

<https://doi.org/10.25208/0042-4609-2018-94-2-57-62>

# Норвежская чесотка у больного острым лимфобластным лейкозом

Кошкин С. В.<sup>1\*</sup>, Евсеева А. Л.<sup>1</sup>, Чермных Т. В.<sup>1</sup>, Минаева Н. В.<sup>2</sup>, Зайцева Г. А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Кировский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации 610027, Российская Федерация, г. Киров, ул. К. Маркса, д. 112

<sup>2</sup> Кировский научно-исследовательский институт гематологии и переливания крови Федерального медико-биологического агентства 610027, Российская Федерация, г. Киров, ул. Красноармейская, д. 72

Описан случай норвежской чесотки у пациента 19 лет с поражением волосистой части головы, лица, туловища, верхних и нижних конечностей, протекавшей на фоне острого лимфобластного лейкоза. Получен хороший эффект от проведения этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии в комплексе со специфическим лечением основного заболевания.

Ключевые слова: **норвежская чесотка, корковая чесотка**

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Для цитирования: Кошкин С. В., Евсеева А. Л., Чермных Т. В., Минаева Н. В., Зайцева Г. А. Норвежская чесотка у больного острым лимфобластным лейкозом. Вестник дерматологии и венерологии. 2018;94(2):57–62. <https://doi.org/10.25208/0042-4609-2018-94-2-57-62>

# A clinical case of Norwegian scabies in a patient with acute lymphoblastic leukaemia

Sergey V. Koshkin<sup>1\*</sup>, Anna L. Evseeva<sup>1</sup>, Tatiana V. Chermnykh<sup>1</sup>, Natalia V. Minaeva<sup>2</sup>, Galina A. Zaitseva<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Kirov State Medical University, Ministry of Healthcare of the Russian Federation  
K. Marx str., 112, Kirov, 610027, Russian Federation

<sup>2</sup> Kirov Research Institute of Hematology and Blood Transfusion of the Federal Medical Biological Agency  
Krasnoarmeyskaya str., 72, Kirov, 610027, Russian Federation

A case of Norwegian scabies is described in a patient of 19 years with a lesion of the scalp, face, trunk, upper and lower extremities that occurred against the background of acute lymphoblastic leukemia. A good effect was obtained from conducting etiologic, pathogenetic and symptomatic therapy in combination with specific treatment of the underlying disease.

Keywords: **Norwegian scabies, crusted scabies**

Conflict of interest: the authors state that there is no potential conflict of interest requiring disclosure in this article.

For citation: Koshkin S. V., Evseeva A. L., Chermnykh T. V., Minaeva N. V., Zaitseva G. A. A clinical case of Norwegian scabies in a patient with acute lymphoblastic leukaemia. *Vestnik Dermatologii i Venerologii*. 2018;94(2):57–62. <https://doi.org/10.25208/0042-4609-2018-94-2-57-62>

---

■ Чесотка — контагиозное паразитарное заболевание кожи, вызываемое чесоточным клещом *Sarcoptes scabiei hominis*.

Норвежская чесотка (корковая чесотка, крустозная чесотка) — акариаз, характеризующийся неблагоприятным течением и возникающий на фоне тяжелого иммунодефицита (у ВИЧ-инфицированных, пораженных Т-лимфотропным вирусом человека, страдающих злокачественными новообразованиями, получающих иммуносупрессивную терапию, а также больных с болезнью Дауна, сенильной деменцией и слабоумием) [1–5]. Впервые данная форма чесотки была описана в 1847 г. в Норвегии у больного лепрой (Воеск С. W., Danielssen D. C.). Заболевание встречается достаточно редко. В настоящее время описано более сотни случаев.

При норвежской чесотке количество клещей исчисляется тысячами, чему способствует наличие хронических инфекций, а также длительный прием кортикостероидных и цитостатических препаратов [1–4]. Основными симптомами являются массивные корки, полиморфные высыпания и эритродермия, возможно повышение температуры тела. Как правило, процесс осложняется вторичной пиодермией и лимфаденитом. Субъективно на первый план выходит болезненность кожных покровов, зуд незначителен [1, 6, 7, 12]. Норвежская чесотка крайне контагиозна, нередко пациенты с нераспознанной норвежской чесоткой становятся причиной эпидемий чесотки в стационарных отделениях больниц, социальных учреждениях престарелых, психоневрологических интернатах и др., у контактных лиц развивается типичная чесотка. В запущенных случаях и отсутствии адекватного и своевременного лечения возможна генерализация инфекции и смерть больного вследствие нарастания интоксикации [8–12].

В настоящем сообщении представлен клинический случай норвежской чесотки с выраженными клиническими проявлениями на фоне острого лимфобластного лейкоза (ОЛЛ).

Пациент Л., 1990 года рождения, находился на лечении в клинике ФГБУН «Кировский НИИ гематологии и переливания крови ФМБА» в 2009 г. с диагнозом: острый лимфобластный лейкоз Т-клеточный вариант (Т1, проТ-тип), первый острый период, сепсис (*St. epidermidis*). Грибковая пневмония. Энтеропатия. Хронический вирусный гепатит С. *Norwegian scabies*.

При поступлении предъявлял жалобы на распространенные высыпания на коже, сопровождающиеся умеренным зудом. Считает себя больным с июля 2009 г., когда на основании жалоб, клинической картины и обнаружения клещей в нативном препарате соскоба с кожи был выставлен диагноз: чесотка. Проведено лечение акарицидными препаратами (бензилбензоат 20%-ная эмульсия по схеме). В то же время чесоткой болели отец и бабушка пациента (также пролечены).

Первая госпитализация в КНИИГиПК с 23.09 по 06.11.2009. Установлен диагноз: острый лимфобластный лейкоз Т-клеточный вариант (Т1, проТ-тип) на основании: 1) миелограммы: гиперклеточный костный мозг, 82,2%-ная инфильтрация лимфобластами; 2) проточной цитофлуорометрии: бластные клетки соответствуют проТ-клеточному Т1-варианту ОЛЛ с коэкспрессией миелоидно-ассоциированного антигена CD117.

В гемограмме при поступлении: Нb — 92 г/л, Eг —  $2,62 \times 10^{12}$ , лейкоцитов —  $28,2 \times 10^3$ , тромбоцитов —  $100 \times 10^3$  (бластов — 52 %). По УЗИ брюшной полости вы-

явлено увеличение забрюшинных лимфатических узлов до 13–14 мм и спленомегалия 131–144 мм. Поражение ликвора не выявлено.

Больному была проведена 36-дневная индукция ремиссии по протоколу ОЛЛ МБ-2008. На фоне лечения на 15-й день лимфобласты исчезли из к/м. На 36-й день терапии в миелограмме определена ремиссия заболевания. По данным УЗИ брюшной полости отмечалась только незначительная гепатомегалия и диффузные изменения печени. Но в динамике отмечалось нарастание интенсивности папулезной сыпи с распространением ее на область паха, брюшную стенку и верхние и нижние конечности.

Повторная госпитализация с 10.11.2009 по 04.12.2009 для продолжения терапии. Жалобы на слабый кожный зуд, папулезные высыпания, местами сливающиеся. По результатам биопсии кожи от 10.11.2009 (материал для исследования взят путем иссечения кожного участка с элементами высыпания в области передней брюшной стенки справа; в препарате участка кожи в дерме вокруг части капилляров определяется лимфоидная инфильтрация клетками, крайне подозрительными на лейкоэмические. Плотность периваскулярной инфильтрации различная. Необходимо провести иммуногистохимическое исследование для уточнения характера поражения кожи, исключить специфическое поражение за счет осложнения заболевания.

Во время пребывания в стационаре отмечается усиление интенсивности экзантемы, появление шелушения от 16.11.2009. Переведен в 4-е (реанимационное) отделение КНИИГиПК 20.11.2009 в тяжелом состоянии. К 30.11.2009 свежие элементы сыпи не появляются, существующие бледнеют, сохраняются преимущественно на коже живота. При осмотре от 03.12.2009: кожные покровы очищаются медленно, на бедрах, в паху, кистях рук сыпь сливная — корки.

При выписке 04.12.2009: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, кожные покровы физиологической окраски, специфическая сыпь.

При последней госпитализации в КНИИГиПК от 07.12.2009 состояние тяжелое, на коже живота, паховой области, верхних и нижних конечностей сливные синюшные папулезные элементы, шелушение, серозные корки.

При осмотре дерматологом от 11.12.2009 выставлен диагноз: уточненный дерматит. Назначено наружное лечение (краска Кастеллиани, 0,5%-ная салициловая мазь, сульфодекортен).

На фоне назначенного лечения положительной динамики не наблюдалось, отмечалось сохранение зуда, усиление высыпаний на кожных покровах.

16.12.2009 консультирован заведующим кафедрой дерматовенерологии Кировской ГМА. При осмотре: патологический кожный процесс распространенный, симметричный, островоспалительного характера, локализуется по всему кожному покрову, включая лицо, волосистую часть головы, уши, кисти и стопы. Состояние эритродермии. Кожные покровы отечны, умеренно инфильтрированы, гиперемированы. На фоне гиперемии и инфильтрации в области кистей определялись множественные сливные папулезные элементы, местами покрытые грязно-серыми корками, плотно сцепленные с кожными покровами, множественные трещины, расположенные преимущественно в местах физиологических складок (рис. 1–2). Ногтевые пластины на пальцах кистей и стоп без патологических изменений. В области волосистой части головы — множе-



Рис. 1. Эритродермия. Множественные грязно-серые корки. Трещины: А — поражение кожи туловища; Б — поражение кожи нижних конечностей)  
 Fig. 1. Erythroderma. Multiple dirty-grey crusts. Skin fissures: А — skin lesion on the trunk; Б — skin lesion on the lower limbs

Рис. 2. Множественные грязно-серые корки. Трещины: А — поражение кожи бедра; Б — поражение кисти правой руки; В — поражение ладони правой руки  
 Fig. 2. Multiple dirty-grey crusts. Skin fissures: А — skin lesion on the thigh; Б — skin lesion on the right hand; В — skin lesion on the right-hand palm

ственные гнойные корки, эксфолиации. Патологический процесс сопровождался резким, неприятным, «кислым» запахом. Отмечалась полиаденопатия. С учетом жалоб, анамнеза и клинической картины выставлен предварительный диагноз: норвежская чесотка. Рекомендовано микроскопическое исследование нативного препарата соскоба с кожи с целью подтверждения диагноза, биопсия участка кожи с высыпаниями.

Патологоанатомическое исследование от 16.12.2009: в готовом препарате и препаратах, изготовленных из двух парафиновых блоков, кусочки кожи с гиперкератозом, фокусами паракератоза, акантозом, фокусами вакуольной дистрофии базальных кератиноцитов. В одном из срезов к эпидермису прилежит инородное тело, напоминающее структуру самки клеща. В верхних и средних отделах дермы имеется рыхлая периваскулярная мелкоклеточная лимфоидная инфильтрация с примесью плазмочитов, гистиоцитов. Элементов опухолевого роста (лейкемида) не обнаружено.

17.12.2009 при повторном осмотре заведующим кафедрой дерматовенерологии Кировской ГМА выставлен клинический диагноз: норвежская чесотка на основании обнаружения в препаратах чесоточных клещей, яиц и личинок. Назначена наружная терапия: раствор колларгола 3 % на трещины, мазь, содержащая бетаметазон и гентамицин, на кожные покровы шеи, туловища и конечностей; спрей, содержащий эсбиол и пиперонилбутоксид.

На фоне основного заболевания (ОЛЛ) состояние пациента остается тяжелым, сохраняется умеренный зуд, болезненность кожи при нанесении местного лечения. Тем не менее наблюдается постепенное отслаивание корок с образованием эрозивных поверхностей, медленная эпителизация трещин. Наружное лечение продолжено.

При осмотре дерматологом от 25.12.2009 жалоб на зуд не предъявляет, кожные покровы гиперемированы, наблюдаются эрозии в стадии эпителизации, единичные корки на коже бедер, тонкие, хорошо отделяемые при механическом воздействии. Назначена местная терапия: 0,5%-ная салициловая мазь на корки, топическая ГКС, эмоленты.

02.01.2010 у пациента появились жалобы на незначительный кожный зуд. При осмотре дерматологом наблю-

дается распространенное шелушение, сухость кожных покровов, корочки, единичные эрозии, распространенная гиперпигментация. Установлен диагноз: постскабиозный дерматит. Местное лечение топическими ГКС продолжено, в качестве системной терапии назначены антигистаминные препараты.

Пациент Л. был выписан 05.01.2010 из стационара. Показатели кроветворения восстановились. Общее состояние удовлетворительное. При выписке рекомендовано в том числе диспансерное наблюдение у дерматолога по месту жительства.

### Обсуждение

Норвежская чесотка встречается редко, заподозрить ее сложно, так как зачастую данная форма развивается на фоне других заболеваний, в том числе и дерматозов, сходных по клиническим проявлениям. Подтвердить диагноз достаточно просто: при микроскопическом исследовании корок и кожных чешуек обнаруживают чесоточных клещей в огромном количестве [13–17]. Учитывая вышесказанное, данная форма наиболее контагиозна, заражение происходит как при непосредственном контакте, так и через предметы обихода, одежду.

### Заключение

На основании всего вышесказанного и литературных данных можно констатировать рост доли редких клинических форм чесотки, в частности норвежской [14, 15].

Недостаточное знание врачами-дерматовенерологами клинических проявлений этого дерматоза, отсутствие настороженности часто приводят к диагностическим ошибкам. При этом заболевание может протекать многие годы, а пациент с данной формой паразитоза становится источником, вокруг которого регулярно формируются новые очаги заболевания [13]. С целью предупреждения ошибок в диагностике и дальнейшего распространения чесотки необходимо повышать квалификацию врачей в вопросах клиники, диагностики и профилактики всех форм чесотки, не только норвежской, но и так называемой чесотки «чистоплотных» («инкогноито»), что особенно актуально для врачей общей практики, терапевтов, педиатров, косметологов. ■

## Литература/References

1. Адашкевич В. П., Козин В. М. Кожные и венерические болезни. Второе издание. Москва. Медицинская литература 2009;672. [Adaskevich V. P., Kozin V. M. Skin and venereal diseases. The second edition. Moskva: Meditsinskaya literature, 2009:672.]
2. Giriya Subramaniam, Karthikeyan Kaliaperuma, Jeyakumari Duraipandian, Gopal Rengasamy Norwegian scabies in a malnourished young adult: a case report. J Infect Dev Ctries. 2010;4(5):349–51.
3. Binic I., Jankovic A., Jovanovic D., Crusted M. L. (Norwegian) Scabies Following Systemic and Topical Corticosteroid Therapy. J Korean Med Sci. 2010;25:188–91.
4. Towersey L, Cunha M. X., Feldman C. A., et al. Dermoscopy of Norwegian scabies in a patient with acquired immunodeficiency syndrome. An Bras Dermatol. 2010; 85(2):221–3.

5. Perna A. G., Bell K., Rosen T. Localised genital Norwegian scabies in an AIDS patient. SexTransm Infect. 2004;80:1: 72–3.
6. Соколова Т.В. Чесотка. Новое в этиологии, эпидемиологии, клинике, диагностике, лечении и профилактике (лекция). Рос. журн. кожных и венерич. болезней. 2001;(1):27–39. [Sokolova T. V. Scabies. New in etiology, epidemiology, clinic, diagnosis, treatment and prevention. Ros J Skin and Venereal Diseases 2001;(1):27–39.]
7. Кубанова А. А. Клинические рекомендации по дерматовенерологии для врачей. Москва, 2015:601–602. [Kubanova A. A. Clinical recommendations for dermatovenereology for doctors. Moscow: 2015:601–602.]
8. Yelamos O., Mir-Bonafe J. F., Lopez-Ferrer A., Garcia-Muret M. P., Alegre M., Puig L. Crusted (Norwegian) scabies: an under-recognized infesta-

tion characterized by an atypical presentation and delayed diagnosis. Letter to the Editor. *European Academy of Dermatology and Venereology*. 2014.

9. Maghrabi M. M., Lum Sh., Joba A. T., Meier M. J., Holmbeck R. J., Kennedy K. Norwegian Crusted Scabies: An Unusual Case Presentation. *The Journal of Foot & Ankle Surgery*. 2014;53:62–66.

10. Пискалова Т. П. Случай норвежской чесотки у больной хроническим лимфолейкозом. *Рос журн кожн и вен бол*. 2007;(2):50–52. [Pisklova T. P. The case of Norwegian scabies in a patient with chronic lymphocytic leukemia. *Ros J Skin and Venereal Diseases* 2007;(2):50–52.]

11. Дрождина М. Б., Кошкин С. В. Современный взгляд на клинику, диагностику и лечение норвежской чесотки. Презентация случаев. *Иммунопатология, Аллергология, Инфектология*. 2015;(2):55–61. [Drozhkina M. B., Koshkin S. V. Modern view of the clinic, diagnosis and treatment of Norwegian scabies. Presentation of cases. *Immunopatol Allergol Infectol*. 2015;(2):55–61.]

12. Дрождина М. Б., Кошкин С. В., Бояринцева Г. Г., Иутинский Э. М. Случай норвежской (корковой) чесотки. *Пермский медицинский журнал*. 2010;(5):102–105. [Drozhkina M. B., Koshkin S. V., Boyarintseva G. G., Iutinskiy E. M. A case of Norwegian (crusted) scabies. *Perm Med Journal*. 2010;(5):102–105.]

13. Сырнева Т. А., Корюкина Е. Б. Норвежская чесотка: современные клинические особенности, методы терапии и профилактики. *Клиническая дерматология и венерология* 2012;(2). [Syrneva T. A., Koryukina E. B. Norway itch: current clinical features, methods of therapy and prophylaxis. *Klin dermatol venerol*. 2012;(2).]

14. Соколова Т. В., Малярчук А. П., Адашкевич В. П., Лопатина Ю. В. Скабиозная эритродермия — новый клинический вариант чесотки. *Вестник ВГМУ*. 2014;13(4):90–101. [Sokolova T. V., Malyarchuk A. P., Adaskevich V. P., Lopatina Yu. V. Scabious erythroderma — a new clinical version of scabies. *Vestnik VGMU*. 2014;13(4):90–101.]

15. Кунгуров Н. В., Сырнева Т. А., Корюкина Е. Б. Атипичные и редкие формы чесотки. *Вестн дерматол и венерол*. 2009;(1):75–81. [Kungurov N. V., Syrneva T. A., Koryukina E. B. Atypical and rare forms of scabies. *Vestn dermatol venerol*. 2009;(1):75–81.]

16. Соколова Т. В., Малярчук А. П. Все ли вы знаете о чесотке? Леч врач. 2009;(6):56–60. [Sokolova T. V., Malyarchuk A. P. Do you know everything about scabies? *Lech vrach*. 2009;(6):56–60.]

17. Walter B., Heukelback J., Fengler G., et al. Comparison of dermoscopy, skin scraping, and the adhesive tape test for the diagnosis of scabies in a resource-poor setting. *Arch Dermatol*. 2011;147:468–73.

---

## Информация об авторах

**Сергей Владимирович Кошкин\*** — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии Кировского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: koshkin\_sergei@mail.ru

**Анна Леонидовна Евсева** — ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии Кировского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Татьяна Валентиновна Черных** — ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии Кировского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Наталья Викторовна Минаева** — к.м.н., заместитель директора по лечебной работе Кировского научно-исследовательского института гематологии и переливания крови Федерального медико-биологического агентства

**Галина Алексеевна Зайцева** — д.м.н., профессор, руководитель научного направления Кировского научно-исследовательского института гематологии и переливания крови Федерального медико-биологического агентства

---

## Information about the authors

**Sergey V. Koshkin\*** — Dr. Sci. (Medicine), Prof., Departmental Head, Department of Dermatovenereology and Cosmetology, Kirov State Medical University, Ministry of Healthcare of the Russian Federation; e-mail: koshkin\_sergei@mail.ru

**Anna L. Evseva** — Research Assistant, Department of Dermatovenereology and Cosmetology, Kirov State Medical University, Ministry of Healthcare of the Russian Federation

**Tatiana V. Chernykh** — Research Assistant, Department of Dermatovenereology and Cosmetology, Kirov State Medical University, Ministry of Healthcare of the Russian Federation

**Natalia V. Minaeva** — Cand. Sci. (Medicine), Deputy Director for Medical Work, Kirov Research Institute of Hematology and Blood Transfusion of the Federal Medical Biological Agency

**Galina A. Zaitseva** — Dr. Sci. (Medicine), Prof., Head of the Research Department, Kirov Research Institute of Hematology and Blood Transfusion of the Federal Medical Biological Agency