

Н.Н. Мурашкин^{1, 2, 3}, М.А. Леонова¹, Э.А. Григорян⁴, А.И. Материкин¹, Р.В. Епишев¹, Д.В. Федоров¹, Р.А. Иванов¹, Е.С. Павлова¹, Л.А. Опрятин¹

¹ Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация

² Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

³ Центральная государственная медицинская академия, Москва, Российская Федерация

⁴ Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Российская Федерация

Норвежская (корковая) чесотка у детей с когнитивными нарушениями: клинические случаи

Контактная информация:

Леонова Мария Алексеевна, врач-дерматовенеролог отделения дерматологии и аллергологии НИИ детской дерматологии Национального медицинского исследовательского центра здоровья детей

Адрес: 119296, Москва, Ломоносовский пр-т, д. 2/62, стр. 1, тел.: +7 (495) 967-14-20, e-mail: dr.maria.leonova@gmail.com

Статья поступила: 16.06.2025, принята к печати: 16.08.2025

Обоснование. Диагностика норвежской (корковой) чесотки осложняется клинической картиной хронических и острых заболеваний кожи. Неверный диагноз и, как следствие, нерациональная терапия приводят к нарушениям местной иммунной системы и чрезмерному размножению чесоточного клеща. **Описание клинических случаев.** У детей с синдромом Прадера – Вилли и синдромом Дауна выявлены признаки заболевания кожи. Диагноз норвежской чесотки установлен на основании результатов дерматоскопии и анализа соскоба кожи из очага поражения. Проведена наружная терапия, включавшая лосьон перметрина 5% с положительной динамикой кожного процесса в течение последующих 7 сут. **Заключение.** Норвежская чесотка представляет собой трудную для диагностики задачу. Особенное внимание необходимо уделять сопутствующим заболеваниям и иммунному статусу пациента. Использование дерматоскопии повышает точность диагностики. В качестве первой линии терапии используется наружная терапия перметрином.

Ключевые слова: норвежская чесотка, перметрин, синдром Прадера – Вилли, синдром Дауна

Для цитирования: Мурашкин Н.Н., Леонова М.А., Григорян Э.А., Материкин А.И., Епишев Р.В., Федоров Д.В., Иванов Р.А., Павлова Е.С., Опрятин Л.А. Норвежская (корковая) чесотка у детей с когнитивными нарушениями: клинические случаи. *Вопросы современной педиатрии.* 2025;24(4):285–290. doi: <https://doi.org/10.15690/vsp.v24i4.2930>

ОБОСНОВАНИЕ

Норвежская (корковая) чесотка — это высококонтагиозный вид чесотки, характеризующийся распространенным поражением чесоточным клещом (*Sarcoptes scabiei*) и обширными корковыми, гиперкератотическими папулами, бляшками и узелками. Диагностика норвежской чесотки может быть затруднительна ввиду

нетипичных клинических проявлений [1, 2]. У пациентов с нарушениями когнитивных функций, а также находящихся в состоянии врожденного или приобретенного иммунодефицита наблюдается больший риск развития норвежской (корковой) чесотки в связи с нарушением местного иммунитета и эпидермального барьера [2, 3]. При поздней диагностике заболевания отмечен высокий

Nikolay N. Murashkin^{1, 2, 3}, Mariya A. Leonova¹, Elen A. Grigoryan⁴, Alexandr I. Materikin¹, Roman V. Epishev¹, Dmitry V. Fedorov¹, Roman A. Ivanov¹, Ekaterina S. Pavlova¹, Leonid A. Opryatyn¹

¹ National Medical Research Center of Children's Health, Moscow, Russian Federation

² Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation

³ Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russian Federation

⁴ Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Moscow, Russian Federation

Norwegian (Crusted) Scabies in Children with Cognitive Impairments: Case Studies

Background. Diagnosis of Norwegian (crusted) scabies is complicated by clinical signs of chronic and acute skin diseases. Incorrect diagnosis and consequently irrational management lead to local immune system disorders and excessive reproduction of itch mites.

Case description. Children with Prader–Willi syndrome and Down syndrome have shown signs of skin disease. The diagnosis of Norwegian scabies has been established according to dermatoscopy results and analysis of skin scraping from the lesion. External therapy included permethrin 5% lotion and showed positive dynamics of skin lesions over the next 7 days. **Conclusion.** Norwegian scabies is a difficult disease to diagnose. Particular attention should be given to patient's comorbidities and immune status. Dermatoscopy improves diagnostic accuracy. Topical permethrin therapy can be used as first-line therapy.

Keywords: Norwegian scabies, permethrin, Prader-Willi syndrome, Down syndrome

For citation: Murashkin Nikolay N., Leonova Mariya A., Grigoryan Elen A., Materikin Alexandr I., Epishev Roman V., Fedorov Dmitry V., Ivanov Roman A., Pavlova Ekaterina S., Opryatyn Leonid A. Norwegian (Crusted) Scabies in Children with Cognitive Impairments: Case Studies. *Voprosy sovremennoy pediatrii — Current Pediatrics.* 2025;24(4):285–290. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.15690/vsp.v24i4.2930>

риск ранней смерти, в частности от сепсиса [4]. В 2012 г. в Норвегии было зарегистрировано чуть менее 2000 обращений по поводу чесотки; в 2018 г. это число увеличилось до 6000 [5]. Основным средством для лечения чесотки являются наружные средства, содержащие перметрин и бензилбензоат [5]. В отечественных и зарубежных публикациях практически не описаны случаи норвежской чесотки у детей с когнитивными нарушениями, в связи с чем данные наблюдения представляют интерес не только для врачей-дерматологов, но и для смежных специалистов.

Ниже представлено наблюдение двух пациентов с норвежской чесоткой, одного — с синдромом Прадера – Вилли, другого — с синдромом Дауна, находившихся на лечении в отделении дерматологии и аллергологии НИИ детской дерматологии НМИЦ здоровья детей (Москва).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР № 1

0 пациенте

Пациент И. (из Московской области), возраст 9 лет, обратился в отделение с жалобами на высыпания и зуд, преимущественно ночью.

Анамнез болезни. За 2 мес до обращения за медицинской помощью появились распространенные высыпания по всему телу (на тот момент находился в школе-интернате с круглосуточным пребыванием). Госпитализирован в инфекционное отделение по месту жительства, установлен диагноз: «Инфекционный дерматит. Сепсис неуточненный». Проведены лабораторные исследования: показатели клинического анализа крови и мочи, биохимического анализа крови в пределах референсных значений. Спустя 2 сут переведен в хирургическое отделение по месту жительства с инфицированной раной в области шеи, которая появилась до госпитализации. Проводилась местная терапия анилиновыми красителями и кремом с фузидовой кислотой 2% в течение 3 сут. Ребенок выписан с рекомендациями продолжить терапию по месту жительства. Через 2 нед после выписки из хирургического отделения отмечено ухудшение кожного патологического процесса, повторно госпитализи-

зирован в инфекционное отделение с диагнозом: «Гнойный бактериальный целлюлит средней тяжести». Проведена антибактериальная терапия препаратами амоксициллин + клавулановая кислота 250 мг + 62,5 мг в течение 7 сут и цефиксим суспензия для приема внутрь 100 мг / 5 мл, 53 г 10 мл перорально однократно, а также дексаметазон 4 мг/мл однократно внутримышечно и хлоропирамин 20 мг/мл № 5 внутримышечно с отрицательной динамикой в течение 7 сут с момента выписки из инфекционного отделения. Переведен в педиатрическое отделение, где на основании клинической картины без взятия биопсии с последующим патоморфологическим исследованием и иммунофлуоресцентного анализа был установлен предварительный диагноз: «Герпетиформный дерматит Дюринга? Буллезный дерматоз неуточненный». Начата терапия преднизолоном 100 мг на 150 мл 0,9% р-ра NaCl в течение 10 сут с дальнейшим переводом на 45 мг преднизолона в сутки в таблетках в 3 приема. Отмечена незначительная динамика с частичным регрессом высыпаний. На фоне снижения дозировки преднизолона отмечен рецидив высыпаний. Проведена телемедицинская консультация со специалистами отделения дерматологии и аллергологии НМИЦ здоровья детей, в которое ребенок госпитализирован спустя 2 нед после обращения для обследования и лечения.

Анамнез жизни. Мальчик рожден от первой беременности, протекавшей без особенностей, первых родов. Обучается в школе-интернате с круглосуточным пребыванием. В конце февраля 2025 г. перенес ветряную оспу. Наблюдается у невролога с годовалого возраста по поводу задержки психомоторного развития. Генетически подтвержден диагноз: «Синдром Прадера – Вилли».

Физикальная диагностика

При осмотре пациента кожный патологический процесс имел распространенный характер с вовлечением кожи лица и волосистой части головы, кожи туловища и конечностей, ладоней и подошв, паховой области (рис. 1). Наблюдались множественные папулы и чесоточ-

Рис. 1. Распространенные высыпания, скабиозная лимфоплазия, очаги вторичной инфекции и эрозии у ребенка 9 лет с синдромом Прадера – Вилли

Fig. 1. Generalised rashes, scabious lymphoplasia, foci of secondary infection and erosion in 9-year-old child with Prader–Willi syndrome



Примечание. А — длительно незаживающая эрозия в верхней части спины, распространенные высыпания в области волосистой части головы, шеи, спины, верхних конечностей; Б — генерализованные папулы и эксориации с признаками вторичной инфекции на коже туловища и конечностей; В — папулы и чесоточные ходы на коже ладонной поверхности кистей, в том числе в области межпальцевых промежутков. Источник: Мурашкин Н.Н. и др., 2025.

Note. А — long-term open erosion on the upper back, generalised rashes on the scalp, neck, back, upper limbs; Б — generalised papules and excoriations with signs of secondary infection on the body and limbs; В — papules and scabies on the palmar hands surface and web spaces. Source: Murashkin N.N. et al., 2025.

ные ходы, скабиозная лимфоплазия кожи, эрозии, очаги вторичной инфекции. Зуд выраженный — преимущественно ночью, выраженное беспокойство.

При поступлении рост пациента составлял 120 см, масса тела — 23 кг.

Предварительный диагноз

Норвежская (корковая) чесотка.

Динамика и исходы

При поступлении в стационар обнаружено повышение концентрации С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови до 10,2 мг/л (референсные значения 0–5 мг/л). Показатели клинического анализа крови с лейкоцитарной формулой, концентрация альбумина, общего белка, общего и прямого билирубина, креатинина, мочевины, ревматоидного фактора и антистрептолизина-О, активность аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, щелочной фосфатазы — в пределах референсных значений. В клиническом анализе мочи обнаружено повышение количества лейкоцитов — до 323,5/мкл (референсные значения 0–12,5/мкл), лейкоцитов 4012 в поле зрения (референсные значения 0–2 в п.з.), бактерии — до 30297/мкл (референсные значения 0–7), остальные показатели (рН, концентрации белка, глюкозы, кетоновых тел, количество эритроцитов, цилиндры, плоский и переходный эпителий, слизь, соли, дрожжевые грибы) — в пределах референсных значений.

При дерматоскопии выявлены чесоточный клещ и его подкожные ходы, которые представляют собой туннели в верхних слоях кожи (рис. 2). На коже также визуализируется эритема с элементами папул и везикул, наполненных серозным содержимым. В соскобах чешуек кожи из очага поражения обнаружен клещ *Sarcoptes scabiei*.

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости обнаружены признаки вторичных изменений поджелудочной железы. При ультразвуковом исследовании почек и мочевого пузыря патологии не выявлено.

Проведена консультация врача-педиатра. Установлен клинический диагноз: «Норвежская (корковая) чесотка. Инфекция мочевыводящих путей. Синдром Прадера – Вилли. Задержка психомоторного развития».

Назначено следующее лечение:

- наружно лосьон перметрин 5% 4-кратная обработка на ночь со сменой белья;
- внутрь в связи с жалобами на выраженный зуд капли цетиризина 10 мг по 15 капель 1 раз в сутки;
- обработка эрозии на шее раствором метиленового синего 1% 1 раз в сутки;
- наружно на все высыпания крем (бетаметазона валерат 0,001% + фузидовая кислота 0,2%) 1 раз в сутки утром;
- в связи с инфекцией мочевыводящих путей назначена антибактериальная терапия амоксициллином + клавулановая кислота 50 мг/кг/сут — суспензия 600 мг / 5 мл по 5,0 мл 2 раза в сутки на 10 сут.

На момент выписки спустя 7 сут после поступления в стационар у пациента отмечена положительная динамика со стороны кожного патологического процесса в виде регресса высыпаний, уплощения папул, эпителизации эрозий и отсутствия зуда (рис. 3).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР № 2

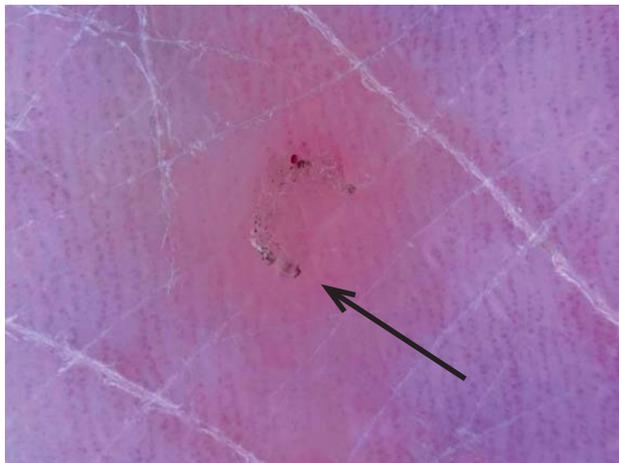
О пациенте

Пациент М. (из Краснодарского края), возраст 5 лет, поступил с жалобами на высыпания на коже туловища и конечностей и зуд.

Анамнез болезни. За 4 мес до обращения за медицинской помощью в НМИЦ здоровья детей появились распространенные высыпания по всему кожному покро-

Рис. 2. Чесоточный клещ и его подкожные ходы при дерматоскопии

Fig. 2. Itch mite and its subcutaneous burrows at dermatoscopy



Примечание. Стрелкой отмечены чесоточный клещ и чесоточный ход.

Источник: Мурашкин Н.Н. и др., 2025.

Note. Arrow marks scabies mite and its burrows.

Source: Murashkin N.N. et al., 2025.

Рис. 3. Регресс высыпаний, уплощение папул, эпителизация эрозий на фоне терапии перметрином у пациента 9 лет с норвежской (корковой) чесоткой и синдромом Прадера – Вилли

Fig. 3. Rashes regression, papules flattening, and erosions epithelization on permethrin therapy in 9-year-old patient with Norwegian (crusted) scabies and Prader–Willi syndrome



Примечание. А — эпителизирующиеся эксориации и уплощающиеся папулы на коже груди, живота, верхних конечностей; Б — эпителизирующиеся эксориации и уплощающиеся папулы на коже шеи, спины, верхних конечностей.

Источник: Мурашкин Н.Н. и др., 2025.

Note. А — epithelizing excoriation and flattening papules on the chest, abdomen, upper limbs skin; Б — epithelizing excoriation and flattening papules on the neck, back, upper limbs skin.

Source: Murashkin N.N. et al., 2025.

ву. Консультирован дерматологом по месту жительства, установлен диагноз: «Вульгарный псориаз», проведена терапия топическими глюкокортикоидами без эффекта. Госпитализирован спустя 4 мес после появления первых высыпаний в отделение дерматологии и аллергологии НИИ детской дерматологии НМИЦ здоровья детей для обследования и лечения.

Анамнез жизни. Мальчик родился от первой беременности, протекавшей без особенностей, первых родов. Генетически подтвержден диагноз: «Синдром Дауна». Наблюдается с возраста 1 года у невролога по поводу задержки психомоторного и речевого развития.

Физикальная диагностика

При осмотре кожный патологический процесс имел распространенный характер с вовлечением кожи лица и волосистой части головы, кожи туловища и конечностей, ладоней и подошв, паховой области. Отмечаются множественные папулы и чесоточные ходы, скабиозная лимфоплазия кожи, наслоения корок, очаги вторичной инфекции (рис. 4). Дистрофическое изменение ногтей пластин кистей. Зуд выраженный — преимущественно ночью, выраженное беспокойство.

При поступлении рост пациента составлял 111 см, масса тела — 24 кг.

Предварительный диагноз

Норвежская (корковая) чесотка.

Динамика и исходы

В результате лабораторных исследований сыворотки крови обнаружена высокая концентрация СРБ — 16,25 мг/л (референсные значения 0–5 мг/л), остальные показатели (концентрация альбумина, общего

белка, общего и прямого билирубина, креатинина, мочевины, ревматоидного фактора и антистрептолизина-О, активность аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы и щелочной фосфатазы) — в пределах референсных значений. Общий анализ крови и мочи без изменений.

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости обнаружены признаки периваскулярной реакции печени.

При дерматоскопии выявлены чесоточный клещ и его подкожные ходы. На коже также отмечается эритема с элементами папул и везикул, наполненных серозным содержимым. При взятии соскоба чешуек кожи из очага поражения был обнаружен клещ *Sarcoptes scabiei*.

Установлен клинический диагноз: «Норвежская (корковая) чесотка. Синдром Дауна. Задержка психомоторного и речевого развития».

Даны рекомендации для лечения по месту жительства под контролем врача-дерматолога:

- наружно лосьон перметрин 5% 4-кратная обработка на ночь со сменой белья;
- внутрь в связи с жалобами на выраженный зуд капли цетиризина 10 мг по 15 капель 1 раз в сутки;
- наружно на все высыпания крем (бетаметазона валерат 0,001% + фузидовая кислота 0,2%) 1 раз в сутки утром.

Спустя 7 сут после начала терапии отмечена положительная динамика со стороны кожного патологического процесса в виде регресса высыпаний, уплощения папул, эпителизации эрозий и отсутствия зуда.

Прогноз

У обоих пациентов прогноз болезни благоприятный, рекомендованы динамическое наблюдение у врача-дерматовенеролога и продолжение терапии.

Временная шкала

Хронология развития и ключевые события болезни у пациентов И. и М. представлены на рис. 5 и 6.

ОБСУЖДЕНИЕ

Нами представлены два клинических случая норвежской (корковой) чесотки у пациентов, которым по месту жительства был установлен ошибочный диагноз, несмотря на наличие у них характерной клинической симптоматики: папул и пальпируемых чесоточных ходов на коже ладонной поверхности кистей, высыпаний на волосистой части головы и в паховой области, нестерпимого кожного зуда, усиливающегося в ночное время. На наличие чесоточных клещей указывают нитевидные папулы (ходы), ночной интенсивный зуд и дерматит, а также результаты микроскопического или дерматоскопического исследования соскоба чешуек кожи с очага поражения. Тем не менее, врачи часто ошибочно диагностируют другие распространенные дерматологические заболевания, такие как буллезные дерматозы, атопический дерматит, псориаз, токсикодермия, себорейный дерматит [6]. Как следствие, пациентам, в том числе и описанным нами, проводится нерациональная терапия, включающая системные и топические глюкокортикоиды. Иммунодепрессанты, в том числе топические глюкокортикоиды, снижают иммунный ответ на классическое заражение чесоткой, что приводит к размножению чесоточного клеща и развитию норвежской (корковой) чесотки [6].

Рис. 4. Множественные папулы, чесоточные ходы, скабиозная лимфоплазия, наслоения корок и очаги вторичной инфекции у пациента с синдромом Дауна

Fig. 4. Multiple papules, scabies burrows, scabious lymphoplasia, crusts layering, and foci of secondary infection in the patient with Down syndrome



Примечание. А — папулы и чесоточные ходы на коже туловища и конечностей; Б — папулы и наслоения корок на коже ладонной поверхности кистей.

Источник: Мурашкин Н.Н. и др., 2025.

Note. А — papules and scabies burrows on the body and limbs skin; Б — papules and crusts layers on the palmar hands surface. Source: Murashkin N.N. et al., 2025.

Рис. 5. Хронология развития болезни пациента И. и ключевые клинические события
Fig. 5. Patient I. disease course and key clinical events



Рис. 6. Хронология развития болезни пациента М. и ключевые клинические события
Fig. 6. Patient M. disease course and key clinical events



В качестве терапии первой линии назначается перметрин для местного применения. Другие варианты лечения включают системный прием ивермектина и местное применение кротамитона или бензилбензоата. Комбинация топического перметрина и ивермектина используется для лечения случаев, резистентных к лечению перметрином в качестве монотерапии, и, как правило, показана при лечении чесотки с обширными поражениями кожного покрова [7].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Норвежская (корковая) чесотка — труднодиагностируемая нозология. Дифференциальная диагностика должна учитывать широкий спектр возможных заболеваний с аналогичными симптомами. Настороженность врачей в отношении данного заболевания особенно важна в случае пациентов с иммунодефицитом или сопутствующими заболеваниями, связанными с задержкой умственного и физического развития. Понимание его клиники и специфичности поможет в ранней диагностике, эффективном лечении и предотвращении развития осложнений.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

От родителей пациентов получено письменное информированное добровольное согласие на публикацию описаний клинических наблюдений, в том числе изображе-

ний пациентов, в медицинском журнале, включая его электронную версию (дата подписания информированного добровольного согласия родителем первого пациента: 16.05.2025, второго пациента: 02.02.2025).

INFORMED CONSENT

Patients' parents have signed written informed voluntary consent on the publication of case descriptions and patients' photos in medical journal (electronic version included) (signed on for the first patient — 16.05.2025, for the second patient — 02.02.2025).

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Не указан.

FINANCING SOURCE

Not specified.

РАСКРЫТИЕ ИНТЕРЕСОВ

Н.Н. Мурашкин — получение исследовательских грантов от фармацевтических компаний Jansen, Eli Lilly, Novartis, Abbvi, Pfizer, Amryt Pharma plc. Получение гонораров за научное консультирование от компаний Galderma, Pierre Fabre, Bayer, Leofarma, Pfizer, AbbVie, «Зелдис-Фарма».

Остальные авторы подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

DISCLOSURE OF INTEREST

Nikolay N. Murashkin — receiving research grants from pharmaceutical companies Jansen, Eli Lilly, Novartis, Abbvi, Pfizer, Amryt Pharma plc. Receiving fees for scientific counseling from companies Galderna, Pierre Fabre, Bayer, Leoфарма, Pfizer, AbbVie, Zeldis Pharma.

Other authors confirmed the absence of a reportable conflict of interests.

ВКЛАД АВТОРОВ

Н.Н. Мурашкин — определение концепции, работа с данными, анализ данных, проведение исследования, разработка методологии, руководство исследованием, визуализация, написание черновика рукописи, пересмотр и редактирование рукописи.

М.А. Леонова — определение концепции, работа с данными, анализ данных, проведение исследования, разработка методологии, руководство исследованием, визуализация, написание черновика рукописи, пересмотр и редактирование рукописи.

Э.А. Григорян — определение концепции, работа с данными, анализ данных, проведение исследования, разработка методологии, руководство исследованием, визуализация, написание черновика рукописи, пересмотр и редактирование рукописи.

А.И. Материкин — работа с данными, анализ данных.

Р.В. Епишев — работа с данными, анализ данных.

Д.В. Федоров — работа с данными, анализ данных.

Р.А. Иванов — пересмотр и редактирование рукописи.

Е.С. Павлова — пересмотр и редактирование рукописи.

Л.А. Опрятин — пересмотр и редактирование рукописи.

AUTHORS' CONTRIBUTION

Nikolay N. Murashkin — study concept, data processing, data analysis, conducting the study, methodology

development, study management, visualization, manuscript draft writing, manuscript review and editing.

Mariya A. Leonova — study concept, data processing, data analysis, conducting the study, methodology development, study management, visualization, manuscript draft writing, manuscript review and editing.

Elen A. Grigoryan — study concept, data processing, data analysis, conducting the study, methodology development, study management, visualization, manuscript draft writing, manuscript review and editing.

Alexandr I. Materikin — data processing, data analysis.

Roman V. Epishev — data processing, data analysis.

Dmitry V. Fedorov — data processing, data analysis.

Roman A. Ivanov — manuscript review and editing.

Ekaterina S. Pavlova — manuscript review and editing.

Leonid A. Opryatin — manuscript review and editing.

ORCID

Н.Н. Мурашкин

<https://orcid.org/0000-0003-2252-8570>

М.А. Леонова

<https://orcid.org/0000-0001-5739-0941>

Э.А. Григорян

<https://orcid.org/0009-0001-2795-4088>

А.И. Материкин

<https://orcid.org/0000-0002-6034-8231>

Р.В. Епишев

<https://orcid.org/0000-0002-4107-4642>

Д.В. Федоров

<https://orcid.org/0000-0001-9777-0156>

Р.А. Иванов

<https://orcid.org/0000-0002-0081-0981>

Е.С. Павлова

<https://orcid.org/0009-0003-5367-3268>

Л.А. Опрятин

<https://orcid.org/0000-0002-0858-8780>

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Iyengar L, Chong AH, Steer AC. Scabies: a clinical update. *Med J Aust.* 2024;221(10):558–563. doi: <https://doi.org/10.5694/mja2.52505>
2. Cebeci D, Karasel S. Norwegian scabies in a child with Down syndrome. *Sudan J Paediatr.* 2021;21(2):215–218. doi: <https://doi.org/10.24911/SJP.106-1599647837>
3. Мурашкин Н.Н., Амбарчян Э.Т., Материкин А.И., Епишев Р.В. Роль нарушений эпидермального барьера при atopическом дерматите: современные концепции патогенеза заболевания. *Вопросы современной педиатрии.* 2018;17(1):85–88. doi: [10.15690/vsp.v17i1.1859](https://doi.org/10.15690/vsp.v17i1.1859) [Murashkin N.N., Ambarchian E.T., Materikin A.I., Epishev R.V. THE ROLE OF EPIDERMAL BARRIER IMPAIRMENTS IN ATOPIC DERMATITIS: MODERN CONCEPTS OF DISEASE PATHOGENESIS. *Current Pediatrics.*

- 2018;17(1):85–88. (In Russ.) <https://doi.org/10.15690/vsp.v17i1.1859>
4. Niode NJ, Adji A, Gazpers S, et al. Crusted Scabies, a Neglected Tropical Disease: Case Series and Literature Review. *Infect Dis Rep.* 2022;14(3):479–491. doi: <https://doi.org/10.3390/idr14030051>
5. Hugdahl E. Scabies — a public health problem. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2020;140(15). doi: <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0799>
6. Garcia D, Farr M, Ross K. Misdiagnosis of Crusted Scabies: Skin Excoriations Resembling Brown Sugar Are Characteristic. *Cutis.* 2024;114(2):E24–E27. doi: <https://doi.org/10.12788/cutis.1082>
7. Sunderkötter C, Wohlrab J, Hamm H. Scabies: Epidemiology, Diagnosis, and Treatment. *Dtsch Arztebl Int.* 2021;118(41):695–704. doi: <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0296>