КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КОЖНОЙ ФОРМЫ СИНДРОМА МИГРИРУЮЩЕЙ ЛИЧИНКИ (СМЛ)

© Штернлихт Ксана Викторовна, Дроздова Людмила Николаевна, Панютина Яна Викторовна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.194100 г. Санкт-Петербург, ул. Литовская д.2. E-mail: kv.shternlikht@gpmu.org

Ключевые слова: кожная форма синдрома мигрирующей личинки; larva mirgans; дерматозоонозы; Юго-Восточная Азия; диагностика; лечение.

В связи с наметившейся в последние годы общемировой тенденцией к увеличению потока туристов в страны Юго-Восточной Азии особую актуальность приобретает диагностика дерматозоонозов, болезней «пляжного отдыха».

При ретроспективном анализе 269 случаев кожных заболеваний, связанных с посещением стран с тропическим климатом, лидирующее место занимает кожная форма синдрома «larva migrans» СМЛ (1). Клиническая картина кожной формы «larva migrans» обусловлена проникновением под кожу человека личинок нематод, паразитирующих у кошек (Ancylostoma braziliensis) и собак (Ancylostoma caninum) (2,3). Заражение человека кожной формой СМЛ происходит при соприкосновении открытых участков кожи с почвой или песком, где содержатся экскременты зараженных животных, во время прогулки или отдыха на пляже. Основными жалобами пациентов являются появление серпигинирующих пальпируемых линейных ходов красного цвета (часто локализующихся на коже стоп), сильный зуд, появляющиеся через 7–14 дней после возвращения из поездки в эндемичный регион. За сутки длина хода может увеличиваться почти на 2мм. Диагноз ставят на основании эпидемиологического анамнеза, жалоб и данных осмотра. Дифференциальную диагностику проводят с чесоткой, дерматофитией туловища, аллергическим контактным дерматитом и другими нематодозами.

В большинстве своем заболевание кожной формой СМЛ проходит самостоятельно, не оставляя никаких последствий, хотя имеются единичные случаи сочетания кожной формы СМЛ и синдрома Леффлера (4). Для лечения эффективно применяется альбендазол по 400 мг/сут в течение 7 дней (6). Авторы J. Heukelbach и H. Feldmeier указывают на эффективность применения оральных противогельминтных препаратов (альбендазола или ивермектина) или местного лечения аппликациями тиабендазола (5). Местное применение тиабендазола так же показало эффективность в 98% случаев при лечении 98 пациентов с кожной формой СМЛ (7). Однако имеются отдельные сообщения об отсутствии ответа на топическое применение тиабендазола, связанное с невозможностью лекарственного вещества проникнуть в глубокие слои дермы, что потребовало его назначение внутрь (8). Применение метода криодеструкции часто неэффективно, вызывает болевой синдром, что ограничивает его применение у детей младшего возраста.

С начала 2019 г. в детском приемном отделении Клиники Университета СПб ГПМУ был зарегистрирован один случай кожной формы СМЛ. Родители ребенка 2,5 г., обратились в детское приемное отделение с жалобами на появление у ребенка покраснения, болезненности и сильного зуда в области второго пальца правой стопы. Из анамнеза известно, что 12 дней назад вернулись с отдыха на Шри-Ланке. 7 дней назад появились краснота в области боковой поверхности второго пальца правой стопы, небольшая отечность, стал беспокоить сильный зуд. Применение местных антигистаминных средств положительного эффекта не дало. В детском приемном отделении ребенок осмотрен педиатром, дерматологом. На основании эпидемиологического анамнеза и клинической картины был поставлен диагноз кожной формы СМЛ. Назначен альбендазол в рекомендуемой схеме: по 15мг/кг (максимум 800 мг/сут) в течение 7 дней амбулаторно.

Таким образом, в связи с увеличением туристического потока в страны с субтропи-

ческим и тропическим климатом, регистрируется повышение заболеваемости детского населения заболеваниями, считающимися ранее редкими, в том числе кожной формой СМЛ, что требует особой настороженности со стороны врачей педиатров и дерматологов.

Список литературы.

1. Caumes E, Carriere J, Guermonprez G, Bricaire F, Danis M, Gentilini M. Dermatoses associated with travel to tropical countries: a prospective study of the diagnosis and management of 269 patients presenting to a tropical disease unit. Clin Inf Dis. 1995;20:542–8.
2. Tan JS. Human zoonotic infections transmitted by dogs and cats. Arch Intern Med. 1997;157:1933–43.
3. Richey TK, Gentry RH, Fitzpatrick JE, Morgan AM. Persistent cutaneous larva migrans due to Ancylostoma species. South Med J. 1996;89:609–11.
4. Schaub NA, Perruchoud AP, Buechner SA. Cutaneous larva migrans associated with Löffler's syndrome. Dermatology. 2002;205:207–9.
5. Heukelbach J, Feldmeier H. Epidemiological and clinical characteristics of hookworm-related cutaneous larva migrans. Lancet Infect Dis. 2008;8:302–9.
6. Rizzitelli G, Scarabelli G, Veraldi S. Albendazole: a new therapeutic regimen in cutaneous larva migrans. Int J Dermatol. 1997;36:700–3.
7. Jelinek T, Maiwald H, Nothdurft HD, Löscher T. Cutaneous larva migrans in travelers: synopsis of histories, symptoms, and treatment of 98 patients. Clin Infect Dis. 1994;19:1062–6.