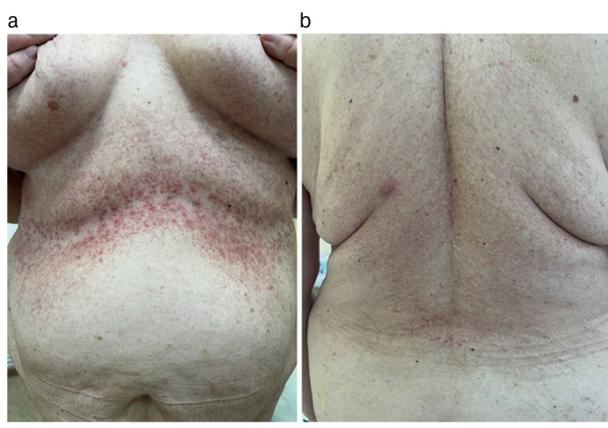
Практически во всех случаях окончательный диагноз чесотки ставится с большим опозданием, иногда заболевание без адекватной терапии длится годами. Дерматовенерологи и врачи других специальностей допускают диагностические ошибки, предполагая различные диагнозы: дерматит, экзема, пиодермия, микробная экзема, псориаз, нейродермит, болезнь Дарье, болезнь Девержи, кератодермия, себорейный дерматит, глубокий микоз, паранеопластический процесс и др. [48].

Важно отметить возможность сочетания чесотки с дерматозами различного генеза, что может приводить к изменению клинической картины обоих заболеваний. В статье представлен клинический случай сочетания чесотки с болезнью Дарье (*Diskeratosis follicularis vegetans*) – редкого аутосомно-доминантного заболевания, характеризующегося высыпаниями гиперкератотических папул. Известно, что заболевание описано французским дерматологом, «отцом современной дерматологии во Франции» Ferdinand-Jean Darier (1856–1938) первоначально под именем *psorospermosse folliculaire vegetante* – вегетирующий фолликулярный кератоз в 1889 г. [49]. Поводом к такому названию послужило ошибочное представление о природе дискератинизированных эпителиальных клеток при данном дерматозе, которые Ferdinand-Jean Darier принял за «псороспермии», особые микроорганизмы – комочки протоплазмы, которые исследователь расценил как первопричину заболевания [16].

Клинический случай

Пациентка К., 67 лет, пенсионерка. Направлена врачом-дерматовенерологом в кожно-венерологический диспансер с диагнозом: «аллергический контактный дерматит». При осмотре предъявляла жалобы на распространенные высыпания на коже туловища и верхних конечностей, зуд как в дневное, так и в ночное время, выпадение волос в течение 1 мес.

Anamnesis morbi. Считает себя больной в течение 4 мес (с декабря 2021 г.), когда отметила появление изнурительного зуда и высыпаний во время стационарного лечения. Пациентка госпитализирована в инфекционное отделение 11.11.2021 с диагнозом: «новая коронавирусная инфекция, вирус-идентифицированная, средне-тяжелая форма», получала терапию противовирусными препаратами, ин-

Рис. 7. Кожный процесс до лечения.**Рис. 8. Кожный процесс во время лечения (через 7 дней).**

терфероном α -2b, антибиотиками широкого спектра действия, антикоагулянтами. После выписки из стационара 17.12.2021 самостоятельно использовала топические ГКС против зуда в течение 1 мес, без эффекта. В связи с неэффективностью наружной терапии обратилась к дерматологу по месту жительства, выставлен диагноз аллергического контактного дерматита. Назначенная терапия включала антигистаминные препараты (клемастин 0,01 1 раз в сутки 14 дней), системные ГКС (раствор бетаметазона дипропионата, 1,0, внутримышечно однократно), дезинтоксикационную терапию (раствор натрия тиосульфата 30% 10,0 внутривенно, 10 дней), комбинированные топические ГКС, без эффекта.

Anamnesis vitae. Гипертоническая болезнь 2-й степени, II стадия, риск 2. Сахарный диабет 2-го типа, инсулинзависимый. Фолликулярный дискератоз Дарье–Уайта, установленный в 2019 г. Находилась на стационарном лечении в отделении хронических дерматозов для взрослых с 25.06.2019 по 02.07.2019 с диагнозом фолликулярного дискератоза Дарье–Уайта, торпидное течение.

Status specialis. Процесс на коже распространенный, с преимущественной локализацией на туловище, верхних конечностях, представленный папулезными высыпаниями, чесоточными ходами и линейными эксфолиациями. На ягодичной области – лентикулярные папулы (коричневые, персистирующие, индуративные образования до 13 мм в диаметре) (лимфоплазия). На коже груди – сухие плоские фолликулярные папулы буровато-красного цвета, покрытые плотно сидящими чешуе-корками с клинообразными шипиками на нижней поверхности. В складках под молочными железами – эритематозно-мокнущие бляшки с извилистыми щелевидными эрозиями-трещинами, по периферии очагов фликтенулезный ободок. По всей волосистой части головы – общее поредение волос, равномерное, очагов облысения нет (рис. 7, a, b).

При гистологическом исследовании с очагов под молочными железами: в эпидермисе неравномерный диффузный и фолликулярный гиперкератоз с серозным пропитыванием, очаговой деструкцией и воспалительной инфильтрацией рогового слоя, колониями кокковой флоры, выраженный акантоз с неравномерно утолщенными и удлинненными акантогическими выростами, признаки дискератоза. Резко выражены явления акантолиза. Внутриэпидермально локализуются крупные надбазальные лакуны, содержащие большое количество акантолитических клеток, расположенных разрозненно и в виде скоплений и пластов. В верхних отделах дермы расположены густые, диффузно-очаговые, преимущественно лимфогистиоцитарные инфильтраты с примесью меланофагов. Выражен интерстициальный отек. Заключение: морфологическая картина возможна при фолликулярном дискератозе Дарье.

Рис. 9. Кожный процесс после лечения (контроль через 1 мес, снята с учета).

При микроскопическом исследовании в соскобе с пораженных участков кожи обнаружен *Sarcoptes scabiei*.

Методом дерматоскопии ($\times 20$) выявлено 6 чесоточных ходов на туловище, на запястьях – 2.

Результаты трихоскопического исследования: на всех участках скальпа – множество «юных» волос. Перифолликулярное шелушение.

С учетом данных анамнеза, клинической картины, данных лабораторных и инструментальных методов исследования выставлен диагноз: типичная чесотка, осложненная аллергическим контактным дерматитом и скабиозной лимфоплазией кожи. Фолликулярный вегетирующий дискератоз Дарье–Уайта, подострое течение. Постковидная алопеция, острая телогеновая алопеция (Международная классификация болезней 10-го пересмотра – I65.0).

Описание плана лечения. Проведение текущей дезинфекции, направленной на уничтожение возбудителя на постельных принадлежностях, одежде и предметах личной гигиены. Профилактический осмотр контактных лиц. Профилактическое лечение контактных лиц.

Медикаментозная терапия. С учетом осложненного течения типичной чесотки, изнурительного зуда назначена дезинтоксикационная терапия (кальция глюконат 10% 5,0 внутримышечно, 1 раз в сутки 10 дней), антигистаминные препараты (левоцетиризин 0,05 1 раз в сутки, 14 дней), наружная терапия (33% серная мазь: наносить на кожу после мытья с мылом 1 раз в сутки, на ночь, 6 дней, тщательно втирая в кожу рук, затем туловища и ног, включая подошвы и пальцы). Явка на повторный прием через 7 дней.

При повторном осмотре через 7 дней отмечалось значительное улучшение по кожному процессу: большая часть корок отторглась, зуд стал менее выраженным, гиперемия пораженной кожи уменьшилась (рис. 8, а, б).

Результаты микроскопического исследования: в соскобе с пораженных участков кожи *Sarcoptes scabiei* не обнаружен.

Повторный осмотр с трехкратным отрицательным результатом (рис. 9). Выписана с рекомендациями по уходу болезни Дарье–Уайта, поддерживающей терапией постковидной алопеции.

Заключение

Проблема возникновения чесотки остается актуальной на сегодняшний день, несмотря на современные возможности диагностики и лечения, имеющиеся нормативные документы по тактике ведения, противоэпидемическим мероприятиям в очагах. Часто окончательный диагноз чесотки ставится с большим опозданием, иногда заболевание длится годами, скрываясь под масками острых и хронических дерматозов, без адекватной терапии. Врачи, в том числе дерматовенерологи, допускают диагностические ошибки, ведут пациентов с ошибочным диагнозом.

Необходимо повышение уровня знаний, осведомленности и осторожности врачей дерматовенерологов и смежных специалистов, врачей лабораторной службы в отношении вероятного диагноза чесотки. Важно помнить о необходимости тщательного сбора эпидемиологического анамнеза, противоэпидемических мероприятий в очагах поражения, возможного лечения *ex juvantibus*, при отсутствии возможности лабораторной диагностики или отрицательных результатах лабораторных методов исследования, но при наличии клинических признаков чесотки, что согласуется с тактикой ведения согласно действующим нормативным документам [1,3, 50–52].

Раскрытие интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Disclosure of interest. The authors declare that they have no competing interests.

Вклад авторов. Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Все авторы в равной степени участвовали в подготовке публикации: разработка концепции статьи, получение и анализ фактических данных, написание и редактирование текста статьи, проверка и утверждение текста статьи.

Authors' contribution. The authors declare the compliance of their authorship according to the international ICMJE criteria. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Источник финансирования. Авторы декларируют отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

Funding source. The authors declare that there is no external funding for the exploration and analysis work.

Информированное согласие на публикацию. Пациентка подписала форму добровольного информированного согласия на публикацию медицинской информации.

Consent for publication. Written consent was obtained from the patients for publication of relevant medical information and all of accompanying images within the manuscript.

Литература/References

1. Клинические рекомендации Российского общества дерматологов и косметологов. Чесотка. 2020;1:25 [Klinicheskie rekomendatsii Rossijskogo obshchestva dermatologov i kosmetologov. Chesotka. 2020;1:25 (in Russian)].
2. Yates JE, Bleyer AJ, Yosipovitch G, et al. Enigmatic pruritus in a kidney transplant patient. *Clin Kidney J.* 2013;6(2):194-8.
3. Соколова Т.В., Лопатина Ю.В., Малярчук А.П., Новолоцкая К.М. Критерии эпидемиологической значимости семейных очагов при редких вариантах течения чесотки. *Клиническая дерматология и венерология.* 2021;20(3-2):157-75 [Sokolova TV, Lopatina YuV, Malyarchuk AP, Novolotskaya KM. Criteria for the epidemiological significance of familial foci in rare variants of scabies. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya.* 2021;20(3 2):157 75 (in Russian)].
4. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей. М., 1999 [Skripkin YuK. Kozhnyie i venericheskie bolezni. Rukovodstvo dlia vrachei. Moscow, 1999 (in Russian)].
5. Григорьев П.С. Краткий курс венерических и кожных болезней. М., 1946 [Grigor'iev S. Kratkiy kurs venericheskikh i kozhnykh boleznei. Moscow, 1946 (in Russian)].
6. Hengge UR, Currie BJ, Jäger G, et al. Scabies: a ubiquitous neglected skin disease. *Lancet Infect Dis.* 2006;12:769-79.
7. Перламутров Ю.Н., Кудрявцева Р.Л., Ольховская К.Б. Исторические аспекты проблемы зуда. *Клиническая дерматология и венерология.* 2022;21(2):249-55 [Perlamutrov YuN, Kudryavtseva RL, Olkhovskaya KB. History of pruritus. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya.* 2022;21(2):249-55 (in Russian)].
8. Павлова С.Т. Руководство по дерматовенерологии. М., 1961; с. 435-40 [Pavlova ST. Rukovodstvo po dermatovenerologii. Moscow, 1961; p. 435-40 (in Russian)].
9. Потеев Н.Н., Гребенюк В.Н., Стоянова Г.Н., Кулешов А.Н. Норвежская чесотка, осложненная пиодермией. *Клиническая дерматология и венерология.* 2014;12(2):41-5 [PotekaeV NN, Grebenyuk VN, Stoyanova GN, Kuleshov AN. Norwegian scabies complicated by pyoderma. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya.* 2014;12(2):41-5 (in Russian)].
10. Хамраев М.Ш. Авиценна (Ибн Сина) о состояниях человеческого тела, здоровье и болезни, о классификации и номенклатуре болезней, о семiotике и диагностике заболеваний. 2015 [Khamraev MSh. Avicenna (Ibn Sina) about conditions of the human body, health and disease, about categorizations and nomenclature of the diseases, about semiotics and diagnostics of the diseases. 2015 (in Russian)].
11. Ramos-e-Silva M. Giovan Cosimo Bonomo (1663-1696): discoverer of the etiology of scabies. *Int J Dermatol.* 1998;37:625-30.
12. Суворова К.Н., Опарин Р.Б., Сысоева Т.А., др. Чесотка у детей. *Вопросы практической педиатрии.* 2006;1(4):117-23 [Suvorova KN, Oparin RB, Sysoeva TA, et al. Chesotka u detei. *Voprosy prakticheskoi pediatrii.* 2006;1(4):117-23 (in Russian)].
13. Montesu MA, Cottoni F, Bonomo D. Discoverers of the parasitic origin of scabies. *Am J Dermatopathol.* 1991;13:425-7.
14. Моисеев Р.В. Роль Алексея Герасимовича Полотебнова в развитии отечественной дерматологии. БМИК. М., 2013 [Moiseev RV. Rol' Alekseia Gerasimovicha Polotebnova v razvitiit otechestvennoi dermatologii. BMIK. Moscow, 2013 (in Russian)].
15. Суворова К.Н., Опарин Р.Б., Сысоева Т.А., др. Чесотка у детей. *Вопросы практической педиатрии.* 2006;1(4):117-23 [Suvorova KN, Oparin RB, Sysoeva TA, et al. Chesotka u detei. *Voprosy prakticheskoi pediatrii.* 2006;1(4):117-23 (in Russian)].
16. Григорьев С. Учебник венерических и кожных болезней. М., 1938; с. 345 [Grigor'iev S. Uchebnik venericheskikh i kozhnykh boleznei. Moscow, 1938; p. 345 (in Russian)].
17. Соколова Т.В., Малярчук А.П., Ельцова Н.В., и др. Норвежская чесотка: реалии нашего времени. *Клиническая дерматология и венерология.* 2020;19(1):64-74 [Sokolova TV, Lopatina YuV, Malyarchuk AP, Novolotskaya KM. Criteria for the epidemiological significance of familial foci in rare variants of scabies. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya.* 2020;19(1):64-74 (in Russian)].
18. Потеев Н.С., Потеев С.Н., Потеев Н.Н. Чесотка (клиника и диагностика до ВИЧ/СПИД-инфекции и на ее фоне). *Клиническая дерматология и венерология.* 2020;19(4):515-9 [PotekaeV NS, PotekaeV SN, PotekaeV NN. Scabies (clinical picture and diagnostics before and after HIV/AIDS infection). *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya.* 2020;19(4):515-9 (in Russian)].
19. Разнатовский К.И., Смирнова О.Н., Карякина Л.А., и др. Норвежская чесотка: клиническое наблюдение. *Клиническая дерматология и венерология.* 2015;14(2):35-7 [Raznatovskii KI, Smirnova ON, Kariakina LA, et al. Norwegian scabies: clinical observation. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya.* 2015;14(2):35-7 (in Russian)].
20. Stamm LV, Strowd LC. Ignoring the "tch": The Global Health Problem of Scabies. *Am J Trop Med Hyg.* 2017;97(6):1647-9.
21. Горланова И.А., Лейна Л.М., Милявская И.Р., Заславский Д.В. Детская дерматология: руководство для врачей. 2022; с. 246-7 [Gorlanova IA, Leina LM, Miliavskaya IR, Zaslavskii DV. Detskaia dermatologiya: rukovodstvo dlya vrachei. 2022; p. 246-7 (in Russian)].
22. Heukelbach J, Feldmeier H. Ceará Brazil Scabies Text. *Lancet.* 2006;27(36):17167-1774.

23. Сырнева Т.А., Кориюкина Е.Б. Клинико-эпидемиологические особенности чесотки на современном этапе. *Клиническая дерматология и венерология*. 2009;6:20-5 [Syrneva TA, Koryukina YeB. Kliniko-epidemiologicheskie osobennosti chesotki na sovremennom etape. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2009;6:20-5 (in Russian)].
24. Потекаев Н.С., Иванов О.Л., Сергеев Ю.В. Постскабиозная лимфоплазия. *Вестник дерматолога и венеролога*. 1979;7:47-52 [Potekaev NS, Ivanov OL, Sergeiev YuV. Postskabioznaia limfoplaziya. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 1979;7:47-52 (in Russian)].
25. Здравоохранение в России. Статистический сборник. М., 2021; с. 1-171 [Zdravookhraneniye v Rossii. Statisticheskii sbornik. Moscow, 2021; p. 1-171 (in Russian)].
26. Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вулф К., и др. Дерматология. М., 1999 [Fitzpatrick T, Dzhonson R, Vulf K, et al. *Dermatologiya*. Moscow, 1999 (in Russian)].
27. Елькин В.Д., Митровский Л.С., Седова Г. Избранная дерматовенерология. Пермь, 2004; с. 808-9 [Yel'kin VD, Mitrovskiy LS, Sedova G. Izbrannaya dermatovenerologiya. Perm', 2004; p. 808-9 (in Russian)].
28. Yates JE, Bleyer AJ, Yosipovitch G, et al. Enigmatic pruritus in a kidney transplant patient. *Clin Kidney J*. 2013;6(2):194-8. DOI:10.1093/ckj/sft009
29. Гаджимурадов М.Н., Алиева М.Г., Мамашева Г.Д., Гунашева А.А. Случаи чесотки у ВИЧ-инфицированных больных. *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. 2019;11(1):81-6 [Gadzhimuradov MN, Aliyeva MG, Mamasheva GD, Gunasheva AA. Sluchai chesotki u VICH-infitsirovannykh bolnykh. *VICH-infektsiya i immunosupressii*. 2019;11(1):81-6 (in Russian)].
30. Соколова Т.В., Малаярчук А.П., Лопатина Ю.В. Скабиозная эритродермия. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2014;3(3):15-22 [Sokolova TV, Maliarchuk AP, Lopatina YUV. Skabioznaya eritrodermiya. *Rossiiskii zhurnal kozhnykh i venericheskikh boleznei*. 2014;3(3):15-22 (in Russian)].
31. Inamadar AC, Ragunatha S. The rash that becomes an erythroderma. *Clin Dermatol*. 2019;37(2):88-98.
32. Cohen PR. Scabies masquerading as bullous pemphigoid: scabies surrepticius. *Clinical, cosmetic and investigational dermatology*. 2017;10:317-23.
33. Торшина И.Е., Булдакова М.В., Новикова Е.А., Бусько Т.М. Норвежская чесотка как маркер финала ВИЧ-инфекции. Научно-практическая конференция дерматовенерологов и косметологов: Санкт-Петербургские дерматологические чтения. СПб, 2018 [Torshina IYe, Buldakova MV, Novikova YeA, Bus'ko TM. Norvezhskaia chesotka kak marker finala VICH-infektsii. Nauchno-prakticheskaya konferentsiya dermatovenerologov i kosmetologov: Sankt-Peterburgskie dermatologicheskie chteniya. Saint Petersburg, 2018 (in Russian)].
34. Boroujeni DL, Aslani NH, Sar F. Crusted scabies masquerading as psoriasis plaques in a patient suffering from burn scars. *Dermatology Online J*. 2018;24(6):14(3):7918.
35. Bimbi C, Brzezinski P, Sokolowska-Wojdylo M. Crusted (Norwegian) scabies as a strong marker of adult T-cell leukemia/lymphoma in HTLV-1 infection. *Clin Case Rep*. 2019;7(3):474-6.
36. Николаева К.И., Савченко Н.В., Уфимцева М.А., и др. Заболевания кожи у детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации: клиническая характеристика, социальная значимость дерматозов. *Уральский медицинский журнал*. 2020;12(195):127-34 [Nikolaieva KI, Savchenko NV, Ufimtseva MA, et al. Zabolevaniya kozhi u detei, okazavshixsia v trudnoyi zhiznenni situatsii: klinicheskaya kharakteristika, sotsial'naya znachimost' dermatozov. *Ural'skii meditsinskii zhurnal*. 2020;12(195):127-34 (in Russian)].
37. Stiff KM, Cohen PR. Scabies surrepticius: scabies masquerading as pityriasisrosea. *Cureus*. 2017;9(12):196.
38. Mahajan K, Relhan V, Relhan AK, et al. Pityriasis rosea: An update on etiopathogenesis and management of difficult aspects. *Indian J Dermatol*. 2016; 61:375-84.
39. Cuellar-Barboza A, Cardenas-de la Garza JA, Garcia-Lozano JA, et al. A case of hyperkeratotic crusted scabies. *PLoS Negl Trop Dis*. 2020;14(3):e0000000
40. Werbel T, Hinds BR, Cohen FR. Scabies presenting as cutaneous nodules or malar erythema: reports of patients with scabies surrepticius masquerading as pruriginodularis or systemic lupus erythematosus. *Dermatology Online J*. 2018;24(9):13030.
41. Zhang L-Y, Yu X, Zou J-J, et al. Norwegian Scabies Mimicking Seborrheic Scalp Dermatitis in a Patient with Chronic Hepatitis C. *Inter J Dermatol Venerology*. 2020; 3(1):52-55.
42. Jo Anne Lim, Zulrusydi Ismail, CheNoraini Ibrahim, et al. A misdiagnosed infection mimicking "tree man disease". *PLoS Negl Trop Dis*. 2017;11(6):e0005543.
43. Dongsub Kim, Soo-Han Choi, Dong Youn Lee, et al. Scabies mimicking graft versus host disease in a hematopoietic cell transplant recipient. *Korean J Pediatr*. 2018;61(11):371-3.
44. Stiff KM, Cohen PR. Scabies surrepticius: scabies masquerading as pityriasisrosea. *Cureus*. 2017;9(12):1961.
45. Малаярчук А.П., Соколова Т.В. Особенности течения чесотки на фоне дерматозов различного генеза. *Иммунология, аллергология, инфектология*. 2017; Прил.1 (сентябрь):65-6 [Maliarchuk AP, Sokolova TV. Osobennosti techeniya chesotki na fone dermatozov razlichnogo geneza. *Immunologiya, allergologiya, infektsiologiya*. 2017; Priil.1 (sentyabr'):65-6 (in Russian)].
46. Катина М.А., Лесничая О.В. Случай псевдолимфомы кожи (лимфоидной гиперплазии кожи) на фоне нелеченой чесотки. *Вестник Витебского государственного медицинского университета*. 2018;17(3):76-83 [Katina MA, Lesnichaya OV. Sluchai psevdolimfomy kozhi (limfoidnoi giperplazii kozhi) na fone nelechenoi chesotki. *Vestnik Vitebskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta*. 2018;17(3):76-83 (in Russian)].
47. Кряжева С.С., Снарская Е.С., Сухова Т.Е. Норвежская чесотка. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2011;1(1):53-5 [Kriazheva SS, Snarskaia YeS, Sukhova TYe. Norvezhskaia chesotka. *Rossiiskii zhurnal kozhnykh i venericheskikh boleznei*. 2011;1(1):53-5 (in Russian)].
48. Соколова Т.В. Чесотка с позиции практического врача. *Врач*. 2006;2(2):1-69 [Sokolova TV. Chesotka s pozitsii prakticheskogo vracha. *Vrach*. 2006;2(2):1-69 (in Russian)].
49. Darier J. Psorosperose folliculaire vegetante. *Ann Dermatol Syphilol*. 1889;10:597-612.
50. Приказ от 24 апреля 2003 г. №162 «Об утверждении отраслевого стандарта «Протокол ведения больных. Чесотка». Режим доступа: <https://base.garant.ru/4179306/> Ссылка активна на 23.08.2023 [Available at: <https://base.garant.ru/4179306/> Accessed: 23.08.2023 (in Russian)].
51. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 3.2.3215-14 «Профилактика паразитарных болезней на территории Российской Федерации» (утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 28 января 2021 года №4). Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/420233490>. Ссылка активна на 23.08.2023 [Available at: <https://docs.cntd.ru/document/420233490>. Accessed: 23.08.2023 (in Russian)].
52. Приказ МЗ СО N 626-п от 29 марта 2022 года «Об организации мероприятий по заключительной дезинфекции в очагах инфекционных заболеваний на территории Свердловской области в условиях распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19». Режим доступа: <http://publication.pravo.gov.ru/document/6601202203300001>. Ссылка активна на 23.08.2023 [Available at: <http://publication.pravo.gov.ru/document/6601202203300001>. Accessed: 23.08.2023 (in Russian)].

Статья поступила в редакцию / The article received: 01.09.2023

Статья принята к печати / The article approved for publication: 26.12.2023



OMNIDOCTOR.RU