

## Случай *Larva migrans* у жительницы Приморского края

Ступин А.В., Юцковский А.Д.

ГБОУ ВПО Тихоокеанский государственный медицинский университет Минздрава России, Владивосток

*Дан краткий обзор современной литературы по проблеме Larva migrans cutaneus. Освещены особенности этиологии, течения, а также клинические проявления паразитоза и возможные схемы лечения. Приведено клиническое наблюдение мигрирующей кожной личинки у жительницы Приморского края: анамнез, описание клинической картины, схема лечения. Использованная схема терапии альбендазолом в дозе 400 мг в стуки в течение 7 дней оказалась эффективной.*

**Ключевые слова:** мигрирующая кожная личинка; Приморский край; *Ancylostoma*; *Larva migrans cutaneus*.

### A CASE REPORT LARVA MIGRANS IN A FEMALE RESIDENT OF THE PRIMORYE TERRITORY

Stupin A.V., Yutskovsky A.D.

Pacific State Medical University, 690002, Vladivostok, Russia

*Modern data on the cutaneous Larva migrans is reviewed. The etiology, course, and clinical manifestation of the parasitic disease and the probable therapies are presented. A clinical case with cutaneous Larva migrans in a female resident of the Primorye territory is presented: disease history, clinical picture, and treatment protocol are described. Albendazole therapy (400 mg daily during 7 days) was effective.*

**Key words:** *Larva migrans cutaneus*; Primorye territory; *Ancylostoma*.

В последние десятилетия изменения экономического статуса страны, расширение международных связей, развитие туризма, интенсивные демографические движения, в том числе из зон стихийного бедствия и военных конфликтов, приводят к повышению вероятности завозов в нашу страну нехарактерных тропических инфекционных и паразитарных заболеваний. Наряду с этим обширные территории России включают различные регионы, в которых регистрируются природно-очаговые инфекции или редко встречаемые гельминтозы. По данным ФГУЗ Центра гигиены и эпидемиологии Приморского края, в субъектах Дальневосточного федерального округа (ДФО) с начала 1990-х годов отмечается тенденция к повышению заболеваемости такими природно-очаговыми инфекциями, как клещевой энцефалит, иксодовые клещевые боррелиозы, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом и клещевой риккетсиоз Северной Азии. Как правило, сыпные элементы при этих инфекциях известны дерматологам. Осложняют эпидемиологическую обстановку пограничное расположение ряда субъектов ДВФО, наличие портовых городов, миграционные потоки из среднеазиатских регионов, активизация международных туристических связей в странах Азиатско-Тихоокеанского региона. Эти факторы не исключают завоза не только опасных инфекций (например, лихорадки Ласса, Эбола и др.), но и распространение паразитарных болезней кожи (дерматозоонозов) как ответной реакции на воздействие различных жи-

вотных паразитов, в том числе червей, что нередко вызывает трудности у практических дерматологов в диагностике и лечении такой патологии [1].

Заболевания, вызываемые паразитическими червями, или гельминтозы, широко распространены по всему миру. При этом встречаемость различных видов гельминтов всегда в значительной степени зависела от географического расположения регионов и климатических условий. Случаи регистрации экзотических для России паразитозов были спорадическими. Однако в силу широкой миграции населения, развития туризма следует ожидать увеличения частоты регистрации таких гельминтозов. Свидетельством этого является описанный нами случай кожной формы токсокароза у жительницы Приморья [1].

Кожные формы тканевых гельминтозов занимают особое место среди паразитарных заболеваний человека. К ним относятся такие, как церкариоз и дирофиляриоз (широко распространены и встречаются в России), а также собственно мигрирующая кожная личинка (распространена в тропических странах). В отечественной литературе описания этих заболеваний встречаются лишь в отдельных руководствах по паразитарным заболеваниям [2, 3], а также в переводных изданиях по дерматологии [4]. Сообщения об отдельных случаях в периодических изданиях единичны [5]. Поэтому, встретившись со случаем мигрирующей кожной личинки, мы сочли целесообразным напомнить практикующим дерматологам об этой проблеме.

Сведения об авторах:

Ступин Александр Викторович – кандидат мед. наук (astupin@mail.primorye.ru); Юцковский Александр Дмитриевич – доктор мед. наук, профессор (yutsk@mail.ru).



Рис. 1. Полосовидный очаг шириной до 2 мм, красного цвета, извитой, переплетающейся формы, по ходу миграции личинки. В месте первичного высыпания (предположительно в месте внедрения личинки) – эрозивно-мокнущий очаг (около 1 см) с серозным отделяемым.

Мигрирующая кожная личинка. Возбудителями являются нематоды рода *Ancylostoma* (кривоголовки), в частности такие, как *A. caninum*, *A. braziliense* и *A. ceylonicum*. Полный цикл развития паразитов происходит, как правило, в организмах собак и кошек, тогда как человек не является окончательным хозяином и поражение ограничивается кожными симптомами. Заражение человека происходит при контакте кожи с почвой, загрязненной фекалиями животных, содержащими яйца анкилостом. Во внешней среде через 1–2 сут из яиц выходят свободно живущие рабдитовидные личинки. Последние через 7–10 дней превращаются в инфективные филяревидные личинки и сохраняют свою жизнеспособность в почве до 7–8 нед. Теплый влажный песок в затененных местах является особо благоприятной средой для пребывания активных личинок. Личинки проникают через кожу, например при ходьбе босиком, поэтому наиболее часто поражение кожи наблюдается в области стоп, ягодиц, режее – кистей рук и других участков кожи. Первые проявления обычно наблюдаются через 3 нед после пребывания в Юго-Восточной Азии, Африке, Южной Америке. На месте внедрения личинок развиваются явления неспецифического дерматита, такие как эритема, отек, микровезикуляция и мокнутие. Субъективно – ощущение зуда различной степени выраженности. Личинка локализуется в дерме, и по мере ее продвижения на коже появляется характерный линейный (или нитевидный) дерматит шириной до 3 мм, красного или красно-фиолетового цвета, образующий причудливые узоры и переплетения. При этом в сутки личинка продвигается на 1–2 см, а по некоторым данным – до 5 см. Однако область поражения всегда до определенной степени ограничена. Личинки как бы крутятся на месте. Попытки обнаружить и изъять личинку из видимого конца полоски обычно безуспешны, поскольку в действительности она находится дальше, в клинически еще безреактивной зоне поражения кожи [2, 3].

Самоизлечение наступает обычно в срок от 2 до 8 нед. Однако персистирование может продолжаться до нескольких месяцев и даже до года [4].



Рис. 2. Та же больная. После 7 дней курса лечения альбендазолом. Полосовидный очаг полностью разрешился. Сохраняется умеренное количество серозных корочек в месте предполагаемого внедрения паразита.

Диагностика основана на клинической картине и данных эпидемиологического анамнеза. Обычно затруднений не вызывает, однако могут возникнуть трудности при наличии сильных расчесов и вторичного инфицирования [3].

Лечение рекомендуется проводить пероральными антипаразитарными препаратами. В зарубежной литературе рекомендуют однократное применение ивермектина в дозе 200 мкг/кг (средняя доза 12 мг). Однако по параметрам эффективность – безопасность наиболее приемлемым представляется применение альбендазола в дозе 400 мг в сутки (1 или 2 приема) перорально в течение 7 дней. Он оказывает быстрое действие. Зуд исчезает через 3–5 дней лечения, а кожные очаги – на 6–7-й день. При невозможности лечения пероральными препаратами возможно наружное применение жидкости или крема, содержащих 10–15% тиабендазола, 3 раза в день в течение 5 дней. Непременным условием является нанесение средства на 2 см дальше переднего края клинического очага. Также предлагают орошение хлорэтилом и прижигание жидким азотом движущегося конца, но такие меры часто неэффективны [3, 4].

Приводим клинический случай *Larva migrans cutaneus*.

Пациентка Ч., 59 лет. При обращении 04.01.13 предъявляла жалобы на высыпания на коже тыла левой стопы, периодический зуд умеренной интенсивности и "ощущение движения".

Anamnesis morbid. Во второй половине ноября 2012 г. пребывала в туристической поездке в Таиланде. Имелся единичный факт ходьбы по мокрой земле ("грязи") босиком. Ровно через 3 нед (20.12.12) на тыле левой стопы появились единичное красное отечное высыпание, напоминающее укусы насекомых, зуд. Через 2–3 дня появился и стал удлиняться очаг в виде полоски. 25.12.12 в месте первичного высыпания появились пузырьки, мокнутие. Усилился зуд. Самостоятельно применяла анилиновые красители наружно без эффекта. В дальнейшем отметила удлинение очага, изменение формы с образованием различных извитых фигур (листок, трезубец). Появилось ощущение движения под кожей в очаге.

Anamnesis vitae. Вирусные гепатиты и туберкулез в прошлом отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Данных о непереносимости лекарств нет. Перенесенные заболевания: хрони-

ческий панкреатит, миома матки, мочекислый диатез. В 1991 г. перенесла операцию по поводу кисты поджелудочной железы. Не курит, алкоголь не употребляет. Производственных вредностей нет.

Status praesens. Общее состояние удовлетворительное. Органы и системы – без особенностей. АД 110/70 мм рт. ст., пульс 68 в минуту, удовлетворительного наполнения. Физиологические отправления в норме.

Status localis. Процесс ограниченный, несимметричный, воспалительный. Локализован на коже тыла левой стопы. Поражение носит очаговый характер (рис. 1). Процесс представлен полосовидным очагом шириной до 2 мм, красного цвета, извитой, переплетающейся формы, по ходу миграции личинки. В месте первичного высыпания (предположительно в месте внедрения личинки) – эрозивно-мокнущий очаг (приблизительно 1 см) с серозным отделяемым. Волосы, ногти не изменены. Дермографизм красный, нестойкий.

Диагноз: кожная мигрирующая личинка.

Клинический анализ крови: Нб 129 г/л, эр.  $3,81 \cdot 10^{12}/л$ , цв. показатель 1,01, тр.  $228 \cdot 10^9/л$ , л.  $4,4 \cdot 10^9/л$ , п. 1%, с. 57%, э. 2%, лимф. 37%, мон. 3%; СОЭ 11 мм/ч. Рентгенография грудной клетки – без патологии. Кровь на ИФА Lues отрицательная. Глюкоза крови натощак 4,9 ммоль/л.

Лечение. Альбендазол 400 мг по 1 таблетке в день, 7 дней; цетиризин 10 мг 1 раз в день, 10 дней. Через 7 дней больная отметила значительное улучшение. Сохранялся легкий непостоянный зуд. Ощущение движения прекратилось на 3-й день лечения. Назначенную терапию перенесла хорошо.

Объективно. Полосовидный очаг полностью разрешился. Сохраняется умеренное количество серозных корочек в месте предполагаемого внедрения паразита (рис. 2). Рекомендовано продолжить антигистаминную терапию цетиризином до 20 дней.

Контрольный осмотр через 14 дней от начала лечения: жалоб нет, высыпания полностью разрешились.

Таким образом, в представленном сообщении мы попытались суммировать из разных источников информацию о таком паразитарном заболевании, как мигрирующая кожная личинка, отразить наиболее точно клиническую картину и эпидемиологические особенности для упрощения постановки диагноза. Привели возможные схемы терапии и ознакомили с конкретным клиническим случаем. Используемая схема применения альбендазола оказалась эффективной. В связи с тем что выбор препаратов для системной терапии такого заболевания относительно невелик,

можно рекомендовать использованную нами схему к применению в подобных клинических случаях.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Юцковский А.Д., Денисова А.Н., Кутаева Л.И. Наблюдение случая кожной формы токсокароза. В кн.: Сборник работ IV научно-практической конференции, посвященной памяти проф. А.Л. Машкиллеясона. М.: МГМСУ; 2010: 89–91.
2. Бронштейн А.М., Токмалаев А.К. *Паразитарные болезни человека: Протозоозы и гельминтозы. Учебное пособие.* М.: Изд-во РУДН; 2004.
3. Чебышев Н.В., Пак С.Г., ред. *Инфекционные и паразитарные болезни развивающихся стран. Учебник.* М.: ГЭОТАР-Медиа; 2007.
4. Хэбиф Т.П. *Кожные болезни: диагностика и лечение.* Пер. с англ. М.: МЕДпресс-информ; 2007.
5. Кряжева С.С., Шахнес Е.С., Нефедова Е.Д. Случай Larva migrans у жительницы Подмосковья. *Российский журнал кожных и венерических болезней.* 2006; 2: 27–9.

Поступила 04.10.13

## REFERENCES

1. Yutskovskiy A.D., Denisova A.N., Kutaeva L.I. Observation the case of cutaneous form toxocarasis. In: *IV Scientific-practical conference dedicated to the memory of Professor A.L. Mashkilleysona: collection of articles (Sbornik rabot IV nauchno-prakticheskoy konferentsii, posvyashchennoy pamyati prof. A.L. Mashkilleysona).* Moscow: MSMSU; 2010: 89–91. (in Russian)
2. Bronshteyn A.M., Tokmalaev A.K. *Parasitic disease in humans: Protozoan and helminthic invasions: a textbook (Parazitarnye bolezni cheloveka: Protozoozy i gel'mintozy. Uchebnoe posobie).* Moscow: Publishing house PFUR; 2004. (in Russian)
3. Chebyshev N.V., Pak S.G., eds. *Infectious and parasitic diseases in developing countries: a textbook (Infektsionnye i parazitarnye bolezni razvivayushchikhsya stran. Uchebnik).* Moscow: GEOTAR-Media; 2007. (in Russian)
4. Habif T.P. *Skin disease: diagnosis and treatment (Kozhnye bolezni: diagnostika i lechenie).* Transl. from Engl. Moscow: MEDpress-inform; 2007. (in Russian)
5. Kryazheva S.S., Shahnes E.S., Nefedova E.D. The case of Larva migrans in resident of Moscow region. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney.* 2006; 2: 27–9. (in Russian)

Received 04.10.13

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 616.527.4-055.5/7-092:612.017.1]-078.33

## Доброкачественная семейная хроническая пузырьчатка Гужеро–Хейли–Хейли в аспекте иммунопатологии

Махнева Н.В.<sup>1,2</sup>, Давиденко Е.Б.<sup>1</sup>, Черныш Е.С.<sup>1,2</sup>, Белецкая Л.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Лаборатория фундаментальных методов исследования (руководитель – д-р мед. наук Н.В. Махнева) Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы; <sup>2</sup>кафедра дерматовенерологии и дерматоонкологии (зав. – проф. В.А. Молочков) факультета усовершенствования врачей МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

*Болезнь Хейли–Хейли – редкий аутосомно-доминантный наследственный везикулобуллезный дерматоз, причиной развития которого являются мутации гена АТР2С1. Однако отсутствие в ряде случаев семейной предрасположенности и корреляции между типом мутации дефектного гена и характером клинических проявлений наводит на мысль о существовании дополнительных патоген-*