

# Редкая форма клещевого дерматита

Т.А. Белоусова<sup>1</sup>, М.В. Каиль-Горячкина<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Московское общество дерматовенерологов и косметологов, Москва, Россия;

<sup>2</sup>ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

belka-1147@mail.ru

## Аннотация

Акариазы – группа распространенных болезней, обусловленных паразитированием в коже клещей. Тромбикулиоз (тромбидиоз) относится к редким сезонным (летним) дерматитам, обусловленным эктопаразитированием в коже личинок (чигеров) краснотелковых клещей. В течение последних 10 лет врачами и биологами во многих странах отмечается увеличение популяции клещей семейства *Trombiculidae* (Тромбикулидовые) и возрастание сезонных дерматитов, связанных с ними. В Европе, особенно в Западной Германии и Великобритании, увеличились случаи тяжелого течения тромбикулиоза. Представлены данные по эпидемиологии, клинике, диагностике, лечению и профилактике тромбикулиоза. Приводится собственное клиническое наблюдение.

**Ключевые слова:** акариазы, клещи семейства *Trombiculidae*, краснотелковые клещи, чигеры, *Neotrombicula autumnalis*, сезонные дерматиты, тромбикулиновый дерматит, тромбикулиоз, клинический случай.

**Для цитирования:** Белоусова Т.А., Каиль-Горячкина М.В. Редкая форма клещевого дерматита. Клинический разбор в общей медицине. 2021; 10: 26–29. DOI: 10.47407/kr2021.2.10.00115

## Rare form of mite dermatitis

Tatyana A. Belousova<sup>1</sup>, Mariya V. Kail-Goryachkina<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Moscow Society of Dermatovenereologists and Cosmetologists, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

belka-1147@mail.ru

## Abstract

Acariasis is a group of common disorders caused by mite infestation of the skin. Trombiculosis (thrombidiiasis) is one of the rare seasonal (summer) types of dermatitis, caused by the ectoparasitized larvae (chiggers) of harvest mites in the skin. During the past decade, physicians and biologists in many countries reported the Trombiculidae mites population growth and the increased prevalence of seasonal dermatitis due to these mites. The number of severe trombiculosis cases has increased in Europe, especially in Western Germany and Great Britain. The data on epidemiology, clinical features, diagnosis, treatment and prevention of trombiculosis are provided. The case study is reported.

**Key words:** acariasis, Trombiculidae mites, harvest mites, chiggers, *Neotrombicula autumnalis*, seasonal dermatitis, chigger dermatitis, trombiculosis, clinical case.

**For citation:** Belousova T.A., Kail-Goryachkina M.V. Rare form of mite dermatitis. Clinical review for general practice. 2021; 10: 26–29. DOI: 10.47407/kr2021.2.10.00115

Кожа является барьерным органом, защищающим весь организм от неблагоприятных воздействий внешней среды. Известно множество факторов, при соприкосновении с которыми, в коже развивается острая воспалительная реакция (дерматит) из-за их повреждающего и разрушающего воздействия на структуры кожи. В большинстве случаев она прямо пропорциональна силе и длительности воздействия раздражителя и в определенной степени зависит от свойств кожи той или иной области кожного покрова, возраста и пола пациента. В качестве ирритантов могут выступать различные физические (высокие и низкие температуры, ультрафиолетовые лучи, ионизирующая радиация), химические (концентрированные кислоты, щелочи, сложные органические соединения) и биологические факторы (растения, насекомые, клещи, гусеницы, медузы). В последнее время в клинической практике стали чаще встречаться дерматиты, обусловленные воздействием разнообразных биологических агентов, с которыми современный человек встречается во время путешествий,

особенно в страны Азии и Африки, отдыха и работы в сельской местности, контакта с домашними питомцами, грызунами и сельскохозяйственными животными [1].

Акариазы – группа распространенных болезней, обусловленных паразитированием в коже клещей. Они могут быть обусловлены постоянным паразитизмом клещей в коже (демодекоз, чесотка), либо временным эктопаразитизмом (дерманиссиоз, зерновая чесотка, крысиный клещевой дерматит, тромбикулиоз). Клинически проявляются аллергической реакцией на аллергены клещей с развитием акародерматита. Эти заболевания широко распространены в человеческой популяции, но чаще встречаются в странах тропического климата. Чесотка и демодекоз наиболее изучены и хорошо известны своими клиническими симптомами. Пациентам с этими дерматозами опытные дерматологи могут легко поставить диагноз и назначить акарицидную терапию. В большинстве случаев временное эктопаразитирование клещей вызывает поражения кожи, сходные по клинической симптоматике и не имеющие четких

диагностических симптомов. Поэтому нельзя с уверенностью сказать, какой вид членистоногих вызвал акродерматит у конкретного пациента [2].

В течение последних 10 лет врачами и биологами во многих странах отмечается увеличение популяции клещей семейства *Trombiculidae* (Тромбикулидовые) и возрастание сезонных дерматитов, связанных с ними. В Европе, особенно в Западной Германии и Великобритании, увеличились случаи тяжелого течения тромбикулиоза. Существуют более 1200 видов краснотелковых клещей (в России выявлены представители более 20), обитающих на всех континентах Земли. Примерно 50 видов признаны причинами возникновения сезонных дерматитов у людей и животных. В настоящее время доказано, что 4 вида краснотелковых клещей могут нападать на людей в Европе. К ним относятся *Neotrombicula autumnalis*, *Кепкатромбическая desaleri*, *Blankaartia acuscutellaris* и *Trombicula toldti* [3, 4].

В нашей стране чаще всего выявляется *Neotrombicula autumnalis*. Они обнаружены повсюду, однако наиболее многочисленны в Южном Приморье. Чаще заражаются лица, проживающие или часто посещающие сельскую местность, а также связанные с сельскохозяйственными работами, имеющие контакты с собаками или случайные контакты с грызунами (туристы, фермеры, охотники и др.), и дети. В центральной части России клещи также не являются редкостью даже в городской черте. Они, как правило, обитают на кустарниковой и травянистой растительности, на газонах и цветниках около дома. Клещи, перемещаясь по наружной стене домов, попадают через открытые окна в квартиры и скапливаются на подоконниках и стенах около окон. Описаны 3 случая обнаружения краснотелковых клещей в Москве в летнее время в квартирах, находившихся на первых этажах [5].

Личинки клещей, также известные как чигеры, наиболее активно нападают на человека и животных с мая по октябрь. Они вылупляются из яиц в почве и взбираются на траву или листья. Чигеры визуально хорошо видны без увеличения, как многочисленные скопления красных точек (рис. 1). Эти личинки, являющиеся эктопаразитами животных и человека, обладают уникальным способом питания. Они прокалывают кожу острыми частями рта (хелицерами) и внедряются в устья волосяных фолликулов. Пищей для личинок является межклеточная жидкость, продукты лизиса клеток и в меньшей степени кровь. Растворяющая кожу слюна выводится через соломеобразную полую трубку (стилоустому). Личинки обычно питаются примерно от 2 до 10 дней или дольше, а затем падают в почву, где превращаются во взрослых клещей, которые кормятся другими членистоногими и их яйцами [6].

Чигеры, попав на кожу, слизывают ее поверхностные слои, выделяя слюну с ферментами через стилоустому. Эта жидкость вызывает воспаление кожи и зуд. Через 3–6 ч вокруг стилоустомы образуется очень сильно зудящая папула диаметром до 2 см. В центре папулы возникает везикула, а основание становится геморрагиче-

Рис. 1. Личинки клещей (чигеры) на ветке, визуально хорошо видны как многочисленные скопления красных точек.

Fig. 1. Mite larvae (chiggers) on the twig clearly visible as numerous bands of red dots.



ским. Развивается тромбикулиновый дерматит (папулы, везикулы, реже волдыри) и интенсивный зуд, реже – отечность кожи и повышение температуры. Указанные проявления могут отмечаться в течение нескольких недель в зависимости от индивидуальной чувствительности к аллергенам чигеров. Расчесывание кожи может вести к ее инфицированию и осложниться регионарным лимфаденитом. Локализация очагов поражения зависит от типа одежды и области вторжения личинок. Высыпания, как правило, возникают в области открытых зон: на кистях, наружной поверхности предплечий и локтях, а также дистальных отделах нижних конечностей и реже в области ягодиц и туловища. Зуд и жжение держатся на протяжении нескольких недель [7, 8].

Описан казуистический случай конъюнктивита левого глаза, вызванного шестиногой личинкой тромбикулинового клеща *Neotrombicula autumnalis*, у 72-летней пациентки из Шотландии. Личинка внедрилась в слизистую верхнего века, и после ее оперативного удаления все симптомы заболевания быстро исчезли. Наиболее вероятно, что пациентка заразилась от своей домашней кошки, и это первое описание инфицирования от домашнего животного. Кроме того, впервые был зарегистрирован случай конъюнктивита, вызванного краснотелковым клещом, что демонстрирует возможность внедрения личинок тромбикулидов в области лица и головы у человека [9].

Диагноз тромбикулинового дерматита ставится на основании данных анамнеза и клинической картины. Кожный процесс развивается остро и сопровождается сильным зудом. У больных часто выявляются бледно-розовые кратерообразные папулы с геморрагической корочкой в центре на тыле кистей, локтях и других открытых участках кожи в местах травмирования кожи. По данным зарубежной литературы, важным методом диагностики тромбикулиоза является дерматоскопия. Данное исследование следует проводить в самые пер-

вые дни заболевания для возможного обнаружения и идентификации личинок тромбикулид [10, 11].

Лечение тромбикулинового дерматита не требует каких-либо специфических средств. Для уменьшения зуда рекомендуются антигистаминные препараты и наружные кортикостероидные средства, лучше комбинированные, содержащие антибактериальные компоненты для предупреждения инфицирования кожи в местах расчесов. При присоединении инфекции – системная антибактериальная терапия. Эффективными мерами личной профилактики заражения является ношение защитной одежды, использование репеллентов, мытье тела и стирка одежды горячей водой с мылом после посещения мест, опасных для заражения. Для общественной профилактики тромбикулиоза следует проводить мероприятия по обнаружению очагов краснотелковых клещей в городах и сельской местности и их дезинсекционную обработку [12, 13].

### Клинический случай

Приводим собственное клиническое наблюдение. В клинике кожных болезней ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» находился мужчина 61 года с жалобами на универсальное поражение всего кожного покрова за исключением кожи лица и волосистой части головы, сопровождающееся мучительным зудом. Заболел на следующий день после контакта со срезанными розами, которые он купил на рынке по случаю дня рождения дочери. Первые высыпания появились в области кистей в местах соприкосновения с шипами (подрезал стебли) и сопровождались умеренным зудом. В течение трех последующих дней ежедневно подрезал стебли и менял воду цветам. Сыпь появилась на предплечьях и локтях, зуд значительно усилился. Резкая генерализация процесса произошла на 5-й день заболевания после предшествующего двукратного посещения бани и бассейна. При поступлении в клинику в области туловища и конечностей верифицировалась распространенная полиморфная сыпь, свободными от высыпаний были лицо и волосистая часть головы (рис. 2). Большинство элементов было представлено плотными узелками розовато-синюшного цвета до 2 см в диаметре, в центре покрытыми геморрагическими корочками, а также синюшно-фиолетовыми пятнами разных размеров и очертаний. На кистях отмечались характерные кратерообразные папулы с геморрагической корочкой в центре (рис. 3). В пределах некоторых пятен отмечалась микровезикуляция и мокнущие эрозии (участки экзематизации). В области локтей наблюдалось наложение импетигиозных и точечных геморрагических корок (симптом Арди–Горчакова); рис. 4. В клинике в связи с тяжестью и распространенностью кожного процесса пациенту были назначены системные глюкокортикостероиды с корригирующей терапией (преднизолон 30 мг/сут). В связи с явлениями вторичной пиодермии – цефазолин 1,0 внутримышечно 2 раза в день, антигистаминные препараты (тавегил по 1 таблетке 2 раза в день и супрастин 2,0 мл

Рис. 2. Распространенная полиморфная сыпь в области туловища и конечностей: плотные узелки розовато-синюшного цвета до 2 см в диаметре, в центре покрытые геморрагическими корочками, а также синюшно-фиолетовые пятна разных размеров и очертаний.

*Fig. 2. Widespread polymorphous rash on the trunk and limbs: dense pinkish bluish nodules up to 2 cm in diameter having their centers covered with hemorrhagic crusts, and purple-blue spots of various sizes and shapes.*



внутримышечно на ночь). Наружно комбинированные стероидные мази (Акридерм ГК). На 5-й день терапии отмечалось значительное уменьшение зуда, исчезновение явлений экзематизации и заметное очищение очагов от гнойно-геморрагических корок. Через 10 дней процесс регрессировал на 50% и больной был переведен на амбулаторное лечение с рекомендациями постепенного снижения дозы преднизолона до полной отмены. Через 1 мес от начала терапии проявление заболевания купировались полностью.

Интерес данного наблюдения заключается в том, что тромбикулиновый дерматит, который относится к сезонным летним заболеваниям кожи в Европе, развился у пациента зимой после контакта со срезанными цветами. Очевидно, цветы были заражены клещами в стране, где они выращивались. Тяжесть течения дерма-



Рис. 3. На кистях характерные кратерообразные папулы с геморрагической корочкой в центре.

Fig. 3. Typical hemorrhagic-crusted papules with central craters on the hands.



Рис. 4. Симптом Арди-Горчакова (наслоение импетигиозных и точечных геморрагических корок), характерный для акариазов.

Fig. 4. Hardy's symptom (buildup of impetiginous and punctate hemorrhagic crusts), characteristic of acariasis.



тита была обусловлена повторными тесными контактами с зараженными цветами и двукратным посещением бани и бассейна. В данном клиническом случае еще раз обращает на себя внимание патогномичность симптома Арди-Горчакова для акариазов, характеризующего реакцию кожи на клещевую инвазию.

#### Литература / References

1. Бронштейн А.М. Тропические болезни и медицина болезней путешественников. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Bronshstein A.M. Tropicheskie bolezni i meditsina boleznei puteshestvennikov. Moscow: GEOTAR-Media, 2014 (in Russian).]
2. Соколова Т.В., Лопатина Ю.В. Паразитарные дерматозы: чесотка и крысиный клещевой дерматит. М.: Бином, 2003. [Sokolova T.V., Lopatina Yu.V. Parazitarnye dermatozy: chesotka i krysinyy kleshchevoy dermatit. Moscow: Binom, 2003 (in Russian).]
3. Scholer A, Maier WA, Kampen H. Multiple environmental factor analysis in habitats of the harvest mite *Neotrombicula autumnalis* (Acari: Trombiculidae) suggests extraordinarily high euryoecious biology. *Exp Applied Acarology* 2006; 39: 41–62.
4. Ripka G, Stekolnikov AA. First finding of the chigger mite (Acari Trombiculidae) on a human host in Europe. *Belg J Entomol* 2006; 8: 147–51.
5. Богданова Е.Н. Клещи, вредящие здоровью людей в городских условиях на примере г. Москвы и система мероприятий по борьбе с ними. М., 2005. [Bogdanova E.N. Kleshchi, vrediashchie zdorov'yu liudei v gorodskikh usloviakh na primere g. Moskvy i sistema meropriyatii po bor'be s nimi. Moscow, 2005 (in Russian).]
6. Beck W, Fölster-Holst R. Tropical rat mites – serious ectoparasites. *J Dtsch Dermatol Ges* 2009; 7: 667–70.
7. Diaz JH. Mites, including Chiggers, in *Principles and Practice of Infectious Diseases*. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, Editors. United States: Churchill Livingstone, 2010, p. 3643–3647.
8. Бронштейн А.М., Кочергин Н.Г., Мальшев Н.А и др. Тромбикулиаз vs Тромбикулиазный дерматит у российских туристов, посетивших тропические страны. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2016; 21 (1): 43–50. [Bronshstein A.M., Kochergin N.G., Malyshev N.A et al. Trombikuliaz vs Trombikuliaznyi dermatit u rossiiskikh turistov, posetivshikh tropicheskie strany. *Epidemiologiya i infektionnye bolezni*. 2016; 21 (1): 43–50 (in Russian).]
9. Parcell BJ, Sharpe G, Jones B & Alexander CL. Conjunctivitis induced by a red bodied mite, *Neotrombicula autumnalis*. *Parasite* 2013; 20: 25–8.
10. Сергеев Ю.В. Будни Дерматолога (Атлас и текст). М.: Студия МДВ, 2012. [Sergeev Yu.V. Budni Dermatologa (Atlas i tekst). Moscow: Studiia MDV, 2012 (in Russian).]
11. Zalaudek I, Giacomet J, Cabo H et al. Entodermoscopy: a new tool for diagnosing skin infections and infestations. *Dermatology* 2008; 216: 14–23.
12. Guarneri F, Pugliese A, Giudice E et al. Trombiculiasis: clinical contribution. *Eur J Dermatol* 2005; 15: 495–8.
13. Ken KM, Shockman SC, Sirichotiratana M et al. Dermatoses associated with mites other than *Sarcoptes*. *Semin Cutan Med Surg* 2014; 33: 110–5.

#### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

**Белоусова Татьяна Алексеевна** – канд. мед. наук, доцент, Московское общество дерматовенерологов и косметологов. E-mail: belka-1147@mail.ru; ORCID: 0000-0002-6496-8614

**Tatyana A. Belousova** – Cand. Sci. (Med.), Assoc. Prof., Moscow Society of Dermatovenereologists and Cosmetologists. E-mail: belka-1147@mail.ru; ORCID: 0000-0002-6496-8614

**Каиль-Горячкина Мария Владимировна** – канд. мед. наук, врач-дерматолог клиники кожных и венерических болезней, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). E-mail: ultra1147@mail.ru; ORCID: 0000-0002-1023-4279

**Mariya V. Kail-Goryachkina** – Cand. Sci. (Med.), dermatologist, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). E-mail: ultra1147@mail.ru; ORCID: 0000-0002-1023-4279

Статья поступила в редакцию / The article received: 13.12.2021

Статья принята к печати / The article approved for publication: 23.12.2021