

DOI: 10.20514/2226-6704-2023-13-3-232-240

УДК 616.89-008-085-06:616.995.428-07-084

EDN: XBNAPQ



Т.А. Гайдина*^{1,2}, А.С. Дворников¹, О.Ю. Милушкина¹,
А.А. Гамидова²

¹ — Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

² — Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный центр мозга и нейротехнологий» Федерального медико-биологического агентства, Москва, Россия

ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ЧЕСОТКИ У МАЛОМОБИЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

T.A. Gaydina*^{1,2}, A.S. Dvornikov¹, O.Yu. Milushkina¹,
A.A. Gamidova²

¹ — The Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov, Moscow, Russia

² — Federal Center of Brain Research and Neurotechnologies of the Federal Medical Biological Agency, Moscow, Russia

Diagnosis and Prevention of Scabies in Low Mobility Patients with Cognitive Impairment

Резюме

Чесотка представляет собой инфекционное кожное заболевание, вызываемое специфичным для человека эктопаразитом *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*. Несмотря на всестороннюю изученность чесотки, проблема ее своевременной диагностики у маломобильных пациентов с определенными неврологическими и когнитивными нарушениями остается актуальной во всем мире. Одновременное назначение большого количества лекарственных препаратов маломобильным пациентам может маскировать клинические проявления чесотки и ошибочно относить зуд к проявлениям кожных аллергических реакций или иных дерматозов. Авторы наблюдали пациента К., который находился в ФГБУ «ФЦМН» ФМБА России с 14.11.2022 по 15.11.2022. Клинический диагноз при поступлении: I69.3. Последствия инфаркта мозга. Основное заболевание: ранний восстановительный период ишемического инсульта в бассейне левой средней мозговой артерии от 09.08.2022, атеротромботический подтип по критериям TOAST. Правосторонний гемипарез. Грубая афазия. Нарушение функции тазовых органов. Шкала реабилитационной маршрутизации 5 баллов. Фоновые заболевания: гипертоническая болезнь III стадии 3 степени, контролируемая, риск сердечно-сосудистых осложнений — 4 (очень высокий). Целевое значение артериального давления менее 135/85 мм рт. ст. Окклюзия левой передней мозговой артерии, средней мозговой артерии. Токсико-аллергический дерматит (лекарственный) в фазе обострения. На основании комплекса клинических данных и лабораторного обнаружения возбудителя пациенту К. был поставлен диагноз: B86 — чесотка. Несмотря на то, что пациент находился под медицинским наблюдением на догоспитальном этапе, чесотка не была своевременно диагностирована. Поздняя диагностика чесотки ведет к распространению заболевания и поддержанию неблагоприятной эпидемиологической ситуации.

Ключевые слова: чесотка, маломобильные пациенты, когнитивные нарушения, зуд, диагностика чесотки

Конфликт интересов

Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов

Источники финансирования

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования

Статья получена 10.01.2023 г.

Принята к публикации 07.03.2023 г.

Для цитирования: Гайдина Т.А., Дворников А.С., Милушкина О.Ю. и др. ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ЧЕСОТКИ У МАЛОМОБИЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ. Архивъ внутренней медицины. 2023; 13(3): 232-240. DOI: 10.20514/2226-6704-2023-13-3-232-240. EDN: XBNAPQ

*Контакты: Татьяна Анатольевна Гайдина, e-mail: doc429@yandex.ru

*Contacts: Tatiana A. Gaydina, e-mail: doc429@yandex.ru

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8485-3294>

Abstract

Scabies is an infectious skin disease caused by the human-specific ectoparasite *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*. Despite the comprehensive study of scabies, the problem of its timely diagnosis in low-mobility patients with neurological and cognitive impairments remains relevant all over the world. Simultaneous administration of a large number of medications to patients with limited mobility may mask the clinical manifestations of scabies and mistakenly attribute itching to manifestations of skin allergic reactions or other dermatoses. The authors observed patient K., who was admitted in FCBRN of FMBA of Russia from 14.11.2022 to 15.11.2022. Clinical diagnosis upon admission: I69.3. The consequences of a stroke. Early recovery period of ischemic stroke in the basin of the left middle cerebral artery from 09.08.2022, atherothrombotic subtype according to TOAST criteria. Right-sided hemiparesis. Gross aphasia. Violation of the pelvic organs function. RMS 5. Comorbid diseases: arterial hypertension, controlled, the risk of CVE 4 (very high). The target blood pressure is less than 135/85 mmHg. Occlusion of the left anterior cerebral artery, middle cerebral artery. Toxic-allergic dermatitis (medicinal) in the acute phase. Based on a set of clinical data and laboratory detection of the pathogen, patient K. was diagnosed with B86 — scabies. Even though the patient was under medical supervision at the ambulatory step, scabies was not diagnosed timely. Late diagnosis of scabies leads to the spread of the disease and an unfavorable epidemiological situation.

Key words: *scabies, patients with limited mobility, cognitive impairment, itching, diagnosis of scabies*

Conflict of interests

The authors declare no conflict of interests

Sources of funding

The authors declare no funding for this study

Article received on 10.01.2023

Accepted for publication on 07.03.2023

For citation: Gaydina T.A., Dvornikov A.S., Milushkina O.Yu. et al. Diagnosis and Prevention of Scabies in Low Mobility Patients with Cognitive Impairment. The Russian Archives of Internal Medicine. 2023; 13(3): 232-240. DOI: 10.20514/2226-6704-2023-13-3-232-240. EDN: XBNAPQ

АД — артериальное давление, АЛТ — аланинаминотрансфераза, АСТ — аспартатаминотрансфераза, ВПФ — высшие психические функции, ДС БЦА — дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ИМТ — индекс массы тела, КТ ОГК — компьютерная томография органов грудной клетки, КФК — креатинфосфокиназа, ЛЖ — левый желудочек, ЛПВП — липопротеины высокой плотности, ЛПНП — липопротеины низкой плотности, ОАР — отделение анестезиологии и реанимации, ОИМ — острый инфаркт миокарда, ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения, ПТФС — посттромбофлебитический синдром, СМП — скорая медицинская помощь, ССО — сердечно-сосудистые осложнения, ФВЛЖ — фракция выброса левого желудочка, ЦГКБ — центральная городская клиническая больница, ЧД — частота дыхания, ЧСС — частота сердечных сокращений, ШРМ — шкала реабилитационной маршрутизации

Актуальность

Чесотка представляет собой инфекционное кожное заболевание, вызываемое специфичным для человека эктопаразитом *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) более 200 миллионов человек в мире одновременно заражены чесоткой [1]. Вспышки часто происходят в закрытых учреждениях, особенно в условиях большой скученности [2]. Несмотря на всестороннюю изученность чесотки, проблема ее своевременной диагностики у маломобильных пациентов с определенными неврологическими и когнитивными нарушениями остается актуальной во всем мире [3]. Причин для этого несколько. С одной стороны, клинические проявления чесотки в данной группе пациентов могут быть нетипичными, с другой стороны, они могут интерпретироваться как проявления других кожных заболеваний. При ряде неврологических расстройств сбор жалоб и анамнеза становится практически невозможен, особенно если у пациента нет близких родственников, которые ухаживают за ним постоянно. Одновременное назначение большого количества лекарственных препаратов маломобильным пациентам может маскировать клинические проявления чесотки, в результате чего зуд ошибочно относят к проявлениям кожных аллергических реакций или иных дерматозов. Поздняя диагностика чесотки ведет к распространению заболевания и поддержанию неблагоприятной эпидемиологической ситуации.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациент К., 47 лет находился на стационарном лечении в ФГБУ «ФЦМН» ФМБА России в отделении медицинской реабилитации пациентов с нарушением функций центральной нервной системы с 14.11.2022 по 15.11.2022. Клинический диагноз при поступлении: I69.3. Последствия инфаркта мозга. Основное заболевание: ранний восстановительный период ишемического инсульта в бассейне левой средней мозговой артерии от 09.08.2022, атеротромботический подтип по критериям TOAST. Правосторонний гемипарез. Грубая афазия. Нарушение функции тазовых органов. Шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ) 5 баллов. Фоновые заболевания: гипертоническая болезнь III стадии 3 степени, контролируемая, риск сердечно-сосудистых осложнений (ССО) — 4 (очень высокий). Целевое значение артериального давления (АД) менее 135/85 мм рт. ст. Оклюзия левой передней мозговой артерии, средней мозговой артерии. Сопутствующие заболевания: Ишемическая болезнь сердца (ИБС), постинфарктный кардиосклероз. Хроническая сердечная недостаточность с промежуточной фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ 42 %), II А стадия, III функциональный класс. Тромбированная постинфарктная аневризма верхушки левого желудочка. Стеноз правой внутренней сонной артерии 50 %. Токсико-аллергический дерматит (лекарственный) в фазе обострения. Носитель цистостомы от 12.08.2022. Посттромбофлебитический синдром (ПТФС).

Жалобы при поступлении: сбор жалоб и анамнеза затруднен в связи с речевыми нарушениями. Со слов родственников имеются нарушение речи, слабость в правых конечностях, больше в руке, нарушение функции тазовых органов, зуд и высыпания на коже по всему телу.

Анамнез заболевания

По данным медицинской документации и со слов родственников 10.08.2022 обнаружен лежащим на полу. Бригадой скорой медицинской помощи (СМП) доставлен в Центральную городскую клиническую больницу (ЦГКБ) г. Реутово, по КТ головного мозга подтвержден диагноз ишемического инсульта в бассейне левой средней мозговой артерии (СМА). Переведен в ФНКЦ 10.08.2022 для продолжения лечения в условиях отделения анестезиологии и реанимации (ОАР). При обследовании: компьютерная томография органов грудной клетки (КТ ОГК) — двусторонний малый гидроторакс, ДС ВНК — тромбозы поверхностных вен правой голени, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий (ДС БЦА) — стенозирующий атеросклероз, ЭхоКГ — расширение левых камер сердца, ФВЛЖ 47 %, тромбированная постинфарктная аневризма левого желудочка (ЛЖ). Прошел курс нейрореабилитации там же. Выписан 14.09.22 с положительной динамикой.

В ходе стационарного лечения в сентябре 2022 развилась токсико-аллергическая реакция неясного генеза, со слов родственников консультирован дерматологом, который дал рекомендации по уходу за кожей, но состояние не улучшилось.

В связи с сохранением реабилитационного потенциала по решению клинико-отборочной комиссии ФГБУ «ФЦМН» ФМБА РОССИИ госпитализирован для прохождения курса реабилитационного лечения в рамках Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС).

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания со слов родственников: острый инфаркт миокарда (ОИМ) — март 2020 (документы не предоставлены), острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) ранее отрицают. Хирургический анамнез: стентирование коронарных артерий в марте-апреле 2020 (со слов родственников), троакарная цистостомия от 12.08.2022. В анамнезе гипертоническая болезнь. Постоянно принимает: апиксабан 2,5 мг 2 раза в сутки, эналаприл 10 мг, 2 раза в сутки, цетиризин 10 мг/сут, наружно: клобетазол, эмульсию с витамином Е, мочевиной, витамином А, церамидами. Инвалидности нет, перемены мест жительства нет, вредных привычек не имеет.

Эпидемиологический анамнез. Перенесенные инфекционные заболевания в течение жизни (в том числе туберкулёз и контакт с ним, болезнь Боткина, венерические заболевания — гонорея, сифилис, ВИЧ-инфекция) — отрицает (со слов родственников). За последние 6 месяцев за границу не выезжал. Контакт

с инфекционными и лихорадящими больными, а также с лицами, приехавшими из эпидемиологически неблагополучных регионов по COVID-19, не было.

Аллергологический анамнез: токсико-аллергическая реакция неясного, вероятно медикаментозного генеза (статины, ривароксабан).

Инструментальные исследования на догоспитальном этапе представлены в таблице 1.

Данные объективного осмотра при поступлении

Внешний осмотр: общее состояние удовлетворительное. Рост 186 см. Вес 70 кг. Индекс массы тела (ИМТ) — 20,23 кг/м². Температура тела 36,6 °С. Видимые слизистые и кожный покров нормальной окраски. Распространенные высыпания на конечностях, туловище. Педикулеза, чесотки не обнаружено.

Органы дыхания. Дышит через естественные дыхательные пути.

Форма грудной клетки гиперстеничная.

Частота дыхания (ЧД)=17 в мин. SpO₂=99 %. Аускультативно в легких дыхание жесткое, равномерно проводится во все отделы, хрипов нет.

Органы кровообращения. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Шумы не выслушиваются. Частота сердечных сокращений (ЧСС)=Ps=78 в мин. АД 130/80 мм рт. ст.

Органы пищеварения. Питание через рот. Язык розовый, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Перистальтика выслушивается. Физикально печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Стул контролирует, регулярный.

Органы мочеотделения. Симптом «поколачивания» отрицательный с двух сторон. Мочеиспускание через цистостому (замена цистостомы, со слов родственников, 08.11.2022). Перкуторно дно мочевого пузыря не выступает над лоном. Диурез адекватный.

Неврологический статус

Общемозговые симптомы. Сознание ясное. Контакт затруднен ввиду речевых и когнитивных нарушений. Общемозговых симптомов нет (жалоб на головную боль, тошноту, рвоту не предъявляет).

Высшие психические функции. Афазия смешанного типа с преобладанием моторного компонента грубой степени. Детальная экзаменация высших психических функций (ВПФ) затруднена имеющимися речевыми расстройствами.

Менингеальный синдром не выявляется. Мелкие менингеальные знаки, ригидность затылочных мышц, а также симптомы Кернига и Брудзинского отсутствуют. Фотофобии нет.

Система чувствительности. Детальная оценка чувствительных расстройств затруднена афатическими расстройствами. Симптомы натяжения периферических нервов (Ласега, Нери, Вассермана, Мацкевича) отсутствуют.

Таблица 1. Инструментальные исследования на догоспитальном этапе

Лабораторные и инструментальные исследования	Результаты
КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ 10.08.2022	без очаговой или инфильтративной патологии
УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 09.11.2022	без признаков тромбоза
ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ 08.11.2022	синусовый ритм, ЧСС 100 в минуту, горизонтальное положение ЭОС. Гипертрофия ЛЖ, QS V1-V3, рубцовые изменения миокарда без острой очаговой патологии
ЭХОКАРДИОГРАФИЯ 10.08.2022	расширение полости ЛЖ, ГЛЖ, ФВ 42 %, акинез верхушки ЛЖ с переходом на перегородку, аневризма верхушки с истончением стенок и наличием тромба в полости 19*16 мм, незначимый гидроперикард
ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ 08.11.2022	гемоглобин 145 г/л гематокрит 44,2 % эритроциты 4,9×10 ¹² /л тромбоциты 303×10 ⁹ /л лейкоциты 8,9×10 ⁹ /л СОЭ 16 мм/час
БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ 24.11.2022	АЛТ 20,0 Е/л АСТ 24,0 Е/л билирубин общий 13,6 мкмоль/л глюкоза 5,01 ммоль/л креатинин 68,0 мкмоль/л мочевина 6,1 ммоль/л калий 4,3 ммоль/л
ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ 24.10.2022	холестерин 6,03 ммоль/л
ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ 02.11.2022	относительная плотность 1011 реакция рН 7,0 белок отсутствует глюкоза отсутствует лейкоциты отсутствуют эритроциты отсутствуют бактерии обнаружены в поле зрения
ИНФЕКЦИОННАЯ СЕРОЛОГИЯ 10.08.2022	антитела к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) суммарно (скрининг) — отрицательный антитела к вирусу гепатита С (<i>Hepatitis C virus</i>) — отрицательный антитела к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ типов 1/2) и антиген р24 — отрицательный HBs-антиген вируса гепатита В (качественный) — отрицательный
ИССЛЕДОВАНИЕ МЕТОДОМ ПЦР 11.11.2022	коронавирус, РНК (SARS-CoV-2, ПЦР) кач. — не обнаружено коронавирусы подобные SARS-CoV РНК (SARS-CoV, ПЦР) кач. — не обнаружено

Примечание: ПЦР — полимеразная цепная реакция, ЭОС — электрическая ось сердца, СОЭ — скорость оседания эритроцитов, РНК — рибонуклеиновая кислота, ГЛЖ — гипертрофия левого желудочка сердца, ФВ — фракция выброса, ВИЧ — вирус иммунодефицита человека

Table 1. Instrumental studies at the prehospital stage

Laboratory and instrumental studies	Results
Computed tomography of the chest organs 10.08.2022	without focal or infiltrative pathology
Ultrasound of the veins of the lower extremities 09.11.2022	no signs of thrombosis
Electrocardiography 08.11.2022	sinus rhythm, heart rate 100 per minute, horizontal position of the electrical axis of the heart. Hypertrophy of the left ventricle (LV) QS V1-M3, cicatricial changes of the myocardium without acute focal pathology
Echocardiography 10.08.2022	LV cavity expansion, HLV, EF 42 %, LV apical akinesis with transition to the septum, apical aneurysm with thinning of the walls and the presence of a blood clot in the cavity 19*16 mm, insignificant hydropericardium
General blood test 08.11.2022	hemoglobin 145 g/l hematocrit 44.2 % erythrocytes 4.9×10 ¹² /l platelets 303×10 ⁹ /l leukocytes 8.9×10 ⁹ /l ESR 16 mm/hour
Biochemical blood analysis 24.11.2022	ALT 20.0 E/L AST 24.0 E/l total bilirubin 13.6 mmol/l glucose 5.01 mmol/l creatinine 68.0 mmol/l urea 6.1 mmol/l potassium 4.3 mmol/l
Lipid profile 24.10.2022	cholesterol 6.03 mmol/l
General urine analysis 02.11.2022	relative density 1011 reaction pH 7.0 protein is absent glucose is absent leukocytes are absent erythrocytes are absent bacteria are detected in the field of vision
Infectious serology 10.08.2022	antibodies to <i>Treponema pallidum</i> (<i>Treponema pallidum</i>) total (screening) — negative antibodies to hepatitis C virus (<i>Hepatitis C virus</i>) — negative antibodies to human immunodeficiency virus (HIV types 1/2) and antigen p24 — negative HBs-hepatitis B virus antigen (qualitative) — negative
PCR examination 11.11.2022	coronavirus, RNA (SARS-CoV-2, PCR) quality. — not detected coronaviruses similar to SARS-CoV RNA (SARS-CoV, PCR) quality. — not detected

Note: PCR — polymerase chain reaction, ESR — erythrocyte sedimentation rate, RNA — ribonucleic acid, HLV — hypertrophy of the left ventricle, EF — ejection fraction, LV — left ventricle, HIV — human immunodeficiency virus

Система координации. Статическая атаксия не выявляется. В позе Ромберга не устанавливается. Координаторные пробы (пальце-носовая проба, пяточно-коленная проба, указательная проба, проба на диадохкинез) правой верхней конечностью не выполняет в рамках пареза, правой нижней конечностью не выполняет ввиду непонимания инструкций. Походка паретическая, ходит самостоятельно с опорой на трость. Темп ходьбы снижен.

Вегетативная система. Дермографизм красный. Пиломоторный рефлекс сохранен. Симптом Бернгар-Горнера отрицательный.

Проведенные обследования на этапе стационара. Учитывая наличие у пациента К. токсико-аллергической реакции неясного генеза и зуда (со слов родственников), при поступлении в отделение стационара лечащий врач назначил консультацию врача-дерматовенеролога.

Консультация врача-дерматовенеролога от 14.11.2022. Status localis: кожный патологический процесс носит распространенный характер, высыпания представлены фолликулярными папулами на коже в межпальцевых промежутках кистей рук, на коже в области лучезапястных и локтевых суставов, подмышечных впадин, наружной поверхности живота, грудной клетки, наружной и задней поверхности бедер, лобковой области (Рис. 1).



Рисунок 1. Фолликулярные папулы на коже в левой подмышечной впадине

Figure 1. Follicular papules on the skin in the left armpit



Рисунок 2. Парные фолликулярные папулы на коже в межпальцевых промежутках кисти левой руки. В красном круге обозначено место, из которого взят соскоб на *Sarcptes scabiei* var. *hominis*

Figure 2. Paired follicular papules on the skin in the interdigital spaces of the left hand. The red circle indicates the place from which the scraping on *Sarcptes scabiei* var. *hominis*



Рисунок 3. Кожный патологический процесс на наружной поверхности живота носит распространенный характер, высыпания представлены фолликулярными папулами, эксфолиациями, геморрагическими корочками

Figure 3. The skin pathological process on the outer surface of the abdomen is widespread, rashes are represented by follicular papules, excoriation, hemorrhagic crusts



Рисунок 4. Кожный патологический процесс на нижних конечностях носит распространенный характер, высыпания представлены фолликулярными папулами, эксфолиациями

Figure 4. The skin pathological process on the lower extremities is widespread, rashes are represented by follicular papules, excoriation

На коже кистей рук папулы располагаются парно (Рис. 2). Множественные эксфолиации, геморрагические корочки (Рис. 3, 4). Волосы и ногтевые пластинки не изменены. Взятие соскоба с кожи на обнаружение чесоточного клеща: чесоточный клещ обнаружен лабораторно (Рис. 5). На основании комплекса клинических данных и лабораторного обнаружения возбудителя был поставлен диагноз: В86 — чесотка.

Факторы, ограничивающие проведение реабилитационных мероприятий: цистостома, чесотка. Реабилитационный потенциал: средний. Реабилитационная цель не достигнута ввиду досрочной выписки пациента на амбулаторный этап.

Согласно СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний в Московской области (МО) были проведены предусмотренные санитарными правилами соответствующие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия.

О случае инфекционной болезни, носителем которой является пациент К., в течение 2 часов было сообщено по телефону, в течение 12 часов в письменной форме представлено экстренное извещение в территориальный орган, уполномоченный осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, по месту выявления больного. Случай инфекционной болезни был зарегистрирован в журнале учета инфекционных заболеваний.

Согласно отраслевому стандарту «Протокол ведения больных. Чесотка», утвержденному Министерством здравоохранения Российской Федерации приказом № 162 от 24.04.2003, были осмотрены все контактные лица. За лицами, общавшимися с носителем, по эпидемическим показаниям было установлено медицинское наблюдение.

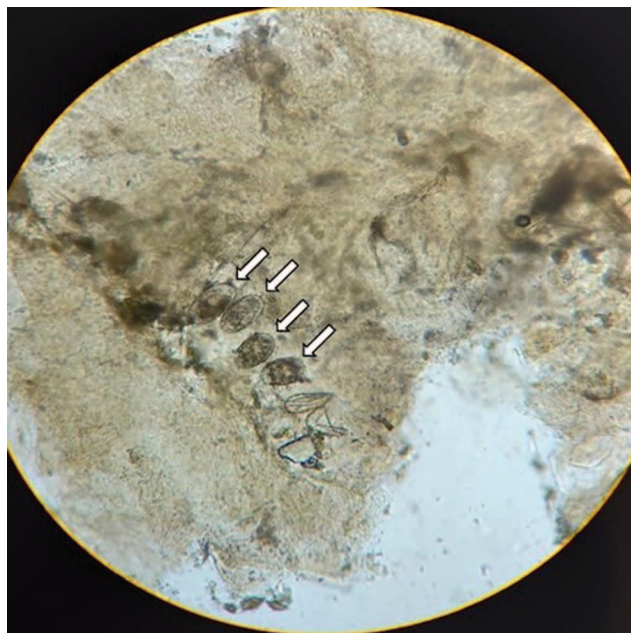


Рисунок 5. Яйца чесоточного клеща на различных стадиях развития (белые стрелки) в соскобе с кожи в межпальцевом промежутке между большим и указательным пальцами кисти левой руки. Место взятия соскоба указано на рисунке 2

Figure 5. Scabies mite eggs at various stages of development (white arrows) scraped from the skin in the interdigital space between the thumb and forefinger of the left hand. The location of the scraping is indicated in Figure 2

Были проведены дезинфекционные мероприятия, обеспечивающие прерывание механизма передачи инфекционного агента и прекращение развития эпидемического процесса: текущая и заключительная дезинфекция, дезинвазия, дезинсекция.

Текущая дезинфекция проводилась в присутствии пациента К. с момента выявления заболевания. Текущая дезинфекция выполнялась лицами, осуществляющими уход за больным, после проведения инструктажа медицинским работником. Текущая дезинфекция объектов внешней среды проводилась с момента госпитализации пациента К. и до его выписки сотрудниками ФГБУ «ФЦМН» ФМБА РОССИИ. Заключительная дезинфекция проводилась после изоляции больного на дому в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Рекомендации при выписке:

1. Соблюдение диеты с ограничением потребления легкоусвояемых углеводов, животных жиров. Соблюдение питьевого режима. Снижение потребления соли менее 3 г в сутки. Снижение потребления углеводов. Гипохолестериновая диета. Полноценное питание (увеличить в рационе сезонные фрукты и овощи).
2. Контроль АД, ЧСС, ведение дневника самоконтроля (утро, вечер), контроль диуреза. Гипотензивная терапия: эналаприл по 5 мг, 2 раза в сутки, утро/вечер. Бисопролол по 2,5 мг, утром. Спинолактон по 25 мг, утром. Под контролем кардиолога по месту жительства.
3. Антикоагулянтная терапия: апиксабан по 2,5 мг 2 раза в сутки.
4. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин по 40 мг 1 раз в сутки, вечером. Контроль биохимических показателей крови (Аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспаргатаминотрансфераза (АСТ), креатинфосфокиназа (КФК), холестерин, липопротеины высокой плотности (ЛПВП), липопротеины низкой плотности (ЛПНП), триглицериды) через 1 месяц, 1 раз в 3-6 месяцев.
5. Рекомендации дерматовенеролога: перед началом лечения вымыться под душем теплой водой с мылом, стараясь максимально распарить кожу, для улучшения доступа препарата, вытереться полотенцем.

1-й день — 200 мл 20% эмульсии бензилбензоата тщательно втереть в кожу рук, затем туловища и ног, включая подошвы, пальцы и наружные половые органы. Руки после обработки не мыть в течение 3 часов, в последующем втирать препарат в кожу кистей после каждого их мытья. На смазанную кожу надеть чистое нательное белье; сменить постельное белье.

2-й и 3-й дни — не наносить мазь, не мыться, не менять нательное и постельное белье.

4-й день: вечером принять душ, вымыться с мылом, вытереться полотенцем, снова тщательно втереть 200 мл 20% эмульсии бензилбензоата в кожу рук, затем туловища и ног, включая подошвы, пальцы и наружные половые органы. На смазанную кожу надеть чистое нательное белье; сменить постельное белье.

5-й день: смыть остатки препарата теплой водой с мылом без растирания кожи. Сменить нательное и постельное белье.

Контроль излеченности (повторный соскоб) провести на 3 и 10 дни после окончания лечения у дерматовенеролога по месту жительства.

Обсуждение

Представленное клиническое наблюдение показывает особенности соматического и ментального здоровья пациента, которые привели к отсроченной диагностике чесотки. Очевидной становится необходимость более широкого информирования врачей первичного звена здравоохранения о возможных заболеваниях кожи у маломобильной категории граждан с целью совершенствования маршрутизации пациентов и проведения своевременных профилактических мероприятий.

Интенсивный показатель заболеваемости чесоткой в Российской Федерации (РФ) в 2011 году составил 45,9 случаев на 100 000 населения [4]. Заболеваемость чесоткой в 2017 году составила 15,5 на 100 000 населения, в 2018 году — 15,0 [5]. Фактический уровень заболеваемости чесоткой может быть гораздо выше, поскольку диагностические ошибки искажают статистику, а несвоевременная постановка диагноза затягивает противоэпидемические мероприятия в очагах.

В РФ в возрастной группе населения от 40 лет и старше отмечался рост заболеваемости чесоткой в период с 2011 по 2014 годы практически в 2 раза [6]. Данные по заболеваемости чесоткой в группе маломобильных пациентов с когнитивными нарушениями в РФ отсутствуют. На несвоевременную диагностику чесотки у лиц старческого возраста с когнитивными нарушениями указывают как отечественные [7], так и зарубежные авторы [8, 9]. Одной из основных причин длительной иммобилизации пациентов являются цереброваскулярные заболевания, при этом у большинства пациентов имеются коморбидные состояния, затрудняющие своевременную диагностику многих патологий. Дефицит социального функционирования отягощает течение чесотки, способствует её поздней диагностике, особенно на фоне мультиморбидности и атипичного клинического течения. Поздней диагностике чесотки у маломобильных пациентов с когнитивными нарушениями способствует ряд факторов: трудности в сборе жалоб и анамнеза, нетипичность клинических проявлений, диагностические ошибки и невнимательное отношение медицинского персонала, дефицит социального функционирования, социальные факторы, включающие снижение уровня материального благополучия и несоблюдение правил личной гигиены в силу ряда причин, таких как маломобильность. Несмотря на то, что пациент К. находился под медицинским наблюдением на догоспитальном этапе, чесотка не была своевременно диагностирована. Согласно существующим наблюдениям, врач-терапевт (врач общей практики) патронажной службы первичного звена здравоохранения наблюдает на дому 350 — 400 маломобильных пациентов, а медицинская сестра — 150 — 200. В среднем врач-терапевт посещает маломобильного пациента 4 раза в год, средний

медицинский персонал — 12 раз в год. Пациентов с последствиями перенесенного ОНМК рекомендовано осматривать чаще. В среднем каждого маломобильного пациента врач-терапевт осматривает два раза в квартал [10]. Ретроспективный анализ 2803 карт пациентов, умерших в многопрофильном стационаре г. Москвы за 2011–2012 годы, среди которых было 10 % длительно иммобилизованных пациентов, свидетельствует о том, что каждый пятый маломобильный пациент осматривается врачом-терапевтом поликлиники однократно в течение 2–4 месяцев, 27 % пациентов — гораздо реже. Всего 33 % пациентов осматривались врачом ежемесячно, что недостаточно для постановки диагноза на примере представленного пациента [11].

Ориентировочно можно предположить, что пациент был инфицирован в сентябре 2022, когда у него впервые появились зудящие высыпания, однако диагноз чесотки был поставлен только 14.11.2022. Cassell J.A. с соавторами провели проспективное исследование, направленное на выявление чесотки, в десяти домах престарелых с 430 жителями. Медиана возраста составила 86,9 (интерквартильный размах 81,5–92,3) лет, 76 % были женщины, 68 % обследованных имели деменцию. Все пациенты страдали различной сопутствующей патологией такой как рак, сахарный диабет, проблемы с питанием, прием кортикостероидов. Определенная, возможная или вероятная чесотка была диагностирована у 27 % обследованных. Максимальная встречаемость чесотки была зарегистрирована в возрастной группе 90–94 лет (30 %). 31 пациент с подтвержденной чесоткой не жаловался на зуд, сыпь или расчесывание, при этом 24 из них страдали деменцией. Исследователи пришли к выводу, что деменция (отношение шансов 2,37, 95 % доверительный интервал 1,38–4,07) является фактором риска чесотки в домах престарелых. Персонал не заметил кожных проявлений у 12 пациентов, которым впоследствии был поставлен диагноз. Медиана времени от инфицирования до постановки диагноза составила 22 (интерквартильный размах, 7,5–186) дня [12]. С целью стандартизации диагностики чесотки Международный альянс по борьбе с чесоткой (Alliance for the Control of Scabies, IACS) в 2020 году предложил критерии для диагностики чесотки, которые включали три уровня диагностической достоверности: подтвержденная чесотка с визуализацией клеща или его продуктов (уровень А), клиническая чесотка (уровень В) и подозрение на чесотку (уровень С) [13]. Однако данные критерии не предназначены для использования при диагностике атипичной чесотки, корковой чесотки, чесотки у лиц с ослабленным иммунитетом, чесотки пожилых, чесотки у лиц с когнитивными нарушениями и чесотки у лиц, прикованных к постели. Необходимо разрабатывать новые, более точные и простые в применении методы и критерии для раннего выявления *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*. Большое социальное значение имеет профилактика чесотки у маломобильных пациентов с когнитивными нарушениями, основная задача которой состоит в прерывании цепочки передачи инфекции от зараженных к здоровым лицам. Решению данной

задачи могут значительно способствовать сотрудничество с семьей пациента и координация усилий медицинских работников с немедицинским персоналом. Зараженный человек может распространять чесотку даже при отсутствии симптомов. Вероятность передачи наиболее высока при прямом и тесном контакте кожа-к-коже, что чаще всего происходит между членами семьи. Контактным лицам рекомендуется профилактическое лечение одновременно с заболевшим, чтобы снизить риск повторного заражения [4, 14]. На отдельных эндемичных по чесотке густонаселенных островах (Fiji) описан положительный опыт применения ивермектина для массового лечения и профилактики [15, 16]. В литературе описаны попытки разработки вакцины против чесотки [17]. В РФ профилактика при выявлении чесотки проводится в соответствии с СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»: контактные лица обрабатываются в семейных очагах и организованных коллективах с последующим наблюдением в течение двух недель и двукратным осмотром (при выявлении больного и через две недели).

Заключение

Трудности сбора жалоб и анамнеза, атипичное клиническое течение, мультиморбидность и медленное нарастание симптоматики у маломобильных пациентов с когнитивными нарушениями затрудняют диагностику чесотки на ранних стадиях, способствуя распространению инфекционного кожного заболевания. Для предотвращения вспышек чесотки необходимо строго соблюдать все требования санитарных правил и нормативов в соответствии с законодательством Российской Федерации. Медицинский персонал должен более внимательно с определенной долей осторожности относиться к пациентам с дефицитом социального функционирования с целью предотвращения диагностических ошибок. Особое внимание следует уделять вопросам гигиены кожи и её придатков, комплексу дополнительных мер для улучшения качества жизни и предупреждения развития осложнений.

Вклад авторов:

Все авторы внесли существенный вклад в подготовку работы, прочли и одобрили финальную версию статьи перед публикацией

Гайдина Т.А. (ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8485-3294>): подготовка материала для статьи, анализ литературы, сбор, анализ данных и интерпретация результатов, подготовка черновика рукописи, внесение в рукопись существенной (важной) правки с целью повышения научной ценности статьи, одобрение финальной версии рукописи

Дворников А.С. (ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0429-3117>): анализ данных и интерпретация результатов; внесение в рукопись существенной (важной) правки с целью повышения научной ценности статьи, одобрение финальной версии рукописи

Милушкина О.Ю. (ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6534-7951>): анализ литературы, сбор, анализ данных и интерпретация

результатов, подготовка черновика рукописи, внесение в рукопись существенной (важной) правки с целью повышения научной ценности статьи, одобрение финальной версии рукописи
Гамидова А.А. (ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2350-5349>): сбор, анализ данных и интерпретация результатов, подготовка черновика рукописи, одобрение финальной версии рукописи

Authors' contribution:

All the authors contributed significantly to the study and the article, read and approved the final version of the article before publication

Gaydina T.A. (ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8485-3294>): preparation of material for the article, literature analysis, data collection, analysis and interpretation of results, preparation of a draft of the manuscript, making significant (important) edits to the manuscript in order to increase the scientific value of the article, approval of the final version of the manuscript

Dvornikov A.S. (ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0429-3117>): analysis data and interpretation of results; making significant (important) edits to the manuscript in order to increase the scientific value of the article, approval of the final version of the manuscript

Milushkina O.Yu. (ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6534-7951>): literature analysis, data collection, analysis and interpretation of results, preparation of a draft of the manuscript, making significant (important) edits to the manuscript in order to increase the scientific value of the article, approval of the final version of the manuscript

Gamidova A.A. (ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2350-5349>): data collection, analysis and interpretation of results, preparation of a draft of the manuscript, approval of the final version of the manuscript

Список литературы/ References:

1. Всемирная организация здравоохранения. Чесотка. Информационный бюллетень. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/scabies> (дата обращения: 02.12.2022).
World Health Organization. Scabies. Fact sheets. [Electronic resource]. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/scabies> (date of the application: 02.12.2022) [In Russian].
2. Соколова Т.В., Гладко В.В., Мальячук А.П. и др. Чесотка: теневая сторона официальной статистики. Медицинский вестник МВД. 2020; 4(107): 68-76.
Sokolova T.V., Gladko V.V., Malyarchuk A.P., et al. Scabies: the seamy side of official statistics. Meditsinskiy vestnik MVD. 2020; 4(107): 68-76 [In Russian].
3. Тлиш М.М., Кузнецова Т.Г., Наатыж Ж.Ю. и др. Социально-эпидемиологические особенности чесотки у геронтологических больных. Русский Медицинский Журнал. 2022; 3: 55-58.
Tlish M.M., Kuznetsova T.G., Naatyzh Zh.Yu., et al. Social epidemiological pattern of scabies in gerontological patients. Russian Medical Journal. 2022; 3: 55-58 [In Russian].
4. Клинические рекомендации. Чесотка. 2016; 23 с. [Электронный ресурс]. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/245_1. (дата обращения: 02.12.2022).
Clinical recommendations. Scabies. 2016; 23 p. [Electronic resource]. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/245_1. (Date of the application: 02.12.2022) [In Russian].
5. Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, заразными кожными болезнями и заболеваниями кожи за 2017-2018 годы (статистические материалы). М. 2019; 208 с.
Resources and activities of medical organizations of dermatovenerological profile. The incidence of sexually transmitted infections, infectious skin diseases and skin diseases for 2017-2018 (statistical materials). М. 2019; 208 p. [In Russian].
6. Иванова М.А. Заболеваемость чесоткой в различных возрастных группах населения Российской Федерации в 2010—2014 гг. Клиническая дерматология и венерология. 2016; 15(4): 4-8. DOI: 10.17116/klinderma20161544-8.
Ivanova M.A. The incidence of scabies in various age groups of the population of the Russian Federation in 2010—2014. Klinicheskaya Dermatologiya i Venerologiya. 2016; 15(4): 4-8. DOI: 10.17116/klinderma20161544-8 [In Russian].
7. Щава С.Н., Русинов В.И., Мещерякова К.Э. и др. Современные особенности течения чесотки у лиц старческого возраста. Лечебное дело. 2021; (1): 117-120. DOI: 10.24412/2071-5315-2021-12297.
Shchava S.N., Rusinov V.I., Meshcheryakova K.E., et al. Modern features of the course of scabies in elderly people. Lechebnoe delo. 2021; (1): 117-120. DOI: 10.24412/2071-5315-2021-12297 [In Russian].
8. Thomas C., Coates S.J., Engelman D., et al. Ectoparasites: Scabies. J Am Acad Dermatol. 2020; 82(3): 533-548. DOI: 10.1016/j.jaad.2019.05.109.
9. Arora P., Rudnicka L., Sar-Pomian M., et al. Scabies: A comprehensive review and current perspectives. Dermatol Ther. 2020; 33(4): e13746. doi: 10.1111/dth.13746.
10. Атаева Н.Б., Белостоцкий А.В., Гришина Н.К. и др. Организация патронажной медицинской помощи маломобильным пациентам. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020; 28(2): 306-309. DOI:10.32687/0869-866X-2020-28-2-306-309.
Ataeva N.B., Belostotsky A.V., Grishina N.K., et al. The organization of home-nursing medical care of patients with limited mobility. Probl Sotsialnoi Gig Zdravookhraneniia i Istor Med. 2020; 28(2): 306-309. DOI:10.32687/0869-866X-2020-28-2-306-309 [In Russian].
11. Вёрткин А.Л., Шевцова В.А., Сокол А.А. и др. Маломобильный пациент: критический анализ ситуации. Кардиология и ангиология. 2014; 1(8): 10-15
Vyortkin A.L., Shevtsova V.A., Sokol A.A., et al. Patients with reduced mobility: critical analysis of situation. Kardiologiya i angiologiya. 2014; 1(8): 10-15 [In Russian].
12. Cassell J.A., Middleton J., Nalabanda A., et al. Scabies outbreaks in ten care homes for elderly people: a prospective study of clinical features, epidemiology, and treatment outcomes. Lancet Infect Dis. 2018; 18(8): 894-902. DOI: 10.1016/S1473-3099(18)30347-5.
13. 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. Br J Dermatol. 2020; 183: 808-820. DOI: 10.1111/bjd.18943.
14. Rosumeck S., Nast A., Dressler C. Ivermectin and permethrin for treating scabies. Cochrane Database Syst Rev. 2018; 4(4): CD012994. DOI: 10.1002/14651858.CD012994.
15. Engelman D., Steer A.C. Control Strategies for Scabies. Trop Med Infect Dis. 2018; 3(3): 98. DOI:10.3390/tropicalmed3030098.
16. Lake S.J., Kaldor J.M., Hardy M., et al. Mass Drug Administration for the Control of Scabies: A Systematic Review and Meta-analysis. Clin Infect Dis. 2022; 75(6): 959-967. DOI:10.1093/cid/ciac042.
17. El-Moamly A.A. Scabies as a part of the World Health Organization roadmap for neglected tropical diseases 2021-2030: what we know and what we need to do for global control. Trop Med Health. 2021; 49(1): 64. DOI:10.1186/s41182-021-00348-6.