

Laboratorinė medicina.
2019, t. 21, Nr. 3(83), p. 146–153.

Niežų klinikinės formos, diagnostika ir gydymas

Justas Arasimavičius^{1,4}
 Vilma Pocienė²
 Jūratė Grigaitienė^{3,4}
 Genovaitė Stanislava Lapinskaitė⁴

Santrauka

Įvadas. Niežai yra gana dažna užkrečiamoji parazitinė odos liga, kurią sukelia žmogaus niežinė erkė *Sarcoptes scabiei var. hominis*. 2018 metais Lietuvoje buvo nustatyti 642 nauji užsikrėtimo niežais atvejai. Niežų klinikinė įvairovė bei panašumas į kitas odos dermatozes ir nulemia jų vėlyvą diagnostiką, o betikslis gydymas gliukokortikosteroidais tik dar labiau sunkina ligos eigą ir maskuoja ligos klinikinį vaizdą.

Tikslas. Aptarti niežų klinikinę įvairovę, epidemiologiją, etiopatogenezę, diagnostiką ir gydymo rekomendacijas.

Rezultatai. Šioje publikacijoje pateikiami sergamumo niežais duomenys nuo 1946 iki 2018 metų. Išskirta 11 klinikinių niežų formų. Pateikta ypač retų klinikinių atvejų ir paryškinta dermatoskopijos nauda diagnozuojant niežus. Liga įtariama surinkus paciento anamnezę ir matant būdingą klinikinį vaizdą. Diagnozės nustatymą palengvina erkės urvelio ar pačios erkės (juodas trikampis) aptikimas dermatoskopu ir niežų erkės nustatymas mikroskopu. Gydymas skirstomas į vietinį, sisteminį bei sudėtinį ir yra skiriamas pagal niežų klinikinę formą. Gydomi visi artimo kontakto šeimos nariai bei lytiniai partneriai. Esant nekomplikuotiems niežams skiriamas lokalus gydymas 4 % perimetrino tepalu tepant dvi paras iš eilės visą kūną, kursas kartojamas po trijų dienų. Esant pluteliniams (hiperkeratoziniais) niežams skiriami lokalus keratolitikai ir 4 % perimetrino tepalas 7 dienas iš eilės ir tada 2 kartus per savaitę, iki visiškai pasveikstama. Lokalus gydymas gali būti derinamas su geriamuoju ivermektinu skiriant 200 g/kg dozę dvi dienas iš eilės ir kartojant kursą po 7 dienų. Pradėjus niežų gydymą drabužiai, rankšluosčiai ir patalynė skalbiami aukštoje temperatūroje arba paliekami uždaramame plastikiniame maiše savaitę. Niežų gydymas priklauso nuo ligos sunkumo gali trukti nuo 7 iki 30 dienų.

Reikšminiai žodžiai: niežai, niežų klinikinės formos, pluteliniai niežai, niežų dermatoskopija.

ĮVADAS

Niežai yra užkrečiamoji parazitinė odos liga, kurią sukelia žmogaus niežinė erkė *Sarcoptes scabiei var. hominis*. Niežų klinika gali būti neįprasta ir priklausyti nuo žmogaus organizmo imuninės reakcijos į sukėlėją. Retos niežų klinikinės formos dažniau nustatomos esant imunosupresijos būklėms ar lėtinėms dermatozėms. Klinikinę bėrimų išraišką taip pat gali lemti pavėluota diagnostika, antrinė infekcija, ilgalaikis sisteminių ar vietinių

nių gliukokortikosteroidų vartojimas [1]. Šios publikacijos tikslas – aptarti ligos epidemiologiją, etiopatogenezę, klinikinę niežų įvairovę, diagnostiką, diferencinę diagnostiką ir gydymą.

EPIDEMIOLOGIJA

Sergamumas niežais pasaulyje pasižymi tam tikru ciklišku, kurio priežastys nėra iki galo aiškios. Jų visada labai pagausėja karų ir masinių suirčių laikotarpiais. Niežai dažniausiai

¹Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Biomedicinos mokslų instituto Žmogaus ir medicininės genetikos katedra

Department of Human and Medical Genetics, Institute of Biomedical Science, Faculty of Medicine, Vilnius University

El. paštas:
justas.arasimavicius@gmail.com

²Respublikinės Klaipėdos ligoninės Odos ir venerinių ligų centras

Republic Klaipėda Hospital, Department of Skin and Venereal Diseases

³Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Klinikinės medicinos instituto Infekcinių ligų ir dermatovenerologijos klinika

Clinic of Infectious Diseases and Dermatovenereology, Institute of Clinical Medicine, Faculty of Medicine, Vilnius University

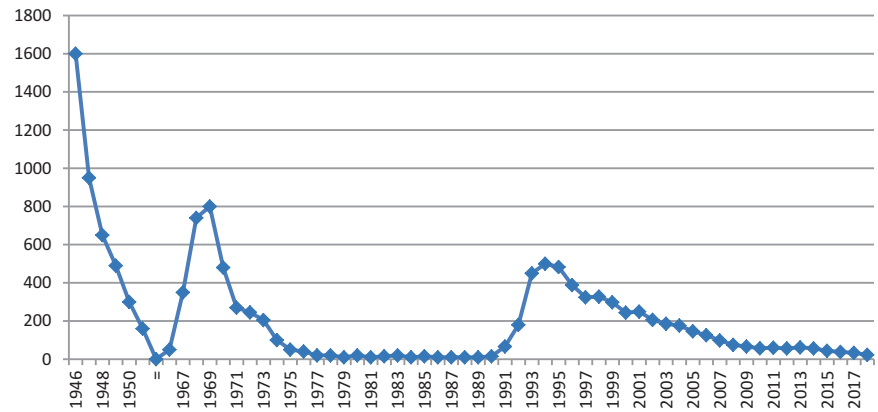
⁴Vilniaus universiteto Dermatovenerologijos centras
Vilnius University, Center of Dermatovenereology

paplitę tarp vaikų ir jaunų suaugusiųjų, bet užsikrėsti gali bet kurio amžiaus žmonės [2]. 2017 metais pasaulyje diagnozuota apie 527 000 naujų niežų atvejų [3] ir tai yra beveik 100 000 atvejų daugiau nei 2016 metais [4]. Daugiausia niežų atvejų registruojama rudenį ir žiemą, mažiau – vasarą [5]. Higienos instituto duomenimis, 2018 metais buvo nustatyti 642 nauji niežų atvejai. Sergamumas niežais Lietuvoje 100 000 gyventojų 1946–2018 metais vaizduojamas 1 pav. [6].

ETIOPATOGENEZĖ

Niežų sukėlėjas – žmogaus niežinė erkė *Sarcoptes scabiei* var. *hominis* [2]. Niežų erkės patelė yra $0,4 \times 0,3$ mm dydžio, patinėlis yra šiek tiek mažesnis, todėl paprastai šis parazitas yra akimis neįžiūrimas [7]. Suaugusi niežų erkės patelė kramtymo ir kūno judesių deriniu raginiame odos sluoksnyje 0,5–5 mm/d greičiu rausia nuo žulnius iki 1 cm ilgio kanalėlius [7]. Juose per dieną padeda 0–4 kiaušinėlius. Iš viso per savo 30 dienų gyvenimo trukmę padeda iki 50 kiaušinėlių ir tada pati kanalėlyje žūsta. Po 3–4 dienų iš kiaušinėlių išsiriti lervos, pereina į nimfas, kurios išlenda į odos paviršių rausti naujų kanalėlių to paties ar naujo šeimininko odoje. *Sarcoptes scabiei* var. *hominis* visas vystymosi ciklas (kiaušinėlis, lerva, nimfa, suaugusi erkė) trunka apie dvi savaites [8]. Be šeimininko kambario temperatūroje erkė gali išgyventi iki 3 parų [7]. Žemesnė temperatūra ir didesnė santykinė drėgmė pailgina išgyvenamumą, pavyzdžiui, mineraliniame aliejuje erkė išgyvena iki 7 parų. Kiaušinėliai ir erkės baltymai sukelia IV tipo alerginę reakciją, kuriai būdingas niežėjimas ir bėrimas (pūslelės) [9]. Tai patvirtinta ir pastebėjus, kad bėrimus gydant kortikosteroidų tepalais dėl lokaliai odos imunosupresijos erkės dauginasi sparčiau. Niežinė erkė plinta tiesioginio sąlyčio su sergančiu žmogumi būdu. Dažnai tai susiję su glaudžiu kontaktu gyvenamojoje aplinkoje (šeimoje, ugdymo įstaigose, slaugos ar globos namuose), taip pat gali būti perduodami per lytinį kontaktą. Galimas ir netiesioginis perdavimo būdas per užkrėstus buityje naudojamus daiktus (patalynę, drabužius ir kt.). Sergant pluteline (hiperkeratozine) niežų forma raginiame epidermio sluoksnyje yra labai didelis skaičius *Sarcoptes scabiei*, dėl to erkės gali būti perduodamos ne tik tiesioginio kontakto būdu, bet ir su atsiskyrusiu raginiu epidermio sluoksniu esant ne-

Sergamumas niežais Lietuvoje nuo 1946 iki 2018 m.



1 pav. Sergamumas niežais Lietuvoje 100 000 gyventojų 1946–2018 m. (1952–1965 m. neužregistruota nė vieno niežų atvejo)

Fig 1. Incidence rate of scabies in Lithuania per 100 000 inhabitants, 1946–2018 (1952–1965 no cases of scabies were registered)

tiesioginiam kontaktui. Inkubacinis periodas nuo užsikrėtimo iki pirmųjų reiškinių atsiradimo gali užtrukti nuo 1 dienos iki 6 savaičių. Kaip greitai atsirastų pirmieji simptomai, priklauso nuo to, ar praeityje buvo sirgta niežais, nuo gautų erkių skaičiaus ir užsikrėtusio asmens imuninio atsako [10]. Užsikrėtus suaugusiomis *Sarcoptes scabiei* erkėmis (pvz., nuo sergančio hiperkeratoziniais niežais), inkubacinis laikotarpis gali sutrumpėti iki keleto valandų. Asmenims, kurie praeityje buvo sirgę niežais ir yra jautrūs erkei, niežėjimas gali prasidėti per 1–3 dienas nuo užsikrėtimo [9]. Vidutiniškai inkubacinis laikotarpis yra 8–12 dienų. Erkės perdavimas vyksta nuo pradinio užsikrėtimo ja (net nesant ligos požymių), iki erkės ir jų kiaušinėlių yra sunaikinami.

NIEŽŲ KLINIKA IR JOS ĮVAIROVĖ

Pagrindinis niežų požymis – niežėjimas, kurį laiką tai gali būti vienintelis simptomas, taip pat pavieniai ir poriniai bėrimai pūslytėmis ar mazgeliais, erkių urveliai [2]. Paprastai niežėjimas yra itin intensyvus, išplitęs, nesuvaldomas, labiausiai vargina naktį [2]. Erkių urveliai – tai ploni pilkšvos, rausvos ar rusvos spalvos kiek iškilę vingiuoti tuneliai, kuriuose erkė deda kiaušinėlius. Poriniai bėrimo elementai – tai dar vienas išskirtinai niežams būdingas požymis. Kasymasis pažeidžia būdinguosius bėrimus, dėl ko paciento odą būtina atidžiai apžiūrėti. Niežai dažnai priskiriami didiesiems imitatoriams, nes gali turėti įvairias klinikinės formos [8]. Visų klinikinių tipų niežus sukelia ta pati niežinė erkė. Niežai yra klasifikuojami pagal tai, kam ir kokią odos reakciją jie su-

kelia. Tai priklauso nuo ligos trukmės, odos būklės, bendros paciento sveikatos būklės, nepavėluotos diagnostikos ir kt. [2]:

1. Tipiniai (klasikiniai) niežai: pasižymi stipriu, išplitusiu niežėjimu, stipresniu naktį, po karšto dušo. Ypač niežti liemens šonai, pilvas, šlaunys bei kitos beriamos vietos. Iki 20 % ligonių odos niežėjimas būna nestiprus arba jo visai nėra. Patognomoninis požymis yra niežų erkių urveliai odoje. Distaliniame urvelio gale gali būti pūslelė – joje lengva aptikti erkę [2, 8]. Erkių urvelius gana sunku išžiūrėti plika akimi, todėl čia pravartus dermatoskopas, kuriuo galima pamatyti lenktą S ar Z formos niežų erkės urvelį ir trikampio požymį (tamsesnė erkės galva ir pora priekinių kojų). Pažeidžiamos vietos – delnai, tarpupirščiai, šoniniai pirštų, lenkiamieji riešų, tiesiamieji alkūnių paviršiai, pažastys, juosmens, pilvo sritis, sėdmenys, krūtys (areolės sritis, ypač moterims), vyrams – genitalijos (kapšelio oda, varpos sritis), tiesiamieji kelių paviršiai, apatinė sėdmenų, užpakalinė šlaunų dalis, šoniniai pėdų paviršiai bei padai (2 pav.). Nugaroje bėrimų aptinkama prie lovos prikaustytiems žmonėms [2]. Normalaus imuniteto atsako pacientams esama iki 15–20 niežų erkių, jų reikia ieškoti pūslytėje bei tarp porinių bėrimo elementų. Intensyvus niežtinčių sričių kasymas veikia kaip gynybinis mechanizmas, jo metu mechanškai suardomi niežų erkių urveliai, žūsta pačios niežų erkės, vietoje mazgelių ima vyrtauti nukasymai ir šašeliai. Užsitęsęs niežams aptikti erkių urvelius yra sunku. Tačiau porinių elementų, mazgelių ar šašelių, radimas niežams būdingose vietose turėtų sukelti įtarimą. Kai kuriems pacientams bėrimai gali



2 pav. Eriteminės papulės niežais sergančio paciento delnu odoje
Fig. 2. Erythematous papules in a palm skin of scabies infected patient

priminti vabzdžių įkandimus dėl urtikoidinio komponento mageliuose. Geriausiai niežų erkių urveliai matomi delnų šonuose, riešuose, tarpupirščiuose, paduose, vyrams – genitalijose [2]. Niežų erkių urvelius gali būti sunku pastebėti ir dėl prisidėjusios antrinės infekcijos. Diferencijuoti reikia nuo visų niežėjimą sukeliančių ligų: Diuringo herpetiforminio dermatito, atopinio dermatito, kūno odos grybelinių ligų, papulinės urtikarijos (dilgėlinės), vidinių niežėjimo priežasčių ir t. t.

2. Gumbeliniai niežai. Tai IV (uždelsto) tipo padidėjusio jautrumo reakcijos į erkių antigenus rezultatas [9]. Pasitaiko gana retai – apie 7–10 % sergančių žmonių [5]. Pasireiškia rausvai rusvomis ar violetinio atspalvio infiltruotomis kietomis papulėmis, mazgeliais, kurių skersmuo įvairuoja nuo 3 mm iki 8 mm (3 pav.). Mes pastebėjome, kad neretai gumbeliai randasi bandant gydyti niežėjimą vietiniais gliukokortikosteroidų tepalais. Sumažinus vietinį imuninį atsaką, erkė įsitvirtina giliai ir apie ją formuojasi infiltratas. Bėrimai smarkiai niežti, tačiau kartais niežėjimo gali visiškai nebūti. Dažniausiai šie bėrimai atsiranda gležnesnės, labiau pažeidžiamos odos srityse: sėdmenyse, tarpasėdmeninės klostės šonuose, pažastyse, kirkšnyse, alkūnėse, riešuose ir vyrams – genitalijose [11, 12]. Šie bėrimai gali atsirasti arba išlikti mėnesius ir metus net po niežų gydymo. Retai gumbelinis bėrimas niežai gali pasireikšti ir pačioje ligos pradžioje, dažniau kūdikiams ir vaikams. Jiems bėrimai dažniausiai atsiranda pažastų, kirkšnių srityse, tačiau galima ir generalizuota jų forma, kai pažeidžiama ir plaukuotoji galvos dalis, veidas, delnai, padai [11]. Bėrimai gali pri-

minti histiocitozę, mazginę mastocitozę. Vyresnio amžiaus vaikams bei suaugusiems tokie bėrimai gali priminti lėtinį mazginį niežulį (*prurigo nodularis*), limfomą, pseudolinfomą. Tyrimai rodo, jog net histologiniai pokyčiai gali simuliuoti limfomos vaizdą, matomos homogeniškos struktūros, sudarytos iš eozinofilų, limfocitų, histiocitų, retikulocitų ir kt. [2].

3. Pluteliniai (hiperkeratoziniai) niežai (*scabies crustosa*). Tai reta, sunki, išplitusi, labai užkrečiama niežų forma, pasireiškianti eriteminėmis, hiperkeratozinėmis plokštelėmis. Ši forma anksčiau vadinta norvegiškaisiais niežais, kadangi 1848 m. Danielssen'as ir Boeck'as pirmą kartą aprašė Norvegijoje raupais sergantiems pacientams. Šios niežų formos sukėlė-



3 pav. Gumbeliniai niežai (recidyvas): rausvos papulės, mazgeliai 26 metų vyro varpos odoje
Fig. 3. Nodular scabies (relapse): pink papules, nodules in a skin of a 26-year-old man's penis

Lentelė. Plutelinų niežų predispoziciniai veiksniai
Table. Predisposing factors for crusted scabies

Predispoziciniai veiksniai
• ŽIV, AIDS • tuberkuliozė, onkologinės ligos (pvz., limfomos, leukemija) • ilgalaikis geriamųjų ar vietinių gliukokortikosteroidų vartojimas • cukrinis diabetas • imunosupresijos būklės (pvz., po organų transplantacijos) • išsekimas ar senatvė • neurologiniai sutrikimai (pvz., paralyžius) • genetiniai sutrikimai (pvz., Dauno sindromas) • lėtinės dermatozės (pvz., žvynelinė, atopinis dermatitas)

jas yra ta pati *Sarcoptes scabiei* niežų erkė, tačiau esant sutrikusiam organizmo atsakui į sukėlėjo antigenus erkės ima nevaldomai daugintis. Niežų erkių skaičius išauga nuo keliolikos ar keliasdešimties (klasikinių niežų atveju) iki nesuskaičiuojamų dydžių. Plutelinų niežų predispoziciniai veiksniai nurodomi lentelėje [5].

Plutelinų niežų, skirtingai negu klasikinių niežų, bėrimai gali pasireikšti bet kurioje kūno srityje, kartais pirmieji bėrimai atsiranda galvos plaukuotoje dalyje, veido, plaštakų, pėdų liemens odoje ar nuolatinio spaudimo srityse, pavyzdžiui, alkūnių, sėdmenų odoje. Hiperkeratozinės pleiskanos primena bičių korio vaizdą. Yra būklių, kai pacientas fiziškai nėra įgalus kasytis. Nesant niežėjimo (paciento imuninė sistema nereaguoja į sukėlėjo baltymus) ar nesant galimybės kasytis (pvz., dalinė parėzė), erkių pliti-



4 pav. Gumbeliniai niežai po ilgo gydymo vietiniais gliukokortikosteroidais
Fig. 4. Nodular scabies after long treatment of topical glucocorticosteroids



5 pav. Pluteliniai niežai su eozinofilija 52 metų moteriai
Fig. 5. Crusted scabies with eosinophilia, 52-years-old woman



7 pav. Pluteliniai niežai: liemuo
Fig. 7. Crusted scabies: trunk



6 pav. Pluteliniai niežai: veidas
Fig. 6. Crusted scabies: face

mas netrikdomas. Dėl atipinio klinikinio vaizdo liga sunkiai ar klaidingai diagnozuojama. Hiperkeratoziniai niežai yra liemens, rankų, pėdų psoriaziforminė dermatozė, kuriai būdingas odos paraudimas, neretai dengiamas labai storo pleiskanų sluoksnio, tačiau niekur nėra tipišku niežams ar psoriazei būdingų bėrimų. Dažnai procesas išplita, gali apimti veidą ir galvą, pažeisti nagus, išsivystyti eritrodermija. Dauguma atvejų niežėjimas yra minimalus. Pluteliniai niežai gali imituoti žvynelinę, atopinį, seborėjinį dermatitą, vaistų sukeltas odos reakcijas, bakterines ar grybelines infekcijas, piktybines odos ligas (odos T limfoma, Sezary sindromas). Įtariant lėtinę dermatozę, skiriami lokalūs ar sisteminiai gliukokortikosteroidų preparatai, kurie modifikuoja ligos eigą ir odos būklę dar labiau pablogina [2, 13]. Gana dažnai pluteliniai niežai įtariami tik nustatčius klasikinius niežus kontaktą turėjusiems asmenims.

Mūsų klinikoje yra gydyti trys vienos šeimos asmenys: sūnus, sirgęs klasikineis niežais, jo motina – itin sunkia eritrodermine plutelinio niežų forma, lydima hipereozinofilijos, ir močiutė – taip pat plutelinio niežų forma (žr. 4–9 pav.). Vasarą niežais šioje šeimoje pirmiausia susirgo sūnus, tačiau tinkamo gydymo pacientas negavo.

Dėl pastebėtos eozinofilijos sunkiausia niežų forma ilgai neišgydžiusi pacientės motina buvo hospitalizuota į vidaus ligų skyrių vėlyvą rudenį. Jai taip pat aptikta pilvo srities, difuzinė, nutrintomis ribomis, eriteminė, sausų pleiskanų dengiama plokštelė, niekaip neprimenantį niežų. Konsultavęs dermatologas kitur kūne kitokių bėrimų neaptiko, o pacientė niežėjimu nesiskundė. Buvo rekomenduota atlikti odos biopsiją, kad būtų atmesta odos limfomos diagnozė. Nuo biopsijos nukritus pleiskanai, ji tyrėjui nepateko, biopsija buvo neinformatyvi, todėl pacientė palikta stebėti. Odos pažeidimui nuo pilvo išplitus po visą kūną, ji nusiūsta konsultacijos į dermatologijos kliniką (žr. 4–8 pav.). Tada iš karto buvo paimta suragėjusių odos pleiskanų mikroskopiniam tyrimui su KOH 10 % siekiant atmesti grybelinę infekciją, tačiau regėjimo laukas buvo aptiktas pilnas niežų erkių. Pacientė nedelsiant hospitalizuota. Nustačius diagnozę paaiškėjo, kad pluteliniais niežais serga ir jos motina (9 pav.), kuriai buvo gydoma egzema. Pacientės sūnui taip pat nustatyti klasikinės formos niežai.



8 pav. Pluteliniai niežai: pėdos
Fig. 8. Crusted scabies: soles



9 pav. Pluteliniai niežai 72 metų moteriai (ankstesnės pacientės motinai)
Fig. 9. Crusted scabies, 72-years-old woman (mother of the previous patient)



10 pav. Niežų bėrimai 1,5 mėn. berniuko padų odoje
Fig. 10. Sole skin lesions, 1.5 year old boy

4. Kūdikių ir vaikų niežai. Kitaip nei suaugusiesiems, vaikams niežinė erkė gali pažeisti bet kurią odos sritį: padus, delnus, plaukuotą galvos dalį, veidą [2], jiems erkių aptinkama net po nagų plokštelėmis. Vaikams dažniau pasitaiko bėrimas pūslelėmis ar pūslėmis (10 pav.) [14]. Jaunesnio amžiaus vaikams dažnai prisideda antrinė infekcija. Kūdikiams erkių urveliai dažniausiai nustatomi delnuose, paduose ir pėdų šonuose, taip pat galima rasti galvos srityje, ypač užausiuose [2]. Šią niežų formą reikia diferencijuoti nuo kūdikių ir vaikų akropustuliozės, *Gianotti-Crosti* sindromo, plaštakų, pėdų ir burnos ligos, atopinio dermatito.

5. Senų žmonių niežai. Šiuo atveju nebūna ūmios uždegiminės odos reakcijos kaip jauniems asmenims, ta-

čiau niežėjimas labai stiprus. Niežai neretai neįtariamai, niežėjimas priskiriamas seniliniam ar dėl sausos odos. Be to, asmenims, prikaustytiems prie lovos, galimi ir nugaros bėrimai. Dažnai prisideda antrinė egzematizacija.

6. Švurių žmonių niežai. Pasitaiko žmonėms, kurie kruopščiai laikosi higienos reikalavimų. Vargina niežėjimas, tačiau odos bėrimai gali būti negausūs, nerandama niežų erkių urvelių.

7. Bulioziniai niežai. Tai reta niežų forma, dažniau pasireiškianti vaikams ar senyvo amžiaus pacientams. Pirmą kartą bulioziniai niežai aprašyti 1974 metais [15]. Kliniškai šiai formai būdingi bėrimai primena bulioziniam pemfigoidui būdingas poepidermines pūsles. Tiksliai pūslių susidarymo patogenezė nėra žinoma. Gre-



12 pav. Vaskulitiniai niežai 66 metų moteriai. Gretutinė liga – antrojo tipo cukrinis diabetas
Fig. 12. Scabietic vasculitis, 66-years-old woman. Comorbide with diabetes mellitus II type

ta susidariusių pūslių dažniausiai aptinkama tipinių, niežams būdingų bėrimų (urvelių, eritemišku papuliu, ekskoriacijų ir kt.). Buliozinius niežus reikėtų įtarti esant niežtinčiam makulopapuliniam, pūsliniam odos bėrimui, kurio nesiseka gydyti gliukokortikosteroidais [16, 17]. Dažnai šią formą galima supainioti su beprasidedančiomis kai kuriomis pūslelinėmis ligomis. Buliozinių niežų atveju galimi recidyvai, todėl pacientai turi būti patikrinti praėjus 1–2 savaitėms po gydymo.

8. Neatpažinti niežai (*incognito*). Tai laiku neatpažinti niežai (11 pav.). Netinkamas vietinių ar sisteminių gliukokortikosteroidų, imunosupresantų naudojimas gali pakeisti klinikinį niežų vaizdą ir priminti kitas dermatozes [2].

9. Urtikariniai niežai. Greitoji hipererginė reakcija į niežų erkės antigenus. Pasireiškia vabzdžių įgėlimus primenančiomis pūkslėmis, papulėmis, gali būti ir erkių urveliai. Šia forma linkę sirgti asmenys, kuriems bet kokie vabzdžių įgėlimai sukelia stiprias reakcijas.

10. Skabidai (limfocitomos). Id reakcija į niežus. Būdingas liemens, rankų, kojų ir veido papulovezikulinis bėrimas [12].

11. Vaskulitiniai niežai. Tai reta forma, pasireiškianti hemoragine raudone apatinėse galūnėse ir kitose kūno srityse. Ši niežų forma buvo nustatyta mūsų klinikos pacientei, sergančiai cukriniu diabetu (12, 13 pav.).

KOMPLIKACIJOS

Sergant niežais gali prisidėti antrinė bakterinė infekcija – impetiga, ektima, paronichija, septicemija, furunkuliozė (10 ir 14 pav.). Tropikuose ir subtropikuose, kur tarpsta nefritogeninės



11 pav. Neatpažinti niežai
Fig 11. Scabies incognito



13 pav. Vaskulitiniai niežai 66 metų moteriai
Fig. 13. Scabietic vasculitis, 66 years-old-woman



14 pav. Niežai su impetiginizacija 17 metų merginai
Fig. 14. Impetiginisation of scabietic lesions, 17-years-old female

padermės A grupės -hemolizinis streptokokas, gali išsivystyti glomerulonefritas kaip niežų komplikacija [2, 18]. Nuolatinis kasymas ir dirginančių gydomųjų preparatų nuo niežų naudojimas gali sukelti egzema, dermatitą, použdegiminę hiperpigmentaciją [19]. Susilpnėjusio imuniteto asmenims dažnai pasireiškia išplitęs dermatitas su pūslelėmis ir šašais.

DIAGNOSTIKA

Labai svarbu tiksliai nustatyti niežų diagnozę prieš pradedant gydymą, nes gydymas nuo niežų gali paūminti kitas dermatozes, pavyzdžiui, atopinį dermatitą, ir sukelti odos iritacinį dermatitą. Dažniausiai niežai diagnozuojami esant būdingai anamnezei (paties ligonio ar artimųjų) ir klinikiniam vaizdai. Bendrame kraujo tyrime gali būti eozinofilija. Diagnostiką labai palengvina dermatoskopas [2]. Paciento odoje pastebėjus niežų erkės urvelį, dermatoskopu šio urvelio gale galima pamatyti pačią erkę, kurios priekinės kojelės atrodo kaip tamsus trikampius (15 pav.).

Diagnozei patvirtinti atliekamas odos nuogrاندų mikroskopinis ištyrimas iš tipišku būrimų – erkių urvelių, eritemišku papulių, puslėčių, ieškoma niežų erkės. Nuogrандų mėginys imamas skalpeliu, jo aštriuoju galu nukrapštant pūslytę, mazgelio ar urvelio viršūnę. Į mėginį neturi patekti kraujo. Mikroskopiškai aptinkama: niežų erkė (16 pav.) ar jos fragmentų, kiaušinėlių, niežų erkės ekskrementų (*scybala*) [20]. Neigiamas mikroskopinio tyrimo atsakymas nepaneigia niežų diagnozės. Didžiausia tikimybė rasti erkę delnų, padų pūslytėse. Įtariant hiperkeratозinius niežus nuogrандos imamos iš bet kurio būrimo, jose aptin-

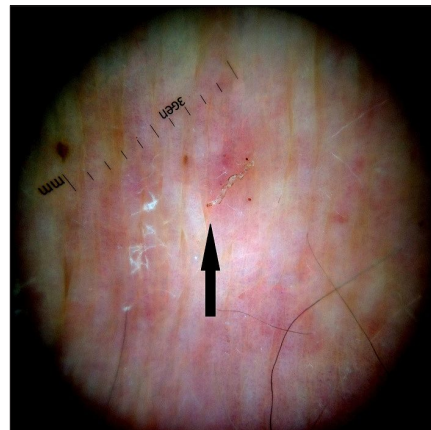
kamos įvairių vystymosi stadijų erkės [5]. Esant neaiškiai diagnozei, ypač gumbelių niežų atveju, gali būti atliekama odos biopsija. Histologiškai raginiame sluoksnyje galima aptikti niežų erkę, kiaušinėlių ar ekskrementų. Aplink erkę susidaro spongiozė ir besiformuojanti pūslelė, o dermoje – eozinofilų infiltratas.

GYDYMAS

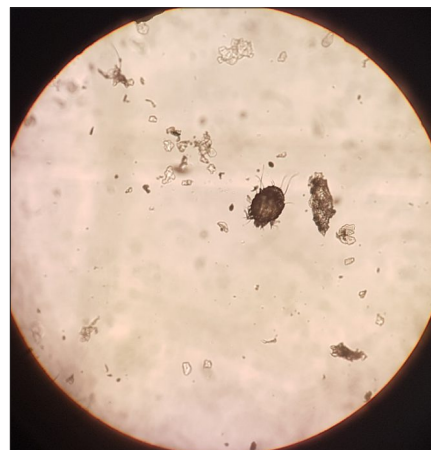
Renkantis niežų gydymo būdą, būtina atsižvelgti į jo efektyvumą ir galimą toksiškumą. Kartais pacientai vaistu tepasi dažniau ar ilgiau, nei paskirta gydytojo. Tepimasis pagal paskyrimą saugo nuo galimo odos išsausėjimo ir suerzinimo. Niežai gydomi vietiskai,

sisteminis gydymas taikomas tik išimtiniais atvejais. Vietiniai vaistai sukelia neurotoksinį poveikį erkei ir lervai. Skabicediniai vaistai turi būti rūpestingai tepami, pradedant užausiais ir kaklu ir baigiant pėdomis, padais. Ypatingas dėmesys kreiptinas į rankų ir kojų tarpupirščius, bambos, kirkšnių, tarpšėdmeninę sritį, panages. Nagai turi būti trumpai nukerpami. Prieš kiekvieną tepimąsi būtina nusiimaudyti po dušu ir sausai nusišluostyti rankšluosčiu. Baltiniai ir patalynė keičiami pradėjus ir baigus gydymą. Viršutiniai drabužiai iš pamušalo pusės termiškai apdorojami laidyne. Artimai kontaktavę asmenys patikrinami ir esant indikaciją gydomi profilaktiškai.

2017 metų Europos dermatologų draugijos paskelbtos niežų gydymo gairės rekomenduoja klasikinius niežus gydyti vietiskai – 5 % permetrino kremu, 10–25 % benzilbenzoato losjonu arba sisteminio geriamuoju ivermektinu [9]. Mūsų šalyje kelis dešimtmečius yra gydoma 4 % permetrino tepalu, o 5 % kremas nėra prieinamas. Vietinis gydymas taikomas visam kūno odos paviršiui, vaistas tepamas nuo apatinio žandikaulio žemyn



15 pav. Erkių urvelis ir erkė dermatoskopu. Trikampio požymis
Fig 15. Dermatoscopy. Scabietic mite burrow, triangle sign



16 pav. Niežų erkės paieška šviesiniu mikroskopu 40× ir 100× didinimu
Fig. 16. Scabietic mite under microscope 40× and 100× magnification

apimant visas kūno raukšles, kirkšnis, bamba ir išorinius lytinius organus, taip pat odą po nagais (ypač esant hiperkeratoziniais niežams), padus [2]. Gydant hiperkeratozinius niežus, vietiniu vaistu turi būti tepamas visas kūnas, įskaitant veidą ir galvą [10]. Kūdikiams vietinis gydymas taikomas ir veido odai (jei yra bėrimų). Plaštakoms vietinis gydymas turi būti pakartojamas po kiekvieno rankų plovimo. Niežais sergantys pacientai ir asmenys, turėję glaudų kontaktą su pacientu, lytiniai partneriai, net neturintys simptomų, turi gauti gydymą tuo pačiu metu [2]. Baigus gydymą, po paskutinio išsimaudymo rekomenduojama visą kūną išsitepti emolientu (kūno emulsija sausai odai).

Sisteminis vaistas ivermektinas – tai antiparazitinis preparatas, paplitęs veterinarijos praktikoje, o žmonėms jis gali būti naudojamas niežams gydyti, kai neįmanomas vietinis gydymas. Šis preparatas sutrikdo gama-aminosviesto rūgšties sukeltą nervinio impulso perdavimą. Ivermektinas patvirtintas ne visose Europos Sąjungos šalyse. Skiriamas po 200 g/kg vienkartinai, gydymas kartojamas po 1 savaitės. Indikacijos: vietiniam gydymui atsparūs atvejai, imunosupresijos būklės pacientai, pluteliniai niežai (ilgesnė gydymo schema), komplikuoti niežai (prisidėjus antrinei infekcijai), fiziškai ir protiškai neįgalūs asmenys. Kontraindikuojamas, jei pacientas yra alergiškas veikliajai medžiagai. Skiriamas vaikams nuo 15 kg svorio, nerekomenduojamas nėščiosioms (C rizikos kategorija) ir maitinančioms moterims [2, 9, 10, 20].

Patalynė ir drabužiai turėtų būti išskalbti aukštoje temperatūroje (>50 °C) arba palikti plastikiniame maiše savaitei. Daiktų ir baldų, kurie negali būti plaunami, dezinfekcijai gali būti naudojami insekticidai.

Vietinis gydymas

1. Permetrino 4 % tepalas. Tai pirmo pasirinkimo priemonė dėl mažo toksiškumo. Tyrimai rodo, jog permetrino (sintetinio piretroido) tepalas – efektyviausia niežų gydymo priemonė [21, 22]. Europos dermatologų draugijos gairės rekomenduoja pasitepti visą kūną vaistu ir jį nuplauti po 8–12 val. ekspozicijos. Gydymą kartoti po

7–14 dienų [9]. Esame pastebėję, kad pacientai dažnai neatidžiai tepasi vaistą palikdami nepateptą kūno vietą, todėl rekomenduojame vaistą tepti 24 valandoms dvi paras iš eilės ir iš naujo pasitepti rankas po kiekvieno jų plovimo. Prieš naują viso kūno tepimą ir baigus gydymą privalu išsimaudyti. Gydymą kartoti po 3 dienų. Gydymas permetrinu tinkamas vaikams nuo 2 mėn., taip pat nėščiosioms (priskiriama B rizikos kategorijai) ir žindinėms. Iš nepageidaujamų reiškinių galimas odos sudirgimas, laikinas paraudimas.

2. Benzilbenzoato 25 % tirpalas ar losjonas (ex tempore). Tepamas nakčiai 2 paras iš eilės ir po 7 dienų [9]. Po tepimosi praėjus 24 valandoms vaistas turi būti nuplautas. Vaikams šis vaistas nerekomenduojamas. Nėščiosioms vaistas gali būti naudojamas (priskiriama B rizikos kategorijai). Maitinančioms moterims negalima preparato tepti krūtų srityje. Dažnas šalutinis poveikis – odos sudirginimas.

3. Sieros 6 % tepalas vazeline – alternatyvus lokalus vaistas [9]. Tai saugiausias niežams gydyti naudojamas preparatas. Tepama 3–5 vakarus iš eilės, o išsimaudoma praėjus 24 val. po paskutinio pasitepimo. Nors tai ir nelabai patogus vaistas, bet yra saugus ir efektyvus. Tai geriausia priemonė nėščiosioms bei žindančioms moterims bei kūdikiams ir mažiems vaikams. Be to, 6–10 % sieros-cinko suplaktinė dažniau tinka kūdikiams bei sergantiems egzeminėmis odos ligomis. Po gydymo sieros preparatais patartina naudoti emolientus, kad būtų sumažintas odos sausumas ir dėl to – odos niežėjimas.

Plutelių niežų atveju gydymas taikomas panašus kaip sergant klasiškais niežais. Šie pacientai turi būti gydomi stacionare, izoliuoti. Papildomai naudojamos keratolizinės medžiagos. Svarbu, kad plutelių niežų atveju pradėtas gydymas ima veikti vėliau ir trunka ilgiau nei sergant įprastais niežais. Europos dermatologų draugijos gairės rekomenduoja plutelinius niežus gydyti vietiniais skabicidiniais preparatais tepant juos 7 dienas iš eilės ir paskui 2 kartus per savaitę iki visiško pasveikimo. Šis gydymas turi būti derinamas su sisteminiu ivermektinu 200 g/kg 1, 2, 8 dienomis, o sunkiais atvejais – 1, 2, 8, 9, 15 ± 22, 29 dienomis [9]. Pacientai gydomi, iki

trys iš eilės mikroskopinio tyrimo atsakymai gaunami neigiami. Tai gali trukti 7–30 dienų, priklausomai nuo ligos sunkumo.

Neatpažinus niežų ir pacientus gydant kortikosteroidais susidaro mazginiai niežų bėrimai, kurių gydymas yra nemenkas iššūkis. Susiformavusiems gumbeliams gydyti papildomai gali būti naudojami deguto preparatai ar net pavienių mazgų ekscizija [11, 12]. Mūsų praktikoje vaikams ir suaugusiems pacientams buvo veiksmingas ilgalaikis tepimas 6 % sieros tepalu. Siekiant išvengti odos sudirginimo šis vaistas turėtų būti kasdien tepamas vietiškai ant susidariusių odos gumbelių, iki jie rezorbuosis.

Esant antrinei infekcijai reikalingas ir antiseptinis bei antibakterinis gydymas.

Įtariant niežus, bet negalint jų patvirtinti skiriamas *ex juvantibus* (empirinis) gydymas.

Pradėjus niežų gydymą tepamaisiais vaistais jau po pirmojo pasitepimo niežėjimas labai sumažėja, tačiau kartais, baigus užsitęsusių niežų gydymą, niežėjimas gali išlikti dar kelias savaites dėl buvusio odos išsausėjimo, kasymosi bei gydymo [2, 8, 21]. Simptomams mažinti skiriami emolientai, antihistamininiai preparatai.

PROFILAKTIKOS PRIEMONĖS

Svarbu laiku diagnozuoti ligą ir vienu metu gydyti visus ligonius bei jų artimus kontaktinius asmenis. Niežais sergančio asmens kolektyvo ir (ar) šeimos nariai bei lytiniai partneriai turėtų būti patikrinti ir, jei reikia, gydomi. Privaloma laikytis asmens higienos taisyklių. Užsikrėtusiojo patalynė, drabužiai, namų apyvokos daiktai turi būti dezinfekuojami. Drabužiai ir patalynė keičiami po pirmojo pasitepimo ir baigus gydymą [9].

Padėka

Autoriai dėkoja gydytojui dermatovenerologui Jonui Lauraičiui už pasiūlymą hiperkeratozinius niežus vadinti pluteliniais. Taip pat dėkojame visiems pacientams, sutikusiems, kad jų nuotraukos būtų publikuojamos. ♦

Gauta: 2019 08 30
Priimta spaudai: 2019 09 27

Summary

SCABIES: CLINICAL FORMS, DIAGNOSTICS AND TREATMENT

Justas Arasimavičius, Vilma Pocienė, Jūratė Grigaitienė,
Genovaitė Stanislava Lapinskaitė

Introduction. Scabies is a common, transmittable parasitic disease caused by *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*. Clinical variations and similarity to other dermatoses cause diagnostic issues and late diagnosis. A misdiagnosis and pointless use of glucocorticosteroids complicate diagnostics further, and the right treatment is delayed.

Objectives. The aim of this article is to present epidemiology, etiopathogenesis, clinical variants, diagnostic procedure and treatment options of scabies.

Results. Scabies incidence rate from 1946 to 2018 is provided. Eleven clinical forms of scabies, including very rare, are described. The importance of a dermatoscopy is emphasized. Diagnosis of the disease is suspected on characteristics of itch, clinical findings, mite burrow detection, dermatoscopy showed "triangle sign". Definitive diagnosis is supported by positive microscopic examination of skin scraping which identifies mites. It is crucial to treat all people living together with the patient, as well as sexual partners. Topical and sys-

temic treatment for scabies is available. The regular schedule is an application of topical permethrin 4% for 24 hours for two days and repetition of schedule after 3 days. When crusted scabies is diagnosed topical keratolytic and topical permethrin 4% are repeated daily for 7 days then 2× weekly until cure. Topical treatment can be combined with and systemic oral ivermectin 200 g/kg on the 1st, 2nd and 8th, 9th day or even more. Clothing, bedding, towels, and other items should be machine washed in high temperatures or sealed and stored in a plastic bag for a week. Treatment may last from 7 days up to a month.

Keywords: scabies, clinical forms of scabies, crusted scabies, dermatoscopy of scabies.

LITERATŪRA

1. Hicks MI, Elston DM. Scabies. *Dermatol Ther* 2009; 22(4): 279–92.
2. Griffiths C, Barker J, Bleiker T, Chalmers R, Creamer D. *Rook's textbook of dermatology*. 9th edition. Wiley-Blackwell, 2016.
3. Disease GBD, Injury I, Prevalence C. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2018; 392(10159): 1789–858.
4. Engelman D, Cantey PT, Marks M, Solomon AW, Chang AY, Chosidow O, et al. The public health control of scabies: priorities for research and action. *Lancet* 2019; 394(10192): 81–92.
5. Žygutienė M. Niežų prevencija ir kontrolė (metodinės rekomendacijos). ULAC, 2015.
6. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla. Sveikatos statistika, 1999–2018.
7. Kang S. *Fitzpatrick's dermatology*. 9th edition. New York, 2019.
8. Currier RW, Walton SF, Currie BJ. Scabies in animals and humans: history, evolutionary perspectives, and modern clinical management. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2011; 1230: E50–60.
9. Salavastru CM, Chosidow O, Boffa MJ, Janier M, Tiplica GS. European guideline for the management of scabies. *J Eur Acad Dermatol and Venereol* 2017; 31(8): 1248–53.
10. Executive Committee of Guideline for the Diagnosis and Treatment of Scabies. Guideline for the diagnosis and treatment of scabies in Japan. 3rd edition. *J Dermatol* 2017; 44(9): 991–1014.
11. James WD, Elston DM, Berger TG. *Andrews' Diseases of the skin: clinical dermatology*. 12th edition. Elsevier, 2015.
12. Czeschik JC, Huptas L, Schadendorf D, Hillen U. Nodular scabies: hypersensitivity reaction or infection? *J German Soc Dermatol* 2011; 9(10): 840–1.
13. Bologna J, Jorizzo J, Schaffer J. *Dermatology*. 3rd edition. Saunders, USA, 2013.
14. Paller A, Mancini AJ, Hurwitz S. *Hurwitz clinical pediatric dermatology: a textbook of skin disorders of childhood and adolescence*. 5th edition.
15. Bean SF. Bullous scabies. *JAMA* 1974; 230(6): 878.
16. Serra D, Pedro Reis J, Mariano A, Machado A, Figueiredo A. Recurrent bullous scabies. *J Cutaneous Med and Surg* 2010; 14(4): 175–7.
17. Stan RT, Piaserico S, Bordignon M, Salmaso R, Zattra E, Alaibac M. Bullous scabies simulating pemphigoid. *J Cutaneous Med and Surg* 2011; 15(1): 55–7.
18. Hay RJ, Steer AC, Engelman D, Walton S. Scabies in the developing world – its prevalence, complications, and management. *Clinical Microbiology and Infection* 2012; 18(4): 313–23.
19. Raffi J, Suresh R, Butler DC. Review of scabies in the elderly. *Dermatol and Ther* 2019; 9(4): 623–30.
20. Chosidow O. Clinical practices. Scabies. *New Engl J Med* 2006; 354(16): 1718–27.
21. Monsel G, Chosidow O. Management of scabies. *Skin Therapy Letter* 2012; 17(3): 1–4.
22. Strong M, Johnstone P. Interventions for treating scabies. *The Cochrane database of systematic reviews* 2007; (3): CD000320.