

# ОБОСТРЕНИЕ ПСОРИАЗА ПРИ ЗАРАЖЕНИИ ЧЕСОТКОЙ

*Т. В. Соколова, А.П. Малярчук*

Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ

Москва

*Резюме.* Описан клинический случай обострения ранее не диагностированного ограниченного псориаза волосистой части головы как результат изоморфной реакции Кебнера при заражении чесоткой военнослужащего по призыву. Псориазические высыпания появились не только на местах расчесов, но и в области высыпаний, соответствующих местам паразитирования чесоточного клеща.

*Ключевые слова:* чесотка, псориаз, изоморфная реакция Кебнера

---

В литературе имеется достаточно много публикаций, свидетельствующих о влиянии на течение хронических дерматозов различных инфекционных и паразитарных заболеваний [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13]. Чесотка в данном случае не является исключением. Учитывая высокую контагиозность заболевания, чесотка нередко возникает на фоне различных соматических заболеваний [14, 15, 16, 17, 18, 19] и дерматозов [20, 21, 22, 23, 24]. Кроме того, чесотка может имитировать различные дерматозы или сопровождаться редкими осложнениями [25, 26]. Это приводит к диагностическим ошибкам, следствием которых является иррадиация очага инвазии за счет появления новых больных.

Редкими клиническими проявлениями чесотки являются поражение ногтевых пластинок у детей [27, 28], локализация чесоточных ходов на околоногтевых валиках, за ушными раковинами, в области скуловой дуги, на передней поверхности голени у пожилых женщин [25]. Из редких осложнений следует отметить панариций, рожистое воспаление, орхоэпидидимит [25]. Описаны случаи, когда клинические проявления чесотки имитируют почесуху, мастоцитоз, красный плоский лишай, дерматит

Дюринга [25]. В этих случаях выявлялись чесоточные ходы с типичной локализацией на кистях и стопах, а кожный процесс полностью разрешался после проведенной терапии одним из противочесоточных препаратов.

Обнаружено, что чесотка, протекающая на фоне дерматозов, сопровождающихся выраженной сухостью кожного покрова (атопический дерматит и вульгарный ихтиоз), характеризуется единичными чесоточными ходами. При дерматозах, сопровождающихся гиперфункцией потовых желез (гипергидроз, дисгидротическая экзема и эпидермофития стоп), чесоточные ходы были множественными [22]. Единичные чесоточные ходы наблюдали и у лиц старческого возраста в связи с выраженной инволюцией потовых желез [22]. При чесотке на фоне псориаза, красного плоского лишая, atopического дерматита высыпания, свойственные метаморфической части жизненного цикла чесоточного клеща (фолликулярные папулы и невоспалительные везикулы) маскировались проявлениями хронического дерматоза. При этом характерные чесоточные ходы были на типичных местах [25]. Описан случай чесотки на фоне болезни Дарье [25]. Заболевание протекало с генерализованной пиодермией с лимфаденопатией. На течение чесотки у пожилых женщин с сенильной деменцией и шизофренией, помимо возраста (сухость кожных покровов), влиял прием транквилизаторов, нейролептиков, антидепрессантов и сидячий образ жизни. Характерными симптомами чесотки в этом случае были отсутствие зуда, наличие множества интактных (без признаков воспаления) чесоточных ходов на кистях и стопах, скабиозной лимфоплазии на ягодицах, нередко сливающейся в крупные инфильтраты, и осложнений в виде аллергического дерматита и глубокой пиодермии (фурункулы, карбункулы, эктимы).

В связи с этим особый интерес представляет случай заражения чесоткой больного, страдающего псориазом с изолированным поражением волосистой части головы.

Больной П., 1987 года рождения (20 лет), военнослужащий по призыву, прослуживший в армии 4 месяца, поступил в кожно-венерологическое отделение

госпиталя 14 февраля 2008 года. До призыва в армию в течение нескольких лет беспокоили шелушащиеся высыпания на волосистой части головы, которые сам пациент и врач по месту жительства расценивали как перхоть. Во время призывной медицинской комиссии в военкомате жалоб не предъявлял. Признан здоровым и годным к военной службе. Призван в армию в октябре 2007 года. В январе 2008 года больного стал беспокоить кожный зуд, усиливающийся в ночное время. Через 2-3 недели появились шелушащиеся высыпания на коже туловища, кистей и разгибательных поверхностях конечностей. Во время занятий борьбой неоднократно тесно контактировал с сослуживцем, больным чесоткой. Врач части при обращении больного за помощью диагностировал корковую (крустозную) чесотку, обработал пациента 20% мазью бензил-бензоата и направил на лечение в госпиталь. При поступлении на стационарное лечение дополнительно к анамнезу установлено, что свежие шелушащиеся высыпания сначала появились на местах расчесов, затем на кистях и позднее – на других участках кожного покрова.

Данные объективного осмотра пациента при поступлении в отделение. Поражение кожи носит распространенный характер с высыпаниями на туловище, конечностях, голове, половых органах. На коже туловища и конечностей, с преимущественным поражением разгибательных поверхностей, ягодицах многочисленные милиарные и лентикулярные папулы, покрытые серебристо-белыми чешуйками (рис. 1, 2). В области локтей папулы сливались в бляшки, покрытые массивными чешуйко-корками (рис. 3). На коже волосистой части головы с переходом на гладкую кожу обнаружены бляшки розового цвета с серебристыми чешуйками на поверхности (рис. 4). Псориатическая триада симптомов положительная. Резко выражена изоморфная реакция Кебнера, как на местах чесоточных ходов (рис. 5, 6) и высыпаний метаморфической части жизненного цикла чесоточного клеща (рис. 1, 7), так и на местах скабиозной лифоплазии кожи (рис. 6, 8) и линейных расчесов (рис. 8).

Выявлено 12 чесоточных ходов на коже кистей (рис. 5), 6 – в области запястий (рис. 1), по 2 – на половом члене и мошонке (рис. 6), 2 – на коже туловища. Общее число чесоточных ходов на больном (паразитарный индекс) составило 24. На коже кистей, кроме того, имелись единичные невоспалительные везикулы. Симптомы Арди и Горчакова маскировались массивными бляшками с чешуйко-корками. Проявлений пиодермии, дерматита, экземы не было.

При дерматоскопии в день поступления из чесоточных ходов с помощью иглы были извлечены погибшие чесоточные клещи (рис. 9). Общин анализ крови от 15 февраля: Hb 150 г/л, эр.  $5.0 \times 10^{12}/л$ , лейкоц.  $8,7 \times 10^9/л$ , п. 4%, с. 65%, э. 5%, лимф. 23%, мон. 3%,

СОЭ 15 мм/ч. Глюкоза крови 4,6 ммоль/л, билирубин 14,8 мкмоль/л, креатинин 78 мкмоль/л, мочевины 4,1 ммоль/л, общий белок 66 г/л. Антитела к ВИЧ и бледной трепонеме не выявлены. Общий анализ мочи от 15 февраля: цвет соломенно-желтый, реакция кислая, плотность 1019, белка и сахара нет. В мазках из уретры лейкоциты 0-1, скудная кокковая флора. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости выявлены признаки хронического некалькулезного холецистита. При эзофагогастродуоденоскопии – хронического гастродуоденита. ЭКГ без патологии. Больной консультирован терапевтом, хирургом, невропатологом, окулистом, оториноларингологом – патологии не выявлено.

Больному поставлен диагноз: типичная чесотка (множественная скабиозная лимфоплазия кожи), вульгарный псориаз (прогрессивная стадия).

Лечение чесотки проведено 20% серной мазью, которую наносили на весь кожный покров, кроме лица, в течение 6 дней. На фоне антипаразитарной терапии быстро купировался зуд, прекратилось подсыпание псориазных папул. Для лечения псориаза использовали традиционную схему лечения: витамины, глюконат кальция внутримышечно №10, гемодез, фототерапия спектром «В», 3% салициловая мазь на ночь и локоид (мазь) утром. В скабиозные папулы локоид втирали 2 раза в день. Псориазные высыпания разрешились за 28 дней. Больной освидетельствован военно-врачебной комиссией, признан ограниченно годным к военной службе в связи с наличием псориаза.

Данный клинический случай представляет большой интерес для врачей. Кожный зуд, сопровождающий чесотку и являющийся причиной расчесов кожи, спровоцировал обострение не диагностированного ранее ограниченного псориаза волосистой части головы. Существенно, что псориазные высыпания появились не только на местах расчесов, но и в области высыпаний, соответствующих местам паразитирования чесоточного клеща – чесоточных ходов и невоспалительных везикул на кистях и фолликулярных папул на туловище и конечностях. По сути дела, мы имели генерализованный феномен изоморфной реакции Кебнера. Кроме того, массивные псориазные бляшки, возникшие на локтях, соответствовали топике симптомов Арди и Горчакова. Клинические проявления псориаза маскировали проявления чесотки. При этом чесоточные ходы на местах типичной локализации (кисти, запястья, половые органы) и скабиозная

лимфооплазия, характеризующаяся мучительным зудом, позволили своевременно поставить правильный диагноз и назначить адекватную терапию.