

DOI: <https://doi.org/10.17816/dv107138>

Клинический случай



## К вопросу диагностики норвежской чесотки на примере клинического случая

Ю.В. Карачева<sup>1</sup>, А.Н. Смыкова<sup>1</sup>, А.В. Зейб<sup>2</sup>, Я.А. Ковалева<sup>1</sup>, А.С. Юневич<sup>1</sup><sup>1</sup> Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Российская Федерация<sup>2</sup> Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1, Красноярск, Российская Федерация

### АННОТАЦИЯ

Норвежская чесотка является редкой формой довольно распространённого заразного кожного заболевания, отличается трудностями в диагностике по причине отсутствия типичной клинической картины и характерных жалоб больного. Диагностика норвежской чесотки зачастую затрудняется наличием сопутствующих заболеваний, таких как ихтиоз и умственная отсталость. Вследствие нарушения когнитивных функций у больных сбор жалоб и анамнеза довольно проблематичен. Неверно выставленный диагноз приводит к назначению неэффективной терапии и, как следствие, дальнейшему прогрессированию заболевания, присоединению вторичной инфекции и ухудшению общего состояния организма больного.

Обучение врачей различных специальностей (дерматовенерологов, терапевтов и общей практики) навыкам дифференциальной диагностики норвежской чесотки является актуальным в связи с увеличением случаев данного заболевания в различных коллективах людей, главным образом относящихся к пансионатам и стационарам длительного пребывания.

В данной статье авторами представлен обзор по этиологии, патогенезу, клиническим проявлениям редкой формы чесотки — норвежской; освещены трудности дифференциальной диагностики дерматоза. Приведено описание клинического случая норвежской чесотки у женщины в возрасте 52 лет, страдающей ихтиозом на фоне синдрома Дауна и умственной отсталости.

**Ключевые слова:** норвежская чесотка; синдром Дауна; ихтиоз.

### Для цитирования:

Карачева Ю.В., Смыкова А.Н., Зейб А.В., Ковалева Я.А., Юневич А.С. К вопросу диагностики норвежской чесотки на примере клинического случая // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2022. Т. 25, № 2. С. 133–139. DOI: <https://doi.org/10.17816/dv107138>

DOI: <https://doi.org/10.17816/dv107138>

Case report

## On the issue of diagnosis of Norwegian scabies on the example of a clinical case

Yulia V. Karacheva<sup>1</sup>, Anastasia N. Smykova<sup>1</sup>, Anastasia V. Zeib<sup>2</sup>,  
Yana A. Kovaleva<sup>1</sup>, Anastasia S. Yunevich<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Professor V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russian Federation

<sup>2</sup> Krasnoyarsk Regional Dermatovenerologic Dispensary № 1, Krasnoyarsk, Russian Federation

### ABSTRACT

Norwegian scabies is a rare form of a fairly common contagious skin disease. It is characterized by difficulties in diagnosis due to the absence of a typical clinical picture and characteristic complaints of the patient. Also, the diagnosis of Norwegian scabies is often complicated by the presence of concomitant diseases, such as ichthyosis and mental retardation. As a result of impaired cognitive functions in patients, it is quite problematic to collect complaints and anamnesis. An incorrect diagnosis leads to the appointment of ineffective therapy and, as a result, to further progression of the disease, accompanied by the addition of secondary infection and deterioration of the general condition of the patient's body.

Training of doctors of various specialties (dermatovenerologists, therapists and general practitioners) in the skills of differential diagnosis of Norwegian scabies is relevant due to the increase in cases of this disease in various groups of people, mainly related to boarding houses and long-stay hospitals.

In this article, the authors provide an overview of the etiology, pathogenesis, and clinical manifestations of a rare form of scabies — Norwegian scabies, and highlight the difficulties of differential diagnosis of this dermatosis. A clinical case of Norwegian scabies in a 52-year-old woman suffering from ichthyosis and mental retardation on the background of Down syndrome is described.

**Keywords:** Norwegian scabies; Down syndrome; ichthyosis.

### For citation:

Karacheva YuV, Smykova AN, Zeib AV, Kovaleva YaA, Yunevich AS. On the issue of diagnosis of Norwegian scabies on the example of a clinical case. *Russian journal of skin and venereal diseases*. 2022;25(2):133–139. DOI: <https://doi.org/10.17816/dv107138>

Received: 14.01.2022

Accepted: 16.03.2022

Published: 03.04.2022

## ВВЕДЕНИЕ

Чесотка, хорошо изученное паразитарное инфекционное заболевание кожи, входит в число социально-значимых дерматозов, представляющих опасность для окружающих в связи с высокой контагиозностью [1, 2].

Возбудитель — чесоточный клещ *Sarcoptes scabiei*. По типу паразитизма чесоточные клещи являются постоянными паразитами, большую часть жизни проводят в коже хозяина и лишь в короткий период расселения ведут эктопаразитический образ жизни на поверхности кожи. Суточный ритм активности чесоточного клеща объясняет усиление зуда вечером, преобладание прямого пути заражения при контакте в постели в вечернее и ночное время, эффективность назначения противочесоточных препаратов на ночь. Взрослая самка при комнатной температуре способна сохранять патогенные свойства до 36 ч. Клещ быстро проникает в толщу эпидермиса, формируя так называемые чесоточные ходы. В них самка клеща откладывает яйца и оставляет экскременты. Инвазионными стадиями являются самки и личинки клеща. Заражение чесоткой происходит преимущественно при контакте с больным чесоткой или через инфицированные предметы, при тесном телесном контакте, обычно при совместном пребывании в постели и интимной связи. Возможен также непрямой путь заражения — через предметы обихода, одежду и пр. [3].

Норвежская (корковая, крустозная) чесотка — редкая и очень контагиозная форма заболевания. Возникает при иммуносупрессивных состояниях, длительном приеме гормональных и цитостатических препаратов, нарушении периферической чувствительности, конституциональных аномалиях ороговения, у больных сенильной деменцией, болезнью Дауна, СПИД и т.п. [3].

Инкубационный период норвежской чесотки составляет от 1 до 6 нед. На протяжении данного времени клещи осваиваются, а иммунная система человека начинает реагировать на жизнедеятельность паразитов. Длительность инкубационного периода варьирует в зависимости от количества клещей, попавших на кожу первоначально. Выраженность кожной сыпи от данного фактора не зависит, а является ответом организма в виде аллергической реакции на продукты жизнедеятельности паразита [4].

Основной симптом норвежской чесотки — эритродермия, на фоне которой образуются массивные серовато-жёлтые или буро-чёрные корки толщиной от нескольких миллиметров до 2–3 см, между слоями корок и под ними обнаруживается огромное количество чесоточных клещей. При снятии корок возникают достаточно большие мокнущие эрозии. На кистях и стопах наблюдается множество чесоточных ходов. Нередко поражаются ногти, увеличиваются лимфатические узлы, выпадают волосы, повышается температура тела. От больных исходит неприятный запах [3].

Для диагностики чесотки применяются микроскопическое исследование нативного препарата (соскоб с кожи, извлечение клеща иглой), дерматоскопия [3]. Дифференциальную диагностику следует проводить с заболеваниями кожи, сопровождающимися нарушением кератинизации, такими как ихтиоз, псориаз и др. [4].

Лечение норвежской чесотки осуществляется амбулаторно в два этапа: удаление образовавшихся корок и проведение противопаразитарной терапии. Меры принимаются до полного излечения больного, что в обязательном порядке подтверждается лабораторно. Важно, чтобы лечение проходили все члены семьи, в которой проживает больной. Предписанные врачом указания следует соблюдать в обязательном порядке, что позволяет предотвратить рецидивы.

Медикаментозная терапия дерматоза подразумевает использование препаратов, в состав которых входит бензилбензоат, кротамитон, малатион и перметрин. В качестве профилактических мер рекомендуется после прохождения курса лекарственной терапии прокипятить одежду, постельное бельё и полотенца. Для уборки помещения, в котором находился больной, рекомендуется использовать щелочные и хлорированные растворы [3].

Представляем наблюдаемый нами клинический случай.

## ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

### О пациенте

Пациентка Ю., 1970 года рождения, жительница Красноярского края, с 1992 г. находилась на постоянном проживании в одном из социально-медицинских учреждений с диагнозом «Умственная отсталость тяжёлая без нарушений поведения, обусловленная синдромом Дауна». Сопутствующий диагноз: «Вульгарный ихтиоз». Никаких документов не имеет, личность не установлена. Наследственность неизвестна. Со слов медицинского персонала, больная страдает ихтиозом с сезонными проявлениями, что сопровождается выраженной сухостью и шелушением в зимний период времени. Продуктивному контакту недоступна. С августа 2021 г. начали появляться очаги ороговения на всех кожных покровах, глубокие трещины, болезненность, подъём температуры тела до 38°C. Консультирована местным дерматовенерологом в ЦРБ (16.09.2021), диагноз: «Вульгарный ихтиоз, распространённая форма». Назначено лечение: салициловая мазь 3% + мазь Акридерм 2 раза/день, 30 дней. На фоне лечения состояние без динамики, площадь ороговения распространилась, появился зловонный запах. В середине октября 2021 г. дистанционно проведён расширенный консилиум с участием врачей Красноярского краевого кожно-венерологического диспансера и сотрудников кафедры



**Рис. 1.** Больная Ю., 52 года. На коже туловища и по передней поверхности шеи на фоне эритемы массивные, многоярусные плотные корки в виде рогового панциря и глубокие трещины с серозно-гнойным отделяемым.

**Fig. 1.** Patient Yu., 52 years old. On the skin of the trunk and the anterior surface of the neck against the background of erythema — massive, multi-tiered dense crusts in the form of a horny shell and deep cracks with serous-purulent discharge.



**Рис. 2.** Та же больная. На коже тыльной поверхности кистей на фоне эритемы массивные, многоярусные плотные корки в виде рогового панциря и глубокие трещины с серозно-гнойным отделяемым.

**Fig. 2.** The same patient. On the skin of the back surface of the hands, against the background of erythema, massive, multi-tiered dense crusts in the form of a horny shell and deep cracks with serous-purulent discharge.

дерматовенерологии имени профессора В.И. Прохоренкова с курсом косметологии и последипломного образования Красноярского государственного медицинского университета имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого.

**Объективно.** Психика при поступлении и во время пребывания в отделении: продуктивному контакту недоступна. Смотрит на собеседника, улыбается. Речь не развита. Эмоции не дифференцированы. Память, интеллект не развиты. В отделении спокойна, время проводит среди больных, обслуживается медицинским персоналом.

**Соматическое состояние.** В лёгких дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рёберной дуги. Симптом 12-го ребра отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления не нарушены.

**Локальный статус.** Кожный патологический процесс носит распространённый характер. Эритродермия занимает более 75% площади кожных покровов, локализуется на коже туловища, груди, шеи, спины, верхних и нижних конечностей, лица, волосистой части головы. На фоне эритемы массивные серовато-жёлтые и буро-чёрные корки до 4 см толщиной, многоярусные, плотные в виде рогового панциря, затрудняющие движения; глубокие трещины с серозно-гнойным отделяемым, гнилостным запахом; диффузное шелушение. На коже кистей и стоп наблюдается множество чесоточных ходов, а также кровяные толстые корки с глубокими трещинами. Шейные, подчелюстные, околоушные лимфатические узлы увеличены до 1,5–2 см в диаметре (рис. 1, 2).

**Эпидемиологический анамнез.** Больная контактировала с пациентами в палате. У большинства пациентов в отделении появились высыпания по телу, зуд в вечернее и ночное время. Всем пациентам была проведена обработка кожи бензилбензоатом 20% по схеме; выполнены полная дезинфекция отделения, обработка нательного и постельного белья методом прожарки.

## Результаты лабораторного исследования

**Развёрнутый анализ крови:** гемоглобин (Hb) 135 г/л, лейкоциты (L)  $8,6 \times 10^9$ /л (палочкоядерные 1%, сегментоядерные 70%, эритроциты 14%, лимфоциты 11%, моноциты 4%), скорость оседания эритроцитов (СОЭ) 45 мм/ч.

**Биохимический анализ крови:** холестерин 3,8 ммоль/л, глюкоза 4,9 ммоль/л, аланинаминотрансфераза (АЛТ) 25 ед/л, аспаратаминотрансфераза (АСТ) 14 ед/л, билирубин 9,9 мкмоль/л, белок 59 г/л.

**Общий анализ мочи:** удельный вес — мало мочи, лейкоциты (L) 6–8 в поле зрения, оксалаты +++, белок 0,2 г/л, сахара — отрицательно.

Реакция микропреципитации (–), вирус иммунодефицита человека (–).

*Рентгенография органов грудной клетки:* патологии органов грудной клетки не выявлено.

*Лабораторная диагностика:* в соскобах с эпидермиса микроскопически обнаружены чесоточные клещи, яйца, личинки.

### Лечение и прогноз

Проведена коррекция терапии поочерёдно следующими препаратами: доксициклин (Юнидокс солютаб) в дозе 100 мг 2 раза/день, 10 дней; затем цефтриаксон (раствор) по 1 г 2 раза/день, 10 дней; хлорапирамин (таблетки) по 75 мг/сут, 10 дней; местно бензилбензоат (мазь) 20% по схеме; салициловая мазь 3% на массивные корки; фуорцин на трещины 4 раза/день, 20 дней. Получала инфузионную терапию (Реамберин, натрия хлорид).

На фоне назначенного лечения отмечалась положительная динамика: незначительная эритема на кожных покровах туловища и конечностей, мелкопластинчатое шелушение; корки регрессировали, трещины эпителизировались (рис. 3).

### ОБСУЖДЕНИЕ

В последние годы в структуре клинических форм чесотки возросла доля редких форм заболевания, в частности норвежской чесотки [1, 4]. Такой тип чесотки часто наблюдается у пациентов с сенсорной анестезией, психическими расстройствами, физической недееспособностью и иммуносупрессией [4]. Причинная связь заболевания с психическими расстройствами до конца не известна, но, возможно, что отсутствие восприятия зуда может быть очень важным фактором в развитии норвежской чесотки. Недостаточные знания о течении данного дерматоза у врачей-дерматовенерологов, а также медицинского персонала домов-интернатов часто приводят к диагностическим ошибкам.

Учитывая, что инфекционный процесс может длиться годами, пациент с норвежской чесоткой становится источником заражения в домах-интернатах [4, 5]. У практикующих врачей возникают сложности с диагностикой, так как зачастую данная форма развивается на фоне других заболеваний, в том числе дерматозов, связанных с нарушением ороговения. По данным зарубежных авторов, длительное течение норвежской чесотки может привести к развитию тяжёлых осложнений, в частности эритродермии [5]. В связи с этим возникают трудности дифференцировки норвежской чесотки с другими дерматозами, такими как псориаз, экзема, контактный дерматит и др. [6].

В приведённом клиническом случае у пациентки помимо умственной отсталости на фоне синдрома Дауна имелось хроническое кожное заболевание в виде вульгарного ихтиоза, что затруднило диагностику и послужило причиной вспышки очага чесотки в закрытом учреждении. Отсутствие зуда у пациентки, что характерно



**Рис. 3.** Та же больная после проведённой терапии: на фоне незначительной эритемы вторичные пятна, мелкопластинчатое шелушение.

**Fig. 3.** The same patient after the therapy: against the background of slight erythema, secondary spots, small-lamellar peeling.

для этой формы, привело к поздней диагностике дерматоза. Следует отметить, что гиперкератоз, обусловленный ихтиозом, а также длительное применение топических глюкокортикоидов усугубили тяжесть клинического течения заболевания.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании всего вышесказанного и литературных данных можно констатировать рост доли редких клинических форм чесотки, в частности норвежской чесотки. Недостаточное знание врачами-дерматовенерологами клинических проявлений этого дерматоза, отсутствие осторожности часто приводят к диагностическим ошибкам. При этом заболевание может протекать многие годы, а пациент с данной формой паразитоза становится источником новых очагов заражения.

С целью предупреждения ошибок в диагностике и дальнейшего распространения заболевания необходимо повышать квалификацию врачей в вопросах клинических проявлений норвежской чесотки и диагностики её редких форм, что актуально не только для дерматовенерологов, но и врачей общей практики.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНО

**Источник финансирования.** Поисково-аналитическая работа проведена на личные средства авторского коллектива.

**Конфликт интересов.** Авторы данной статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

**Вклад авторов.** Ю.В. Карачева — консультация больной, определение диагноза и тактики ведения, корректировка текста статьи, одобрение подачи статьи в печать; А.Н. Смыкова — консультация больной, определение диагноза и тактики ведения, составление текста статьи, направление рукописи в редакцию журнала; А.В. Зейб — непосредственное ведение и наблюдение больной, представление её на консультацию сотрудникам кафедры; Я.А. Ковалева, А.С. Юневич — сбор литературных данных по проблеме. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

**Согласие пациента.** Не взято из-за нарушений когнитивных функций больной и отсутствия ближайших родственников.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Salavastru C.M., Chosidow O., Boffa M.J., et al. European guideline for the management of scabies // *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017. Vol. 31, N 8. P. 1248–1253. doi: 10.1111/jdv.14351
2. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология-2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. 5-е изд., перераб. и доп. Москва: Деловой экспресс, 2016. 768 с.
3. Соколова Т.В., Малярчук А.П., Ельцова Н.В., и др. Норвежская чесотка: реалии нашего времени // *Клиническая дерматология и венерология*. 2020. Т. 19, № 1. С. 64–74. doi: 10.17116/klinderma20201901164

## REFERENCES

1. Salavastru CM, Chosidow O, Boffa MJ, et al. European guideline for the management of scabies. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017;31(8):1248–1253. doi: 10.1111/jdv.14351
2. Federal clinical guidelines. Dermatovenereology-2015: Skin diseases. Sexually transmitted infections. 5th ed., reprint. and add. Moscow: Business Express; 2016. 768 p. (In Russ).
3. Sokolova TV, Malyarchuk AP, Yeltsova NV, et al. Norwegian scabies: the realities of our time. *Clin Dermatol Venereol*. 2020;19(1):64–74. (In Russ). doi: 10.17116/klinderma20201901164

## ADDITIONAL INFORMATION

**Funding source.** The research was carried out at the expense of the organization's budgetary funds.

**Competing interests.** The authors declare that they have no competing interests.

**Authors' contribution.** Y.V. Karacheva — consultation of the patient, determination of diagnosis and management tactics, correction of the text of the article, approval of the submission of the article to the press; A.N. Smykova — consultation of the patient, determination of diagnosis and management tactics, drafting of the text of the article, sending the manuscript to the editorial office of the journal; A.V. Zeib — direct management and supervision of the patient, presentation of her for consultation with the staff of the department; Ya.A. Kovaleva, A.S. Yunevich — collection of literary data on the problem. The authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis of literature, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

**Patient's permission.** Not taken due to cognitive impairment of the patient and the absence of next of kin.

4. Малярчук А.П., Соколова Т.В., Лопатина Ю.В., Киселева А.В. Заболеваемость чесоткой и другими дерматозами в детском социально значимом коллективе // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2011. № 4. С. 27–32.
5. Das A., Bar C., Patra A. Norwegian scabies: rare cause of erythroderma // *Indian Dermatol Online J*. 2015. Vol. 6, N 1. P. 52–54. doi: 10.4103/2229-5178.148951
6. Matsuura H., Senoo A., Saito M., Fujimoto Y. Norwegian scabies // *Cleveland Clinic J Med*. 2019. Vol. 86, N 3. P. 163–164. doi: 10.3949/ccjm.86a.18081

4. Malyarchuk AP, Sokolova TV, Lopatina YV, Kiseleva AV. Incidence of scabies and other dermatoses in children's socially significant collective. *Russ J Skin Venereal Diseases*. 2011;(4):27–32. (In Russ).
5. Das A, Bar C, Patra A. Norwegian scabies: rare cause of erythroderma. *Indian Dermatol Online J*. 2015;6(1):52–54. doi: 10.4103/2229-5178.148951
6. Matsuura H, Senoo A, Saito M, Fujimoto Y. Norwegian scabies. *Cleveland Clinic J Med*. 2019;86(3):163–164. doi: 10.3949/ccjm.86a.18081

## ОБ АВТОРАХ

**Карачева Юлия Викторовна**, д.м.н.;  
адрес: Россия, 660022, Красноярск,  
ул. Партизана Железняка, д. 1;  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7025-6824>;  
eLibrary SPIN: 4789-9178;  
e-mail: julkar19@yandex.ru

**Смыкова Анастасия Николаевна**, к.м.н.,  
доцент;  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5846-4244>;  
eLibrary SPIN: 2226-9685;  
e-mail: smykova.a@mail.ru

**Зейб Анастасия Викторовна**;  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8480-1427>;  
e-mail: kristalmed@yandex.ru

**Ковалева Яна Андреевна**, студент;  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3056-4395>;  
e-mail: yanka-kovalevaa@mail.ru

**Юневич Анастасия Сергеевна**, студент;  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7821-6176>;  
e-mail: nastya\_unevich@mail.ru

\* Автор, ответственный за переписку

## AUTHORS' INFO

**Yulia V. Karacheva**, MD, Dr. Sci. (Med.);  
address: 1, P. Zeleznyak street,  
Krasnoyarsk, 660022, Russia;  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7025-6824>;  
eLibrary SPIN: 4789-9178;  
e-mail: julkar19@yandex.ru

**Anastasiya N. Smykova**, MD, Cand. Sci. (Med.),  
Associate Professor;  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5846-4244>;  
eLibrary SPIN: 2226-9685;  
e-mail: smykova.a@mail.ru

**Anastasiya V. Zeib**, MD;  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8480-1427>;  
e-mail: kristalmed@yandex.ru

**Yana A. Kovaleva**, Student;  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3056-4395>;  
e-mail: yanka-kovalevaa@mail.ru

**Anastasiya S. Yunevich**, Student;  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7821-6176>;  
e-mail: nastya\_unevich@mail.ru

\* The author responsible for the correspondence