

© ПЛАХОВА К. И., БЕЖЕНАР М. Б., 2018

Плахова К. И., Беженар М. Б.

ДВА СЛУЧАЯ КОЖНОЙ МИГРИРУЮЩЕЙ ЛИЧИНКИ У РОССИЙСКИХ ТУРИСТОВ, ПОСЕТИВШИХ ТАИЛАНД

ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России, 107076, г. Москва, Россия

Представлено описание двух клинических случаев пациенток с диагнозом «Кожная мигрирующая личинка». При обращении обе пациентки предъявляли жалобы на нестерпимый кожный зуд в очагах поражения, который появился после возвращения из тропической страны. При осмотре кожного покрова визуализировались очаги гиперемии с четкими границами и характерными возвышающимися извитыми внутрикожными ходами. Диагноз был выставлен на основании жалоб, данных анамнеза и характерной клинической картины. Для лечения применяли противоглистный препарат - Альбендазол, в обоих представленных случаях достигнуто выздоровление. Кожная мигрирующая личинка при своевременном и надлежащем лечении хорошо поддается терапии с быстрым достижением положительного эффекта, не приводя к развитию осложнений.

Ключевые слова: кожная мигрирующая личинка, паразитарные заболевания, тропические болезни, гельминтозы, кожный зуд.

Для цитирования: Плахова К. И., Беженар М. Б. ДВА СЛУЧАЯ КОЖНОЙ МИГРИРУЮЩЕЙ ЛИЧИНКИ У РОССИЙСКИХ ТУРИСТОВ, ПОСЕТИВШИХ ТАИЛАНД. *Эпидемиология и инфекционные болезни*. 2018, 23(5): 256-259.
DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9529-2018-23-5-256-259>.

Plakhova K.I.¹, Bezhenar M.B.¹

TWO LARVA MIGRANS CUTANEA CLINICAL CASES IN RUSSIAN TOURISTS VISITED THAILAND

¹State Research Center of Dermatovenereology and Cosmetology, Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, 107076, Russia

The article presents a description of two clinical cases of "Larva migrans cutanea". These patients had intolerable itching sensations in the skin lesions that appeared after returning from tropical countries. Clinical presentation was visualized by erythema with clear boundaries and serpiginous intradermal tracks. The diagnosis was verified on the basis of complaints, anamnesis and a characteristic clinical presentation. The treatment was included antihelmintic drug Albendazole. In both cases patients were recovered. Larva migrans cutanea with prompt and appropriate treatment lends itself well to therapy with rapid achievement of the positive effect without development of complications.

Key words: Larva migrans cutanea, parasitic diseases, tropical diseases, helminthiasis, skin itch.

For citation: Plakhova K.I., Bezhenar M.B. CASES FROM CLINICAL PRACTICE: SKIN MIGRATORY LARVAE. *Epidemiologia i InfektsionnyeBolezni (Epidemiology and Infectious Diseases, Russian journal)*. 2018; 23(5): 256-259.
DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9529-2018-23-5-256-259>.

For correspondence: *Bezhenar Marina Borisovna*, researcher of the Department of Sexually Transmitted Infections «State Research Center of Dermatovenereology and Cosmetology, Ministry of Healthcare of the Russian Federation»,
E-mail: maribeje@mail.ru

Information about authors:

Plakhova X. I., <http://orcid.org/0000-0003-4169-4128>

Bezhenar M. B., <https://orcid.org/0000-0002-8179-5030>

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Received 07.09.2018

Accepted 22.11.2018

Кожная мигрирующая личинка (КМЛ) – паразитарное заболевание, наибольшая распространенность которого достигается в условиях жаркого, влажного тропического климата, как правило, в странах, имеющих выход к морю или океану. В тоже время, в связи с активной внешней сезонной миграцией населения, обусловленной в первую очередь туризмом, случаи данного заболевания отмечаются и в нашей стране [1]. Оценка клинических проявлений, верификация диагноза и опреде-

ление тактики лечения могут вызвать затруднения у врачей-дерматовенерологов, так как КМЛ является кожным проявлением одного из тропических заболеваний, с которыми врачи, работающие в стране с умеренным континентальным климатом, сталкиваются редко.

Возбудителями КМЛ являются гельминты из семейства *Ancylostomatidae*, вида *Ancylostoma*, личинки которых способны прямым контактным путем проникать в поверхностные слои открытых кожных покровов человека. Наиболее частым местом обитания личинок является теплый, влажный, прибрежный песок стран с тропическим климатом [2]. Именно с преобладающим

Для корреспонденции: *Беженар Марина Борисовна*, мл. науч. сотр. отдела «Инфекций, передаваемых половым путем» ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России, E-mail: maribeje@mail.ru

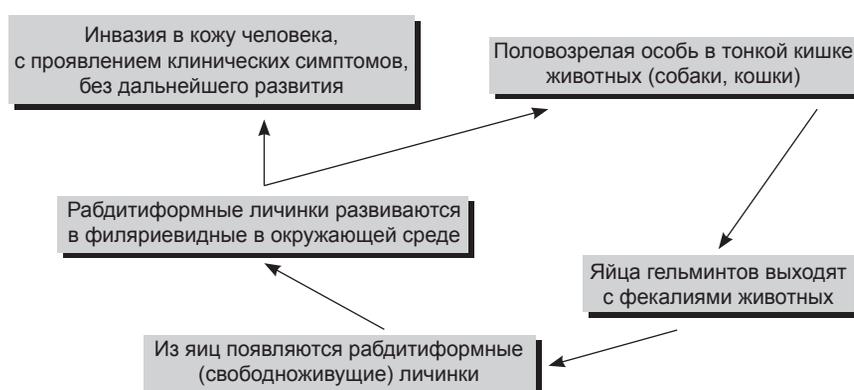


Рис. 1. Жизненный цикл развития мигрирующей личинки.

местом обитания КМЛ и связана локализация проникновения личинки в организм человека, которое представляет собой инвазию в эпидермис кожных покровов стоп, бедер, ягодиц и спины, то есть тех участков кожи, которые наиболее вероятно соприкасаются с песком, таким образом обеспечивается прямой контакт.

Окончательным хозяином анкилостомы являются животные, в основном кошки и собаки. При этом жизненный цикл развития паразита включает в себя этап жизнедеятельности в окружающей среде, куда личинка попадает с фекалиями животного. Человек в данном случае оказывается резервуарным хозяином и необязательным звеном в жизненном цикле паразита, в котором личинка не достигает этапа половозрелой особи гельминта и дальнейшего развития паразита в организме человека не происходит (рис. 1) [2, 3].

Клиническая картина

Жизнедеятельность КМЛ в эпидермисе человека сопровождается выраженной, яркой клинической картиной, которая и приводит пациентов к врачу, а кожная локализация симптомов определяет выбор в пользу врача-дерматовенеролога.

Инкубационный период составляет в среднем 2-3 недели – достаточный, чтобы пациент обратился к врачу уже по возвращении из путешествия по жарким странам [3].

Проникновение КМЛ в эпидермис человека чаще всего проходит незамеченным, иногда пациенты отмечают легкий зуд или жжение в месте инвазии личинки. Однако, слабая интенсивность симптомов в момент проникновения личинки, а также часто интенсивная инсоляция и элементы талассотерапии приводят к тому, что пациенты к врачу на начальных этапах не обращаются.

Дальнейшее развитие и перемещение КМЛ в эпидермисе субъективно сопровождается интенсивным кожным зудом, усиливающимся в вечернее время суток, который является основной жалобой при обращении к врачу, при этом интенсивность

зуда чаще всего оценивается пациентами как «нестерпимый» [3, 4].

При осмотре клиническими признаками заболевания являются эритема и папулы в месте внедрения, с последующим образованием воспаленного извитого подкожного хода шириной до 0,3 см, который появляется в среднем через 2-3 недели после проникновения личинки в кожу. У пациентов также могут развиваться папулы и везикулы, напоминающие фолликулит [4].

Дифференциальная диагностика

Дифференциальный диагноз следует проводить с чесоткой, аллергическим контактным дерматитом, крапивницей, экземой, мигрирующей эритемой, укусом медузы. Жалобы на интенсивный нестерпимый зуд, усиливающийся в вечернее время суток, будут отличать заболевание от аллергического контактного дерматита, крапивницы, экземы, мигрирующей эритемы. Характер извитого подкожного хода (до 0,3 см шириной), его локализация, а также отсутствие чесоточного клеща будут свидетельствовать против чесотки. Наконец, инкубационный период 2-3 недели, позволит отказаться от диагноза укус медузы [5].

Диагноз устанавливается на основании данных анамнеза и характерной яркой клинической картины, лабораторное подтверждение не разработано [5, 6].

Лечение

Несмотря на то, что очаг инфицирования разрешается самопроизвольно через несколько недель, дискомфорт и риск присоединения вторичной бактериальной инфекции служат основанием для проведения лечения. По данным литературы, лечение может проводиться антигельминтным препаратом, производным бензимидазола - альбендазол по 400 мг внутрь в день в течение 3-7 дней [9-15].

В некоторых источниках описывается применение криодеструктивной терапии жидким азотом с положительным эффектом [7]. Однако достижение положительного эффекта от проводимой кри-



Рис 2. Больная Е., возраст- 42 года, диагноз- КМЛ. Очаг поражения представлен застойно красно-синюшного цвета с нитевидным, извитым, подковообразной формы ходом.



Рис. 3 Больная В., возраст – 40 лет, диагноз- КМЛ. Очаги поражения представлены четко очерченными отечной гиперемией с подковообразной формы ходами.

одеструктивной терапии осложняется тем, что обнаружить самого возбудителя заболевания в очаге поражения обычно не представляется возможным, поскольку он находится в видимо здоровом участке эпидермиса, расположенного в стороне от пораженного локуса.

Клинические случаи

Клинический случай № 1.

В клиничко-диагностический центр ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России обратилась пациентка Е., (42 года) с жалобами на «невыносимый» зуд кожи подошвенной поверхности левой стопы, усиливающийся в вечернее и ночное время.

Из анамнеза известно, что за 1 неделю до появления симптомов, пациентка вернулась из туристической поездки в Таиланд, в которой много времени проводила в прибрежных зонах, гуляя босиком. Пациентка самостоятельно применяла противогрибковые и антибактериальные препараты местного дей-

ствия короткими курсами без эффекта (клотримазол, фузидовая кислота). Также пациентка применяла различные средства химической (яблочная, лимонная, янтарная кислоты) и механической (ножницы) деструкции – без эффекта. Пациентка обратила внимание, что после самостоятельных деструктивных манипуляций очаг сместился в сторону.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное, температура тела - 36, 6°C. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, чистые. Паховые, подмышечные, подчелюстные лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненны. Status localis: на коже подошвенной поверхности левой стопы имеется очаг застойного красно-синюшного цвета с нитевидным (до 0,2 см шириной), извитым, подковообразной формы ходом, общий размер очага поражения до 1 см в диаметре, с признаками внешней травматизации (рис. 2).

На основании клиничко-анамнестических данных был установлен диагноз: «Кожная мигрирующая личинка», назначено следующее лечение: альбендазол по 400 мг в день в течение 3 дней.

При контрольном осмотре через неделю отмечается уменьшение гиперемии и отечности, а также полное исчезновение жалоб на зуд. При осмотре через 3 недели – полное восстановление кожного покрова, жалоб нет.

Клинический случай № 2

В клиничко-диагностический центр ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России обратилась пациентка В. (40 лет) с жалобами на выраженный зуд и высыпания на коже ягодичной области. Пациентка отметила, что интенсивность зуда приводит к нарушению ночного сна.

Из анамнеза: жалобы появились через 2 недели после возвращения из туристической поездки в Таиланд. После пребывания на пляже и отдыха на песке пациентка отметила, что ее «кто-то покусал», однако не придавала этому значения, так как выраженный зуд появился только по возвращению из поездки. Кроме того пациентка обратила внимание на появление новых очагов на коже поясницы, а также ягодичной области. Самостоятельно применяла антигистаминные препараты (хлоропирамин 25 мг 1 раз в сутки, лоратадин 10 мг 1 раз в сутки) в течение недели – без эффекта.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное, температура тела - 36, 8°C. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, чистые. Паховые, подмышечные, подчелюстные лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненны. Status localis: на коже поясничной и ягодичной областей имеются четко очерченные, несколько отечные очаги гиперемии, слегка возвышающиеся над поверхностью кожи до 1 см в диаметре, три из них с нитевидным из-

витым ходом подковообразной формы до 0,2 см шириной (рис. 3).

На основании клинико-анамнестических данных был установлен диагноз: «Мигрирующая кожная личинка», назначено следующее лечение: альбендазол 400 мг в день в течение 3 дней.

При осмотре через неделю очаги бледно-розового цвета, без отека, чувство зуда полностью отсутствует. При осмотре через 3 нед – полное восстановление кожного покрова, жалоб нет.

Заключение

Таким образом, нехарактерное для России заболевание, но все чаще встречающееся в последнее время – мигрирующая кожная личинка при своевременном и надлежащем лечении хорошо поддается терапии с быстрым достижением положительного эффекта. При внимательном сборе анамнеза, оценке характерных жалоб и клинической картины установление диагноза не представляет трудностей. Специфических профилактических мер не разработано, однако пациентам следует рекомендовать не пренебрегать ношением обуви и использовать пляжный инвентарь во время отдыха в странах с тропическим климатом.

Финансирование. Работа не имела спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ступин А. В., Юцковский А. Д. Случай *Larva migrans* у жительницы Приморского края. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2014; 2(2): 30–2.
2. Хэбиф Т. П. *Кожные болезни: диагностика и лечение*. М.; МЕДпресс-информ; 2007.
3. Чебышев Н. В., Пак С. Г. *Инфекционные и паразитарные болезни развивающихся стран*. М.; ГЭОТАР-Медиа; 2007.
4. CDC. Infectious Diseases Related to Travel Guidelines; 2015. Available at <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2018/infectious-diseases-related-to-travel/cutaneous-larva-migrans>
5. Szelier A., Hrabovszky T., Csontos F. Larva migrans cutanea: diagnostic and therapeutic problems. *Orv. Hetil.* 1977; 118 (51): 3085-90.
6. Cairo I., Faber WR. Imported skin diseases. *Ned Tijdschr Geneesk.* 1998; 142 (50): 2746 – 50.
7. Erwin Van E., A. Stevens, Alphons Van G. Treatment of Cutaneous Larva Migrans. *N. Engl. J. Med.* 1998; 339: 1246 –7.
8. Albanese G., Venturi C., Galbiati G. Treatment of larva migrans cutanea (creeping eruption): a comparison between albendazole and traditional therapy. *Int. J. Dermatol.*, 2001; 40 (1): 67– 71.
9. Kaliaperumal K., Devinder M. T. Cutaneous larva migrans. *IJD-VL.* 2002; 68 (5): 252- 258.
10. Panes- Rodriguez A., Piera- Tunea L., Lopez-Pestana A. et al. Autochthonous cutaneous larva migrans infection in Guipuzcoa. *Actas. Dermosifiliogr.* 2016; 107 (5): 407-13.
11. Muller- Stover I., Richter J., Haussinger D. Cutaneous Larva

- migrans (creeping eruption) acquired in Germany. *Dtsch. Med. Wochenschr.* 2010; 135 (17): 859 –61.
12. Nevoralova Z. Larva migrans cutanes. *Cas. Lek. Cesk.* 2006; 145 (4): 325 – 6.
13. Sugathan P. Massive infestation of cutanea larva migrans. *Dermatol. Online J.* 2002; 8 (2): 21.
14. Kuijpers D.I., Berretty PJ. Diagnostic image. A man with an itching foot. Larva migrans cutanes. *Ned. Tijdschr. Geneesk.* 2002; 146 (34): 1585.
15. Nenoff P., Handrick W., Kruger C. et al. Ectoparasites. Part 1: lice and fleas. *Hautarzt.* 2009; 60 (8): 663 – 71.

REFERENCES

- Stupin A.V., Yuckovskij A.D. The case of Larva migrans from a resident of Primorsky Krai. *Russian Journal of Skin and Sexually Transmitted Diseases. Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney.* 2014; 2(2): 30–2. (in Russian)
- Hehbif T. P. *Skin diseases: diagnosis and treatment. [Kozhnye bolezni: diagnostika i lechenie]*. Moscow: MEDpress-inform; 2007. (in Russian)
- Chebyshev N.V., Pak S.G. *Infectious and parasitic diseases of developing countries. [Infektsionnye i parazitarnye bolezni razvivayushchihya stran]*. Moscow; GEHOTAR-Media; 2007. (in Russian)
- CDC. Infectious Diseases Related to Travel Guidelines; 2015. Available at <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2018/infectious-diseases-related-to-travel/cutaneous-larva-migrans>
5. Szelier A., Hrabovszky T., Csontos F. Larva migrans cutanea: diagnostic and therapeutic problems. *Orv. Hetil.* 1977; 118 (51): 3085-90.
6. Cairo I., Faber WR. Imported skin diseases. *Ned Tijdschr Geneesk.* 1998; 142 (50): 2746 – 50.
7. Erwin Van E., A. Stevens, Alphons Van G. Treatment of Cutaneous Larva Migrans. *N. Engl. J. Med.* 1998; 339: 1246 –7.
8. Albanese G., Venturi C., Galbiati G. Treatment of larva migrans cutanea (creeping eruption): a comparison between albendazole and traditional therapy. *Int. J. Dermatol.*, 2001; 40 (1): 67– 71.
9. Kaliaperumal K., Devinder M. T. Cutaneous larva migrans. *IJD-VL.* 2002; 68 (5): 252- 8.
10. Panes- Rodriguez A., Piera- Tunea L., Lopez-Pestana A. et al. Autochthonous cutaneous larva migrans infection in Guipuzcoa. *Actas. Dermosifiliogr.* 2016; 107 (5): 407-13.
11. Muller- Stover I., Richter J., Haussinger D. Cutaneous Larva migrans (creeping eruption) acquired in Germany. *Dtsch. Med. Wochenschr.* 2010; 135 (17): 859 –61.
12. Nevoralova Z. Larva migrans cutanes. *Cas. Lek. Cesk.* 2006; 145 (4): 325 – 6.
13. Sugathan P. Massive infestation of cutanea larva migrans. *Dermatol. Online J.* 2002; 8 (2): 21.
14. Kuijpers D.I., Berretty PJ. Diagnostic image. A man with an itching foot. Larva migrans cutanes. *Ned. Tijdschr. Geneesk.* 2002; 146 (34): 1585.
15. Nenoff P., Handrick W., Kruger C. et al. Ectoparasites. Part 1: lice and fleas. *Hautarzt.* 2009; 60 (8): 663 – 71.

Поступила 07.09.2018

Принята в печать 22.11.2018

Сведения об авторах:

Плахова Ксения Ильинична, д.м.н., зав. отделом «Инфекций, передаваемых половым путем» ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России, e-mail: plahova_xenia@mail.ru