

УДК 616.995.428-053.2

3.1.23 Дерматология

DOI: 10.37903/vsgma.2025.3.19 EDN: LVJLVS

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЧЕСОТКИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА: АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ****© Торшина И.Е.<sup>1</sup>, Крюкова А.Н.<sup>2</sup>, Беликов А.Н.<sup>3</sup>, Савкина С.Д.<sup>3</sup>**<sup>1</sup>Смоленский государственный медицинский университет, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28<sup>2</sup>Калужский областной клинический кожно-венерологический диспансер, Россия, 248000, Калуга, ул. Первомайская, 33<sup>3</sup>Калужский государственный университет им. К.Э. Циолковского, Россия, 248023, Калуга, ул. Степана Разина, 26*Резюме*

**Цель.** Определение клинических и эпидемических особенностей современного течения чесотки у детей первого года жизни на примере анализа клинического случая семейного очага с вовлечением в инфекционный процесс новорожденного.

**Методика.** Сравнительный анализ статистических данных по заболеваемости чесоткой в РФ и Калужской области на основе отчетно-учетных материалов за период 2021-2024 гг. Клинический, эпидемиологический и лабораторный методы анализа данных 5 медицинских карт больных чесоткой (учетная форма №025/у), формирующих семейный очаг заболевания.

**Результаты.** В результате бытового общения в семье, члены которой инфицированы чесоточным клещом, при развитии чесотки у новорожденных развиваются распространенные, диссеминированные формы с наклонностью к эритрoderмии, включая нетипичные для локализации анатомические области (лицо, шея) и быстрым присоединением вторичного инфицирования, что может симулировать пиодермию, микробную экзему, а также риском формирования скабиозной лимфоплазии.

**Заключение.** Установлены статистические значимые различия в уровнях заболеваемости чесоткой среди населения Калужской области с преобладанием в возрастной структуре лиц до 14 лет на фоне общей стойкой тенденции эпидемического роста и распространения чесотки.

**Ключевые слова:** чесотка, новорожденные, клинические особенности, семейный эпидемический очаг

**CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PARTICULAR QUALITIES INFANTS' SCABIES: ANALYSES OF THE CLINICAL CASE OF THE INFANT'S SCABIES****Torshina I.E.<sup>1</sup>, Kryukova A.N.<sup>2</sup>, Belikov A.N.<sup>3</sup>, Savkina S.D.<sup>3</sup>**<sup>1</sup>*Smolensk State Medical University, 28, Krupskoj St., 214019, Smolensk, Russia*<sup>2</sup>*Kaluga Regional Clinical Dermatovenereology Dispensary, 33, Pervomayskaya St., 248000, Kaluga, Russia*<sup>3</sup>*Kaluga State University named after K.E. Tsiolkovsky, 26, Stepana Razina St., 248023, Kaluga, Russia**Abstract*

**Objective.** To determine the clinical and epidemic features of the modern course of scabies in children of the first year of life using the example of the analysis of a clinical case of a family focus with the involvement of a newborn in the infectious process.

**Methods.** Comparative analysis of statistical data on the incidence of scabies in the Russian Federation and the Kaluga region based on reporting and accounting materials for the period 2021-2024. Clinical, epidemiological and laboratory methods of analyzing data from 5 medical records of patients with scabies (registration accounting form №025), forming a family focus of the disease.

**Results.** As a result of everyday communication in a family whose members are infected with the scabies mite, with the development of scabies in newborns, widespread, disseminated forms with a tendency to erythroderma develop, including anatomical areas atypical for localization (face, neck) and rapid addition

of secondary infection, which can simulate pyoderma, microbial eczema, as well as the risk of developing scabies lymphoplasia.

**Conclusions.** Statistically significant differences in the incidence of scabies among the population of the Kaluga Region were established, with a predominance in the age structure of persons under 14 years of age against the background of a general stable trend of epidemic growth and spread of scabies.

**Keywords:** scabies, newborns, clinical features, family epidemic focus

## Введение

Распространенность чесотки (scabies) в современном мире сохраняет свою актуальность в клинической медицине: разнообразие путей трансмиссии (прямой, опосредованный, сексуальный) на фоне социальных потрясений и вынужденной миграции населения формирует иррадиирующие эпидемические очаги. По данным официальной статистики в РФ в 2022 г. было зарегистрировано 16229 случаев чесотки; показатель заболеваемости составил 11,1 на 100 тыс. населения.

В соответствии с рекомендациями стратегической и технической консультативной групп ВОЗ по забытым тропическим болезням чесотка и другие эктопаразитарные заболевания были включены в 2017 г. в категорию остающихся без внимания инфекционных дерматозов [6, 7]. Стратегический план и глобальные цели ВОЗ в борьбе с чесоткой на период до 2030 г. предусматривают: 1) включение лечения чесотки в пакеты медико-санитарной помощи в рамках обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения стран; 2) реализация стратегии массового применения лекарственных средств против чесотки в эндемичных районах (при уровне распространенности 10% или выше) [6, 7].

Трудности диагностики чесотки могут быть обусловлены предшествующей неадекватной терапией с последующим изменением типичной картины заболевания, а также её ожидаемой девиацией у особых категорий пациентов: 1) детей периода новорожденности, грудного и раннего детского возраста, 2) геронтологических пациентов, 3) больных, получающих иммуносупрессивную терапию, 4) у лиц в состоянии иммунодефицита (врожденного или приобретенного) [2, 5].

Для верификации окончательного диагноза необходима комплексная оценка субъективных ощущений (зуд), дерматологического статуса с определением патогномоничных клинических симптомов заболевания и обязательным обнаружением у больных возбудителя чесотки (имаго, яиц, протонимф и нимф чесоточного клеща) методами микроскопии и/или дерматоскопии в пределах предполагаемого чесоточного хода [1].

Контроль распространения чесотки в популяции напрямую коррелирует с определением и ликвидацией эпидемических очагов чесотки, каждый из которых представляет собой группу людей с больным – источником заражения и потенциальных условий для передачи возбудителя. Чрезвычайно важно определять эпидемические очаги и их подтипы: потенциальные (с одним больным) и иррадиирующие (с двумя больными и более). Число этих очагов зависит от инвазионной контактности, т.е. частотой и интенсивностью контактов между людьми [2, 3, 4, 5].

Цель исследования – определение клинических и эпидемических особенностей современного течения чесотки у детей первого года жизни на примере анализа клинического случая семейного очага с вовлечением в инфекционный процесс новорожденного.

## Методика

Проведен сравнительный ретроспективный анализ статистических данных по заболеваемости чесоткой в РФ и Калужской области на основе официальных отчетно-учетных материалов за период 2021-2024 гг. Использованы клинический, эпидемиологический и лабораторный методы анализа информационных данных 5 медицинских карт больных чесоткой (учетная форма №025/у), формирующих семейный очаг заболевания с вовлечением двух взрослых и трех детей.

## Результаты исследования и их обсуждение

Сравнительный анализ официальных статистических данных по заболеваемости чесоткой в Калужской области демонстрирует общую тенденцию роста абсолютного числа больных от 39 в 2021 г. до 125 в 2024 г. (табл. 1). Возрастная характеристика больных чесоткой показывает стойкую тенденцию увеличения среди детей до 14 лет: абсолютное число возросло более чем в 6 раз за период 2021-2024 гг. Закономерно, что в период вынужденной изоляции, обусловленной пандемией COVID-19, число больных чесоткой было минимальным, однако снятие ограничений на спаде пандемии привело к увеличению числа инфицированных именно посредством формирования групп риска – детского населения области (табл. 1).

Таблица 1. Возрастная характеристика больных чесоткой (абс. ч) в Калужской области в динамике (2021-2024 гг.)

Возраст Год	0-14 лет	15-17 лет	От 18 лет и старше	Всего
2021	11	2	26	39
2022	12	1	27	40
2023	37	1	60	98
2024	67	11	47	125

Следует отметить, что официальная статистика регистрации чесотки значительным образом отличается от реальной, т.к. преобладающее большинство контактных лиц получает противоскабиозное лечение ex-jvantibus («от успеха»), требующее по его успешном окончании оформления экстренного извещения (учетная форма 089/у). Однако, игнорирование пациентами контрольной явки к врачу, назначившему лечение от чесотки, например, в случае положительной динамики и регресса клинической картины, к сожалению, способствует сокрытию настоящих статистических данных по истинной заболеваемости в популяции.

В современной клинической практике чаще регистрируются случаи неэффективного лечения чесотки из-за причин, обусловленных: 1) несоблюдением обязательных правил обработки кожных покровов скабицидами, 2) резистентностью к скабицидам у чесоточных клещей, 3) диагностическими ошибками, которые закономерно приводят к формированию иррадиирующих семейных очагов чесотки, развитию у источника заражения и контактных лиц диссеминированных, атипичных форм и реинфекции.

Представляем клинический случай атипичного течения чесотки с последующей реинфекцией заболевания у ребенка грудного возраста в семейном эпидемическом очаге, в котором оба родителя и все дети были инфицированы.

## Описание клинического случая

Девочка 22.08.2023 г. рождения, проживает в г. Калуга. Ребенок от 5-й желанной планируемой беременности, 4-х срочных родов путем операции кесарева сечения. При рождении масса тела 3710 гр., рост 52 см. Врожденные заболевания на момент рождения при обследовании неонатологом не выявлены.

Мама девочки обратилась в октябре 2023 г. (на момент обращения возраст ребенка 2,5 месяца) за медицинской помощью в поликлинику Калужского областного клинического кожно-венерологического диспансера (КОККВД) в связи с жалобами на мучительный непрекращающийся зуд и распространенные высыпания на коже тела у её новорожденной дочери. На момент обращения девочка больна около 1,5 месяцев. Самостоятельное лечение не проводилось. Лечение в условиях детского отделения с 01.11.2023 г. по 04.11.2023 г., в связи с незначительным улучшением процесса на фоне проводимой противоскабиозной терапии (бензилбензоата раствор 5%) по заявлению матери была выписана из стационара. Состояние кожи значительно ухудшилось дома: увеличилось число высыпных элементов и усилилась интенсивность зуда. Мама ребенка повторно обратилась в КОККВД за медицинской помощью, принято коллегиальное решение о повторной госпитализации в детское отделение совместно с матерью и старшими детьми. На фоне лечения (с 13.11.2023 г. по 23.11.2023 г. в течение 10 дней) процесс регрессировал, девочка была выписана со значительным улучшением кожного процесса с дальнейшими рекомендациями по уходу за кожей.

Эпидемический анамнез: в семье девочки диагноз «чесотка» подтвержден у старших детей – у брата 4-х лет, сестры 2,5 лет и отца (1982 года рождения). Члены семьи с верифицированной чесоткой получали противоскабиозную терапию амбулаторно. Старший брат девочки 4-х лет посещает детский сад, а сестра 2,5 лет находится на домашнем воспитании. Других членов семьи, проживающих на одной территории или временно контактирующих с детьми нет. На момент первичного обращения девочка болеет около 1,5 месяцев. Со слов матери, назначенную врачом дерматовенерологом дезинфекцию дома не проводили. Осмотр контактных детей в группе детского сада, который посещает старший 4-летний брат проведен, больных детей не выявлено.

Дерматологический статус на момент повторной госпитализации (13.11.2023 г.): высыпания полиморфные генерализованные с вовлечением кожи туловища, конечностей, а также лица и волосистой части головы (рис. 1А). Сыпь в виде сливающихся папул красного цвета с чешуйко-корками желтоватого оттенка на поверхности в сочетании с эритемами и уртикариями. На коже ладоней и подошв (рис. 1Б) различимы чесоточные ходы и очаги лимфоплазии (в паховых, подмышечных складках).



Рис. 1. А – Массивная инфильтрация кожи с участками лихенизации, сливающимися воспалительными папулами, пустулами и чешуйко-корками желтого цвета на поверхности. Б – Множественные чесоточные ходы в типичных местах – в области стоп

Дермографизм определить не удалось ввиду тотального поражения кожи. При пальпации обнаружены увеличенные группы периферических затылочных лимфоузлов; узелки лимфоплазии в паховых и аксилярных складках.

Результаты обследований: при микроскопии соскобного материала из предполагаемого чесоточного хода в области стоп обнаружен *Sarcoptes (Acarus) scabiei* (от 01.11.2023 г.). При дерматоскопическом исследовании в проекции чесоточного хода кожи свода правой стопы обнаружен чесоточный клещ (рис. 2).

В общем анализе крови от 02.11.2023, 14.11.2023 и 23.11.2023 лейкоцитоз (от  $30,6 \times 10^9/\text{л}$  до  $15,3 \times 10^9/\text{л}$ ) с резко выраженной эозинофилией ( $42-33 \times 10^9/\text{л}$ ). Показатели общего анализа мочи, уровня сахара крови в пределах физиологической нормы.

Ребенок осмотрен педиатром в условиях стационара – соматически сохранный. Диагноз «Чесотка» у девочки грудного возраста был установлен на основании: 1) данных анамнеза (у всех членов семьи обнаружена чесотка, предполагаемый источник заражения – отец семейства, у которого появились высыпания ранее, чем у других членов семьи), 2) особенностей клинической картины чесотки (полиморфная сыпь, наличие чесоточных ходов, формирование очагов лимфоплазии (как признака реинвазии) и осложнения в виде пиодермии (наличие пустул и желтых корочек на поверхности сыпи)); 3) результатов дополнительных исследований при микроскопии соскобного материала и при дерматоскопии – обнаружение возбудителя *Sarcoptes (Acarus) scabiei*

в соскобе из чесоточного хода; лейкоцитоза (от  $30,6 \times 10^9/\text{л}$  до  $15,3 \times 10^9/\text{л}$ ) и выраженной эозинофилии ( $42-33 \times 10^9/\text{л}$ ).

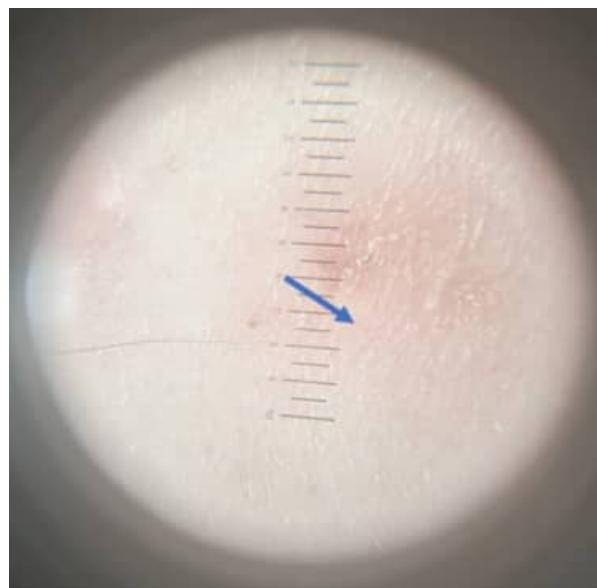


Рис. 2. Дермоскопическая картина чесоточного хода. *Sarcoptes (Acarus) scabiei* указан стрелкой в проекции чесоточного хода

Противоскабиозное лечение ребенка проводилось в условиях стационара с применением препаратов: 1) в период первой госпитализации (с 01.11.2023 по 04.11.2023) – эмульсией бензилбензоата 5% на очаги поражения и раствором феницитола по 5 капель в сутки ежедневно; 2) в период повторной госпитализации (с 13.11.2023 по 23.11.2023) с учетом факта реинфекции – 3% серной мазью и эмульсией Пермилайт; на очаги выраженного воспаления – топические кортикостероиды в форме эмульсии метилпреднизолона ацепоната (Адвантан), нестероидные противовоспалительные препараты (Белобаза крем) и противозудные препараты с содержанием синтетического танина и полидоканола (Неотанин спрей); в качестве системной терапии – раствор феницитола по 3 капли 3 раза в день; энтеросгель по 1 чайной ложке на 5-6 приемом в течение 7 дней.

В результате успешно проведенной противоскабиозной терапии высыпания разрешились, пациентка была выписана под наблюдение дерматологом по месту жительства с активным посещением раз в 10 дней, дезинфекцией жилых помещений, постельного и нательного белья.

## Заключение

Представленный клинический случай демонстрирует атипичное течение чесотки с вовлечением кожи лица и шеи (негативные места локализации сыпи при чесотке) и развитием диссеминированной формы заболевания, осложненной пиодермии и экзематизацией, что обусловлено особенностями физиологии и анатомии кожи ребенка грудного возраста (2 месяца). Инфицирование в семейном эпидемическом очаге чесотки в первые дни жизни ребенка и последующей реинфекцией эктопаразитоза в виде формирования очагов лимфоплазии в местах сохранения эмбриональной лимфоидной ткани паховых и аксилярных складок диктует необходимость тщательного проведения противоэпидемической работы и контроля за излеченностью всех контактных лиц в эпидемическом очаге чесотки.

## Литература (references)

1. Дерматоскопия в общей дерматологии / Под ред. А Лалласа, Э. Эрричетти, Д. Йоанидиса: пер. с англ. Под ред Н.Н. Потекаева, А.В. Миченко. — Москва: ГЭОТАР Медиа 2022. — С. 78. [Dermatoskopija v obshhej dermatologii /Pod red. A Lallas, Je. Jerrichettri, D. Joannidis: per. s angl. Pod red N.N, Potekeeva, A.V. Michenko. – Moskva: GJeOTAR Media 2022. – P. 78. (in Russian)]

2. Кожные и венерические болезни: учебник / под ред. О.Ю. Олисовой. М.: Практическая медицина 2015. С. 152-154, С. 162-163. [Kozhnye i venericheskie bolezni: uchebnik / pod red. O.Ju. Olisovoj. M.: Prakticheskaja medicina 2015. – S. 152-154, P. 162-163. (in Russian)]
3. СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» (с изменениями на 25 мая 2022 года) [SanPiN 3.3686-21 "Sanitarno-jepidemiologicheskie trebovaniya po profilaktike infekcionnyh boleznej" (s izmenenijami na 25 maja 2022 goda) (in Russian)]
4. ФЗ №52 от 30.03.1999 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». [FZ №52 ot 30.03.1999 «O sanitarno-jepidemiologicheskem blagopoluchii naselenija». (in Russian)]
5. 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. – Т.20(3). – С. 157-175. [Sokolova T.V., Lopatina Ju.V., Maljarchuk A.P., Novolockaja K.M. Klinicheskaja dermatologija i venerologija. – 2021. – V.20(3). – P. 157-175. (in Russian)]
6. Engelman D., Yoshizumi J., Hay R.J. et al. The 2020 International Alliance for the Control of Scabies Consensus Criteria for the Diagnosis of Scabies // British Journal of Dermatology. – 2020. – V.183(5). – P. 808-820.
7. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/scabies>

### Информация об авторах

*Торшина Ирина Евгеньевна* – доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой дерматовенерологии, косметологии и ДПО ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: [irina-torsina@mail.ru](mailto:irina-torsina@mail.ru)

*Крюкова Александра Николаевна* – врач-дерматовенеролог ГБУЗ КО «Калужский областной клинический кожновенерологический диспансер». E-mail: [aleksandrakrukova2@gmail.com](mailto:aleksandrakrukova2@gmail.com)

*Беликов Александр Николаевич* – кандидат медицинских наук, доцент кафедры внутренних болезней медицинского института ФГБОУ ВО «Калужский государственный университет им. К.Э. Циолковского». E-mail: [belikovbelikov@icloud.com](mailto:belikovbelikov@icloud.com)

*Савкина София Дмитриевна* – клинический ординатор кафедры постдипломного образования медицинского института ФГБОУ ВО «Калужский государственный университет им. К.Э. Циолковского». E-mail: [s.d.savkina@bk.ru](mailto:s.d.savkina@bk.ru)

**Конфликт интересов:** авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила 02.03.2025

Принята к печати 25.09.2025