

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЕЧЕНИЯ НОРВЕЖСКОЙ ЧЕСОТКИ У ПАЦИЕНТА С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

А.Х. Булатова^{1,2}, Х.С. Хаертынов³, И.Г. Идрисов², Н.М. Гильфанов³, А.С. Кузнецов⁴

¹Казанская государственная медицинская академия – филиал Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, Казань, Россия

²Республиканская клиническая инфекционная больница им. профессора А.Ф. Агафонова, Казань, Россия

³Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

⁴ООО «Инновационная Медицина», Казань, Россия

Clinical case of Norwegian scabies in a patient with HIV infection

A.Kh. Bulatova^{1,2}, Kh.S. Khaertynov³, I.G. Idrisov², N.M. Gilfanov³, A.S. Kuznetsov⁴

¹ Kazan State Medical Academy – Branch of the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Kazan, Russia

² Republican Clinical Infectious Diseases Hospital named after professor A.F. Agafonov, Kazan, Russia

³ Kazan State Medical University, Kazan, Russia

⁴ LLC «Innovative Medicine», Kazan, Russia

Резюме

Норвежская чесотка – редко встречающийся вариант чесотки, имеющий клинические отличия от классического представляющий поэтому диагностические сложности. Факторами риска развития норвежской чесотки являются различные иммунодефицитные состояния (ВИЧ-инфекция, злокачественные новообразования, лепра). Представлен клинический случай развития норвежской чесотки у пациента 22 лет с ВИЧ-инфекцией со стадией 4B, с уровнем CD4-лимфоцитов в крови 8 клеток/мкл. Пациент госпитализирован с жалобами на слабость, кожные высыпания, зуд и повышение температуры тела до 40°C. При осмотре отмечались сухость кожных покровов с эритематозными участками на руках, ногах, туловище, а также массивные корки грязно-серого цвета на коже волосистой части головы, туловища, ладоней, локтей, тыльной поверхности стоп. На локтях визуализировались гнойные корочки (симптом Арди).

Лечение чесотки проводилось обработкой пораженных участков кожи раствором бензилбензоата. На фоне проводимой терапии отмечалась положительная динамика в виде исчезновения кожного зуда, неприятного запаха, полного отпадения корочек на 7-й день лечения.

Ключевые слова: норвежская чесотка, ВИЧ-инфекция, кожные поражения.

Введение

Норвежская, или корковая чесотка (crusted scabies) – редкое кожное заболевание, которое было впервые описано С. Воеску и D. Danieleessen в Норвегии в 1841 г. [1]. Норвежская чесотка – высококонтагиозное заболевание. В отличие от классической чесотки, характеризующейся фолликулярными папулами на туловище и конеч-

Abstract

Norwegian scabies is a rare variant of scabies, which has clinical differences from the classical variant, which can cause diagnostic errors. Risk factors for developing the disease are various immunodeficiency states (HIV infection, malignant neoplasms, leprosy). A clinical case of the development of Norwegian scabies in a 22-year-old patient with HIV-infection stage 4B, with a level of CD4-lymphocytes in the blood of 8 cells/ μ l, is presented. The patient was hospitalized with complaints of weakness, skin rashes, itching and fever up to 40°C. On examination, there was dryness of the skin with erythematous areas on the arms, legs, and torso, as well as massive dirty-gray crusts on the skin of the scalp, torso, palms, elbows, dorsal surface of the feet. Purulent crusts were visualized on the elbows (Ardy's symptom).

Treatment of scabies was carried out by treating the skin with a solution of benzyl benzoate. Against the background of the therapy, there was a positive trend in the form of the disappearance of skin itching, unpleasant odor, and complete disappearance of crusts on the 7th day of treatment.

Key words: Norwegian scabies, HIV-infection, skin lesions.

ностях, невоспалительными везикулами вблизи чесоточных ходов, расчесами и кровянистыми корочками, при норвежской чесотке отмечается поражение обширных участков кожных покровов в виде эритемы, пятен, чешуек и корок, под которыми могут скрываться тысячи клещей. Возможно появление трещин и зловонного запаха. Кожный зуд при норвежской чесотке вследствие повреж-

дения нервных окончаний выражен минимально или отсутствует. В анализах крови отмечаются эозинофилия и увеличение уровня IgE [2].

Распространенность обыкновенной чесотки в Российской Федерации в 2018 г. составила 15,0 на 100 000 населения, в 2017 г. — 15,5 [3,4]. Распространенность норвежской чесотки неизвестна вследствие редкости данной патологии.

Факторами риска развития заболевания являются различные иммунодефицитные состояния (ВИЧ-инфекция, злокачественные новообразования, лепра) [5].

Клинический случай

Приводим клинический случай норвежской чесотки у пациента с ВИЧ-инфекцией. Диагноз ВИЧ-инфекции был установлен в 2018 г.

Пациент К. обратился в Республиканскую клиническую инфекционную больницу им. профессора А.Ф. Агафонова 20.01.2022 г. с жалобами на слабость, кожные высыпания, зуд и повышение температуры тела до 40°С.

Состояние при госпитализации средней тяжести за счет интоксикационного, астено-вегетативного, анемического синдромов, кожного процесса, кахексии. Обращало на себя внимание наличие неприятного запаха, исходящего от пациента. Температура тела 38,3°С. Рост 185 см, вес 41 кг, ИМТ 11,9 кг/м². Сознание ясное, менингеальные знаки отрицательные, очаговой неврологической симптоматики нет. Кожные покровы бледные, на руках, ногах, туловище отмечалась сухость и эритематозные участки, на коже волосистой части головы, туловища, ладоней, локтей, тыльной поверхности стоп — массивные корки грязно-серого цвета толщиной от 2 мм до 1 см (рис. 1–3). На локтях визуализировались гнойные корочки (симптом Арди) (рис. 2). В зеве отмечалась умеренно выраженная гиперемия миндалин, задней стенки глотки. Периферические лимфатические узлы увеличены: подчелюстные до 0,5 см, заднешейные — до 0,8 см. Дыхание проводилось по всем полям, хрипов нет. Частота дыхания 18 в минуту, SpO₂ — 98%. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Частота сердечных сокращений 104 в минуту, артериальное давление — 110/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень плотно-эластичной консистенции, выступала из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка — на 0,5 см.

В общем анализе крови (ОАК) при госпитализации: эритроцитов — $2,67 \times 10^{12}/л$, гемоглобин — 71 г/л, гематокрит — 21,7%, тромбоцитов — $46 \times 10^9/л$, лейкоцитов — $7,6 \times 10^9$, из них нейтрофилов — 93,4%, лимфоцитов — 2,2%, эозинофилов — 1,30%.

В биохимическом анализе крови: общий белок — 67,8 г/л, альбумин — 29,6 г/л, общий би-



Рис. 1. Корковые наслоения у больного норвежской чесоткой в области кистей



Рис. 2. Корковые наслоения у больного норвежской чесоткой в области локтей (симптом Арди)



Рис. 3. Корковые наслоения у больного норвежской чесоткой в области тыльной поверхности стоп и проекции голеностопного сустава

лирубин — 6,7 мкмоль/л, аланинаминотрансфераза — 9,2 ЕД/л, аспаратаминотрансфераза — 27,7 ЕД/л, мочевины — 4,9 ммоль/л, креатинин — 74 мкмоль/л, глюкоза — 7,8 ммоль/л, ферритин — 621,5 мкг/л, С-реактивный белок — 121,08 мг/л.

В общем анализе мочи (ОАМ): относительная плотность — 1020, рН — 6,5, лейкоцитов 0 — 1 в поле зрения, белок не обнаружен.

Проведено исследование крови на маркеры герпес-вирусных инфекций и вирусных гепатитов: HBsAg, антитела к HCV, ДНК вируса Эпштейн — Барр (ВЭБ), вируса герпеса 6 типа (ВГЧ-6), вирусов простого герпеса 1 и 2 типов не обнаружены, выявлена ДНК цитомегаловируса (ЦМВ).

Бактериологическое исследование крови на стерильность роста микрофлоры не выявило.

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости (УЗИ) выявлено увеличение размеров печени (правая доля 142 мм, левая доля 52 мм, хвостатая доля 18 мм), эхогенность однородная, очаговых изменений не выявлено, внутрипеченочные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь — 136×49 мм, контуры ровные, четкие. Стенки уплотнены, содержимое однородное, конкременты не визуализируются. Селезенка увеличена, размеры 136×49 мм, эхоструктура однородная, мелкозернистая.

На рентгенографии органов грудной клетки очаговых и инфильтративных теней не выявлено.

По данным СПИД-центра от января 2022 г., уровень CD4-лимфоцитов в крови составил 8 клеток/мкл, вирусная нагрузка — 459 000 копий/мл. С момента установления диагноза ВИЧ-инфекции пациент АРВТ не получал.

С учетом продолжительности кожного процесса в виде эритематозных пятен и корочек, сопровождающегося зудом, неприятным запахом, диагностированной ВИЧ-инфекции, низкого уровня CD4-лимфоцитов, применения ранее гормональных препаратов, возникло предположение о течении у пациента норвежской чесотки. Пациент был осмотрен дерматологом. Был произведен соскоб пораженных участков кожи, в результате которого были обнаружены особи чесоточного клеща (рис. 4). Было назначено лечение: обработка кожных покровов раствором бензилбензоата. На фоне проводимой терапии отмечалась положительная динамика в виде исчезновения кожного зуда, неприятного запаха, полного отпадения корочек на 7-й день лечения.

Из анамнеза заболевания было установлено, что первые элементы сыпи и кожный зуд у пациента появились в августе 2021 г. В ноябре 2021 г. он был осмотрен дерматологом, выставлен диагноз «Многоформная экссудативная эритема», назначено лечение: преднизолон внутривенно, растворы 10% глюконат кальция и хлорпирамина



Рис. 4. Зрелые формы *Sacroptes scabiei hominis*

внутримышечно, преднизолон и аспаркам *per os*, преднизолоновая мазь. На фоне проводимой терапии заметного улучшения кожного процесса не отмечалось. С 10.01.2022 г. отмечалось появление выраженной слабости, усиление кожного зуда и повышение температуры тела до 40°C.

Эпидемиологический анамнез: у родителей и бабушки пациента в течение последнего месяца отмечался кожный зуд, который был купирован после применения раствора бензилбензоата.

Заключение

Кожные поражения — частые проявления ВИЧ-инфекции, которые включают кожную форму саркомы Капоши, импетиго, эктиму, фолликулит, целлюлит, абсцессы, бациллярный ангиоматоз, опоясывающий герпес, грибковые поражения и паразитарные инвазии [6]. Одним из кожных заболеваний, регистрируемых при ВИЧ-инфекции, является чесотка. Как известно, основными клиническими проявлениями чесотки являются кожный зуд и формирование чесоточных ходов. В приводимом клиническом случае у пациента при госпитализации не выявлено характерных для чесотки кожных проявлений. В то же время у больного отмечались эритематозные участки кожи, корочки, зуд, неприятный запах, исходивший от кожных покровов, что в сочетании с эозинофилией в общем анализе крови, а также отмечавшимся у членов семьи кожным зудом, купированным после

применения раствора бензилбензоата, позволило предположить развитие у пациента норвежской чесотки. Диагноз был подтвержден обнаружением в соскобах из пораженных участков кожи чесоточного клеща. Учитывая развитие норвежской чесотки преимущественно у иммунокомпрометированных пациентов, при несвоевременном начале терапии возможно присоединение вторичной бактериальной инфекции с развитием пиодермии, сепсиса [7]. Редкость норвежской чесотки, низкая осведомленность врачей об этом заболевании обуславливают сложности в ее диагностике и назначении необходимой терапии.

Согласно клиническим рекомендациям, основным направлением лечения норвежской чесотки является топический перметрин. В приводимом клиническом случае были использованы раствор бензилбензоата и серная мазь. Лечение этими препаратами сопровождалось быстрым терапевтическим эффектом, что позволяет использовать их при лечении норвежской чесотки. Прогноз для норвежской чесотки при своевременной диагностике и начале терапии благоприятный.

Литература

1. Scabies, lice, and myiasis GentianeMonsel Olivier Chosidow Clinical Infectious Disease, Second Edition (2015) Cambridge University Press, (2015), 162-166 DOI: 10.1017/SBO9781139855952.029
2. Roberts LJ, Huffam SE, Walton SF, Currie BJ. Crusted scabies: clinical and immunological findings in seventy-eight patients and a review of the literature. *Journal of infection*. 2005; 50(5), 375–381. doi:10.1016/j.jinf.2004.08.033
3. ФГБУ Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава РФ: официальный сайт.- Москва. – URL: <https://mednet.ru/> (дата обращения – 02.09.2019). – Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, заразными кожными болезнями и заболеваниями кожи за 2017–2018 годы. Статистический материал. – Режим доступа: для зарегистрированных пользователей. – Текст: электронный

4. Sokolova TV, Malyarchuk AP, Eltsova NV, Khamitsaeva IR, Yuryeva EO, Travkina IA. Norwegian scabies: the realities of our time. *Russian Journal of Clinical Dermatology and Venereology. Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2020;19(1):64-74. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/klinderm20201901164>

5. Gloster HM, Gebauer LE, Mistur RL. *Absolute Dermatology Review*. Springer. 2016; doi:10.1007/978-3-319-03218-4

6. Schwartz RA. Kaposi's sarcoma: An update. 2004; 87(3), 146–151. doi:10.1002/jso.20090

7. Lin S, Farber J, Lado L. A Case Report of Crusted Scabies with Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus Bacteremia. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2009; 57(9), 1713–1714. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02412.x

References

1. Scabies, lice, and myiasis GentianeMonsel Olivier Chosidow Clinical Infectious Disease, Second Edition (2015) Cambridge University Press, (2015), 162-166 DOI: 10.1017/SBO9781139855952.029
2. Roberts LJ, Huffam SE, Walton SF, Currie BJ. Crusted scabies: clinical and immunological findings in seventy-eight patients and a review of the literature. *Journal of infection*. 2005; 50(5), 375–381. doi:10.1016/j.jinf.2004.08.033
3. Federal State Budgetary Institution Central Research Institute of Organization and Informatization of Healthcare "of the Ministry of Health of the Russian Federation: official website. – Moscow. – URL: <https://mednet.ru/> (date of access – 09/02/2019). – Resources and activities of medical organizations of the dermatovenerological profile. The incidence of sexually transmitted infections, contagious skin diseases and skin diseases for 2017-2018. Statistical materials. – Access mode: for registered users. – Text: electronic
4. Sokolova TV, Malyarchuk AP, Eltsova NV, Khamitsaeva IR, Yuryeva EO, Travkina IA. Norwegian scabies: the realities of our time. *Russian Journal of Clinical Dermatology and Venereology. Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2020;19(1):64-74. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/klinderm20201901164>
5. Gloster HM, Gebauer LE, Mistur RL. *Absolute Dermatology Review*. Springer. 2016; doi:10.1007/978-3-319-03218-4
6. Schwartz RA. Kaposi's sarcoma: An update. 2004; 87(3), 146–151. doi:10.1002/jso.20090
7. Lin S, Farber J, Lado L. A Case Report of Crusted Scabies with Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus Bacteremia. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2009; 57(9), 1713–1714. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02412.x

Авторский коллектив:

Булатова Асия Халитовна – аспирант кафедры инфекционных болезней Казанской государственной медицинской академии – филиала Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования; врач-инфекционист Республиканской клинической инфекционной больницы им. профессора А.Ф. Агафонова; тел.: +7-909-308-12-51, e-mail: Asiyakhaertynova@gmail.com

Хаертынов Халит Саубанович – доцент кафедры детских инфекций Казанского государственного медицинского университета, д.м.н.; e-mail: khalit65@yandex.ru

Идрисов Ильдар Газимович – врач-инфекционист Республиканской клинической инфекционной больницы им. профессора А.Ф. Агафонова; тел.: +7-986-906-61-26, e-mail: Funtikkkk@rambler.ru

Гильфанов Нафис Минегусманович – врач-ординатор кафедры инфекционных болезней Казанского государственного медицинского университета, e-mail: nafis9@yandex.ru

Кузнецов Андрей Сергеевич – врач-дерматовенеролог ООО «Инновационная Медицина», andrewka.smith@gmail.com