

Місце дерматоскопії у діагностиці корости: клініко-епідеміологічні та практичні аспекти

І. М. Бронова¹, Г. М. Бондаренко^{1,2}, Т. В. Майстат¹, В. В. Кутова^{1,2}

¹Харківський національний медичний університет

²ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

Резюме.

Мета роботи – узагальнення даних сучасної літератури з питань епідеміології корости в світі та Україні, клінічних проявів та діагностики корости за допомогою методу дерматоскопії. Продемонстровано клінічний випадок корости та дерматоскопічні фото, що підтверджують діагноз.

Висновки. Дерматоскопія є чутливим, неінвазивним методом діагностики корости, що дозволяє швидко встановлювати діагноз навіть у складних клінічних ситуаціях. Цей метод діагностики – це швидкий, доступний і високоспецифічний, значно полегшує верифікацію діагнозу корости. У польових умовах, при великій кількості контактів, обмеженій лабораторній базі та дефіциті часу, дерматоскоп є незамінним інструментом первинної та спеціалізованої допомоги. Метод особливо ефективний в умовах війни, переміщення населення та проживання у гуртожитках, де ризик поширення інфекції значно зростає. Метод особливо корисний для діагностики у дітей, осіб з імунодефіцитом і у випадках стертої клініки.

Впровадження дерматоскопії в рутинну практику діагностики корости сприятиме зниженню захворюваності, ранньому виявленню захворювання та його спалахів, підвищенню інфекційного контролю в місцях компактного проживання, профілактиці ускладнень, які може викликати короста.

Ключові слова. Короста, діагностика, дерматоскопія, дермоскопія

DOI: 10.33743/2308-1066-2025-1-39-44

Короста (scabies) – висококонтагіозне паразитарне захворювання, спричинене кліщем *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*. За даними ВООЗ, на коросту щорічно хворіють понад 200 мільйонів людей у світі [1]. Поширеність зростає в умовах скупченого проживання, низької гігієни, а також під час гуманітарних і соціальних криз. В Україні з початком повномасштабної війни у 2022 році відмічається значне зростання кількості випадків корости, особливо серед внутрішньо переміщених осіб (ВПО), біженців, військовослужбовців і населення прифронтових регіонів [2, 5].

За даними Центру громадського здоров'я МОЗ України, у 2021 році зареєстровано 5837 випадків корости, у 2022 році – 7482, а в 2023 році понад 8000 [4]. Особливо часто короста виявляється у дітей, мешканців гуртожитків, шелтерів і польових умов проживання [1, 5]. Класична діагностика базується на клінічному огляді та мікроскопії зіскрібків, однак ці методи мають обмежену чутливість і залежать від досвіду лікаря [8]. Дерматоскопія стає цінним інструментом неінвазивної, швидкої та ефективної діагностики корости.

Клініка корости зумовлена особливостями паразитування збудника, реакцією шкіри й локалізацією. Період від зараження до розвитку характерної клінічної картини становить 1–2 тижні. При зараженні людини вперше симптоми корости можуть з'явитися

і через місяць після попадання кліща на шкіру, при вторинному інфікуванні – симптоми з'являються значно раніше.

Основними типовими ознаками корости є сильний свербіж (особливо виражений ввечері та в нічний час), поява в типових місцях парних папуло-везикул, коростяних ходів та слідів розчухів (екскоріацій).

Свербіж може бути як локалізованим, так і генералізованим. Він стає інтенсивнішим в вечірній та нічний час в зв'язку з періодом активності збудника, виділенням ним слини та речовин, які містяться в екскрементах; подразненням нервових закінчень при русі кліща тарозвитком сенсibiliзації організму до паразитів та продуктів їхньої життєдіяльності. Типовою локалізацією уражень при корості є ділянки з тонким роговим шаром, зокрема міжпальцеві складки кистей, бокові поверхні пальців рук, згинальна поверхня променево-зап'ястних суглобів, передньобоківі поверхні тулуба, ділянки передніх стінок пахвинних ямок, молочних залоз (ареоли сосків), живота, особливо пупка, сідниць, стегон, гомілок, статевого члена та мошонки.

Волосиста частина голови, обличчя, долоні та підошви у дорослих не уражаються. В маленьких дітей при корості також уражаються внутрішні краї стоп, підошви, долоні, сідниці, обличчя та шкіра голови.



Рисунок 1. Короста, ускладнена піодермією, ділянка груднини

У чорношкірих пацієнтів захворювання виглядає як гранулематозні вузлики. Іноді ділянки ураження покриваються кров'янисто-гнійними кірочками. Особливостями сучасної корости є незначний свербіж та обмежена кількість висипань, відсутність висипань на кистях внаслідок частого контакту з мийними засобами (scabies discreta). Ця форма корости спостерігається у чистоплотних людей або при неправильному лікуванні.

Симптом Горчакова-Арді: знаходження на розгинальній поверхні ліктьових суглобів сухих кірок та лусок, що вкривають папуловезикулярні елементи.

Симптомом трикутника чи ромба Міхаеліса: висипання у вигляді гноячкових елементів, папуло-везикул, кірочок на шкірі міжсідничної складки з переходом на поперек.

Короста часто ускладнюється вторинною гнійничковою інфекцією в результаті розчухів, алергічним контактним дерматитом та екземою при неправильному та тривалому лікуванні.

Норвезька короста. Дуже рідкісна та контагіозна форма захворювання, що формується у хворих з тяжкими системними захворюваннями (олігофренія, онкологічна патологія, СНІД і інше) або осіб, тривало лікованих цитостатиками, глюкокортикостероїдами. При цій формі корости свербіж може бути відсутній або буває не різко виражений, а запальні зміни проявляються масивними еритематозними поверхнями, покритими множинними пошаровими кірками сірувато-брудного кольору, серед яких накопичується дуже велика кількість коростяних кліщів. Уражаються тулуб, кінцівки, обличчя, волосиста частина голови по типу еритродермії. Шкіра в ділянках ураження суха, покрита товстими темнозеленими кірками, що місцями нагадує суцільний панцир, що обмежує рухи і робить їх болючими. Нігті різко потовщені. Волосся на ділянках ураження мають сухий та тьмяний вигляд. Помітне загальне збільшення лімфатичних вузлів. Від хворого чути неприємний запах. При насильному видаленні кірок оголюється гіперемійована шкіра, на якій неозброєним оком можна бачити масу білих точок – коростяних кліщів.

Постскабіозна лімфопазія. При цій формі корости на шкірі виявляються червоні сверблячі вузлики округлої чи овальної форми з гладкою поверхнею, які є вогнищами гіперплазії лімфоїдної тканини. Вони розвиваються в результаті алергічної реакції сповільненого типу на самого кліща і продукти його життєдіяльності.

Вузликова короста розвивається при хронізації процесу, після рецидивів або повторного зараження. Ці вузлики стійкі до протикоростяної терапії. Характерним є самостійний регрес висипань і повторна їх поява. У крові спостерігається лімфцитоз [3].

Діагностика

Діагностика ускладнюється стертою або атиповою формою (короста чистюль, норвезька форма), а також накладенням вторинної інфекції [7].

Діагноз корости може встановити лікар при фізикальному огляді і підтвердити при мікроскопічному лабораторному дослідженні (достовірність аналізу – лише 30%).

Щоб взяти зішкріб, на уражену ділянку наносять гліцерин, потім скальпелем зішкрібується матеріал для аналізу. Оскільки тільки в кожному 3 випадку виявляються екскременти, яйця або самі кліщі, в інших клінічних випадках діагноз визначається лікарем на підставі клініки і скарг пацієнта, також допоміжним методом підтвердження діагнозу може бути дерматоскопія [3, 11, 15].

Міжнародний альянс з боротьби з коростою (IACS) в 2020 році виклав консенсусні критерії діагностики корости. Критерії IACS2020 року містять три рівні, що представляють ступені діагностичної достовірності. Підтверджена короста (рівень А) є найбільш специфічним рівнем, що вимагає прямої візуалізації кліща або його продуктів. Клінічна короста (рівень В) та підозра на коросту (рівень С) вважаються більш чутливими, але

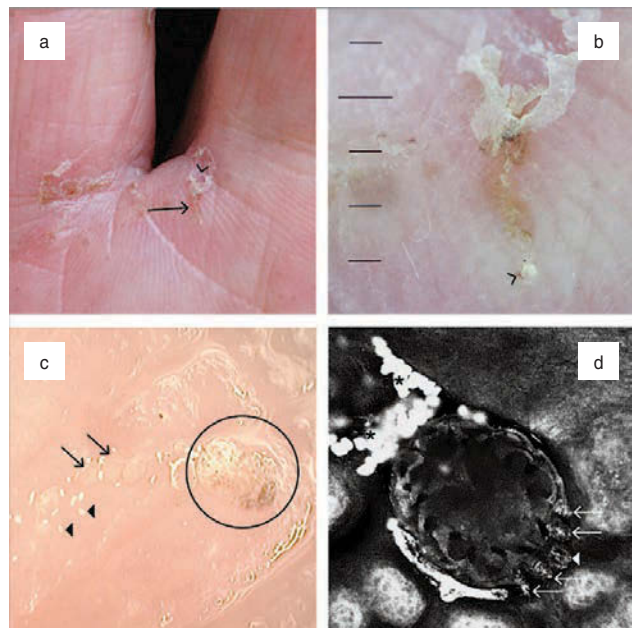


Рисунок 2. Прямая візуалізація коростяного кліща. (а) Коростяний кліщ у проміжку між пальцями (стрілка), видимий неозброєним оком. V-вказує на лущення («паровий шлейф») ознака коростяного ходу. (b) Візуалізація коростяного кліща за допомогою сухої дерматоскопії (збільшення x 10). Відкрита частина «V» вказує на неушкоджений вхід у коростяний хід. Самку коростяного кліща видно на дистальному кінці ходу у вигляді коричневої трикутної плями «дельта-знак» (наконечник стрілки). (c) Відеодерматоскопічне зображення коростяного ходу (збільшення x 200). Видно овальне тіло самки коростяного кліща (коло), її яйця (стрілки) та фекальні гранули (наконечники стрілок). (d) Зображення самки кліща, отримане за допомогою відбивної конфокальної мікроскопії in vivo (поле зору 0.75 x 0.75 мм). Овальне тіло видно в епідермісі (верхній зернистий шар) разом з головою (наконечник стрілки), передніми ніжками (стрілки) та фекальними гранулами (зірочки)[15]

менш специфічними, спираючись на клінічну оцінку ознак та симптомів.

Рівень А: підтверджена короста. Діагноз підтвердженої корости можна поставити шляхом ідентифікації коростяного кліща (дорослої або незрілої стадії), яєць (яйця) або фекальних гранул. Цього можна досягти шляхом остаточної візуалізації: кліща або продуктів життєдіяльності кліща за допомогою мікроскопічного дослідження зразків шкіри (підкатегорія А1); кліща або продуктів життєдіяльності кліща за допомогою неінвазивних приладів з високим збільшенням (А2); або кліща за допомогою дерматоскопії (А3).

Діагноз клінічної корости (рівень В) або підозри на коросту (рівень С) залежить від клінічної оцінки, включаючи особливості анамнезу пацієнта та огляд шкіри. Якщо ці ознаки відповідають критеріям, які вважаються достатньо специфічними для корости, можна поставити діагноз клінічної корости. Якщо ці ознаки менш специфічні, можна поставити діагноз підозри на коросту [15].

На підставі цих рекомендацій ми бачимо, що на рівні з мікроскопією для візуалізації кліща для встановлення підтвердженої корости використовується дерматоскопія, яка на відміну від інших методів має свої переваги: легкість та швидкість використання, портативність та доступність.

Дерматоскопія – це неінвазивний метод візуалізації шкірних структур, який значно полегшує діагностику багатьох дерматологічних захворювань, зокрема паразитарних. У випадку корости (*scabies*), спричиненої кліщем *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*, дерматоскопія має високу специфічність та дозволяє ідентифікувати характерні ознаки патогена без потреби у складному лабораторному обладнанні [9,12,13].

Однією з найбільш патогномонічних дерматоскопічних ознак корости є так званий «дельта-знак» (англ. delta sign або jetliner with contrail) – темно-коричнева або сіра трикутна структура, яка відображає передню частину тіла кліща з хітиновими апаратами. Ця структура зазвичай розташована на кінці звивистого або прямолінійного тунелю, який відповідає ходам кліща в роговому шарі епідермісу. Ці тунелі можуть мати вигляд світлих або сірувато-жовтих ліній, що нерідко супроводжуються лусочками або кірками.

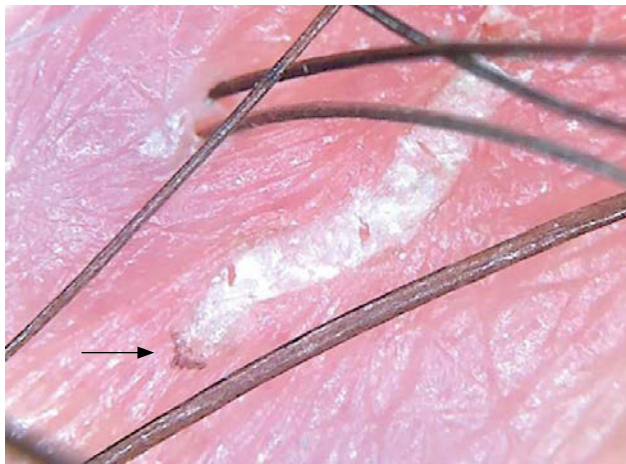


Рисунок 3. Ділянка шкіри, уражена коростою, спостереження за допомогою недорогого відеомікроскопа зі збільшенням $\times 150$. І хід, і кліщ (стрілка) чітко видно: трикутний («дельта-знак») та «паровий шлейф», дерматоскопічна ознака корости, що вказує на наявність кліщового ходу [12]

Іншою поширеною ознакою є «паровий шлейф» (contrail) – світла смуга, що тягнеться за дельта-знаком, яка відповідає повітрю або серозній рідині в ході. Також можливе візуалізування повітряних бульбашок, дрібних папул або геморагічних інфільтратів навколо ураження [8,11,13,14].



Рисунок 4. Хід, що спостерігається за допомогою дерматоскопії при збільшенні $\times 10$. Трикутна структура відповідає пігментованій передній частині *Sarcoptes scabiei* (стрілка) та ознаці «дельта-знак» [11]



Рисунок 5. Дерматоскопічна ознака корости «паровий шлейф», що тягнеться за «дельта-знаком», що відповідає зображенню кліщового ходу та кліща в його сліпому кінці. В куті фото анатомічної локалізації висипу [11]



Рисунок 6. Двомісячна дівчинка була направлена лікарем-педіатром зі скаргами на генералізовані шкірні висипання, що тривали 1 місяць. Незважаючи на те, що не було проведено зішкряб та мікроскопію, діагноз було легко встановлено за допомогою дерматоскопії. На дерматоскопічних фото можна спостерігати коростяний хід «паровий шлейф» та «дельта-знак» – самого коростяного кліща [13]

Часто в місцях локалізації ходів виявляються гіперкератоз, мікротріщини, кірки та запальні зміни, що можуть маскувати типову картину. При норвезькій (кортикостероїд-індукованій) формі корости у імуносупресованих пацієнтів візуалізуються товсті масиви кератину з включенням численних «дельта-знаків» у щільному полі. У дітей та пацієнтів із нетипових шкірою кліщі можуть локалізуватись у нетипових ділянках – обличчі, волосистій частині голови, долонях, що вимагає особливої уважності при дерматоскопічному огляді.

Важливо відзначити, що чутливість дерматоскопії при корості сягає 85–95%, а специфічність – понад 90% за даними клінічних досліджень. Це робить метод незамінним у первинній ланці, особливо в умовах обмеженого доступу до мікроскопії або лабораторного аналізу або у випадках, коли мікроскопія була негативною. Таким чином, дерматоскопія дозволяє швидко та точно встановити діагноз корости, навіть у стертих або атипичних випадках, сприяючи ранньому виявленню та епідеміологічному контролю захворювання [7, 8, 9].

Клінічний випадок, що ілюструє застосування дерматоскопії для діагностики корости (власні спостереження)

На прийом звернулася жінка 1978 року народження зі скаргами на свербіж, поганий сон, зі слів пацієнтки вона «не спить вже пів року». На момент звернення хворіє 7й місяць. З клінічного інтерв'ю відомо, що 7 місяців тому подорожувала залізницею, відвідувала декілька готелів, басейни.

Свербіж зі слів пацієнтки з'явився на стегнах і поступово почав розповсюджуватися. Стосовно переважування свербіжів в якусь пору доби вона заперечувала, казала, що спостерігала його цілодобово, декілька місяців вночі він був більш інтенсивнішим, але потім з однаковою інтенсивністю спостерігався на всіх ділянках тіла. Пацієнтка до цього епізоду хвороби мала необтяжений алергологічний анамнез, хронічні хвороби заперечує. Вона зверталася декілька разів за медичною допомогою і їй були діагностовані – токсикодермія, екзема, було призначено відповідне лікування, яке тимчасово зменшувало свербіж. Зішкряб, мікроскопія та дерматоскопія не проводились. Було

проведено загально-клінічне обстеження, яке включало клінічний аналіз крові, печінкові проби та імунoglobулін Е (без патологічних змін). Пацієнтка зверталася до лікарів під час епізодів параорбітального набряку та загрозою ангіоневротичного набряку (з її слів). Вона отримувала курс системних кортикостероїдів (тиждень), антигістамінні та топічні кортикостероїдні препарати. Під час збору анамнезу, пацієнтка постійно під одягом чеше шкіру, емоційно лабільна, відмічає що майже не спить, не може працювати, концентрувати увагу, висловлює, що вже декілька разів думала про суїцид.

При огляді висипи мають дисемінований характер представлені дрібними папулами та макулами, екскоріаціями на шкірі тулуба та кінцівок, в складці під молочними залозами відмічаються ділянки лімфоплазії (рис. 7,8,9). Шкіра обличчя, долонь та стоп вільна від висипу. На шкірі в ділянці грудної клітини та аксиллярних ділянках ознаки піодермії, постзапальна гіперпігментація.

Дерматоскопічно: спостерігаються парні дефекти шкіри – початок та кінець коростяного ходу, локальна еритема в місці розташування елементів висипу, на одному з кінців ходу візуалізується трикутна структура, «дельта-знак», що відображає наявність збудника корости. Фото зроблено за допомогою дерматоскопа Heine Delta 30.

Після аналізу випадку з урахуванням анамнезу, клініки та дерматоскопічної верифікації було встановлено діагноз короста. Пацієнтка отримала етіопатогенетичну терапію, яка дала позитивну динаміку після першої ж обробки шкіри протискабіозним топічним засобом. Прояви лімфоплазії та постскабіозний невиразний свербіж спостерігалися протягом 3 тижнів, після чого регресували повністю. З моменту першої обробки пацієнтка стала краще спати, покращилась якість життя та працездатність (з її слів). При зборі анамнезу також була проведена тестування на наявність та рівень депресії за опитувальником пацієнта про стан здоров'я (Patient Health Questionnaire – PHQ-9), За результатами тестування пацієнтка мала депресію середньої тяжкості перед початком лікування (17 балів). Була рекомендована консультація психіатра. За період лікування вона так і не змогла відвідати психіатра. Після проведеного лікування і нормалізації сну було



Рисунок 7. Ad oculus. Спостерігаються множинні дрібні дисеміновані елементи висипу на шкірі тулуба



Рисунок 8. Ad oculus. Гіперемовані, місцями гіперпігментовані дрібні папули та макули на шкірі тулуба пацієнтки

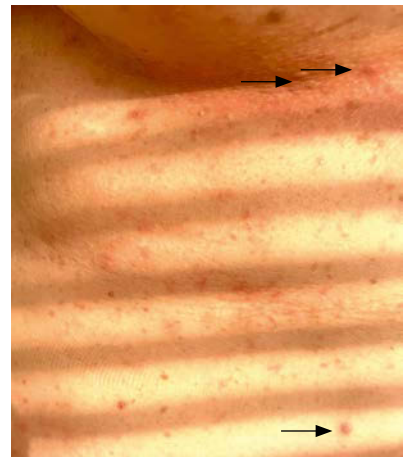


Рисунок 9. Складка під лівою молочною залозою та шкіра бокової поверхні брюшної стінки – скабіозна лімфоплазія позначена стрілками

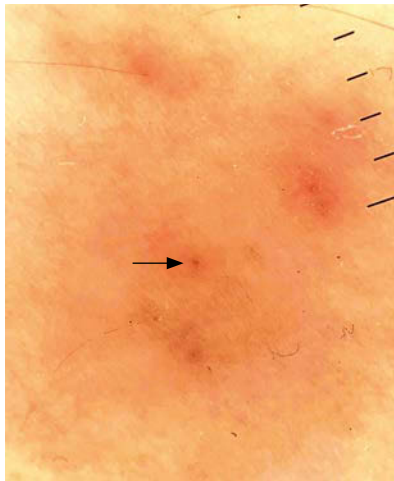


Рисунок 10. Парні елементи висипу з еритемою та постзапальною гіперпігментацією, стрілкою позначено збудника корости

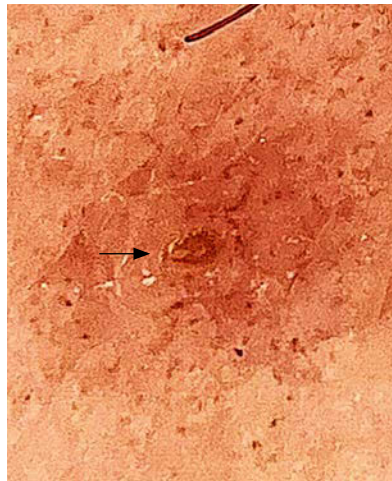


Рисунок 11. Стрілкою вказано дерматоскопічну візуалізацію збудника «дельта-знак» – коростяного кліща на фоні гіперемії шкіри

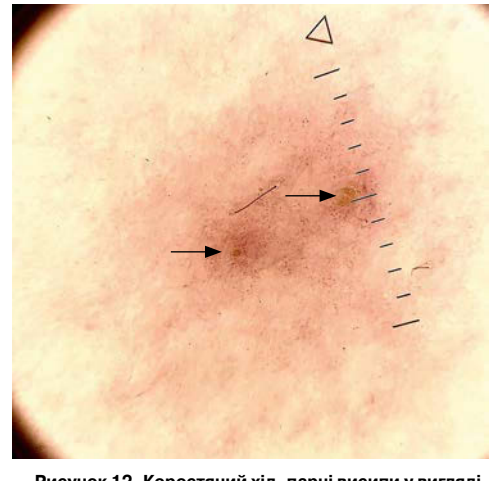


Рисунок 12. Коростяний хід, парні висипи у вигляді «гантелі», тонкою стрілкою позначено коростяного кліща «дельта-знак», широка стрілка вказує на вхід коростяного ходу, елемент – серозна кірка на місці везикули, де раніше перебував кліщ

проведено повторне тестування, за яким було констатовано легку субклінічну депресію (6 балів), що також демонструвало вплив на психічний стан відсутності хронічного свербіжу.

Висновки

Дерматоскопія є чутливим, неінвазивним методом діагностики корости, що дозволяє швидко встановлювати діагноз навіть у складних клінічних ситуаціях. Цей метод діагностики – це швидкий, доступний і високоспецифічний, значно полегшує верифікацію діагнозу корости. У польових умовах, при великій кількості контактів, обмеженій лабораторній базі та дефіциті

часу, дерматоскоп є незамінним інструментом первинної та спеціалізованої допомоги. Метод особливо ефективний в умовах війни, переміщення населення та проживання у гуртожитках, де ризик поширення інфекції значно зростає. Метод особливо корисний для діагностики у дітей, осіб з імунodefіцитом і у випадках стертої клініки.

Впровадження дерматоскопії в практику діагностики корости сприятиме зниженню захворюваності, ранньому виявленню захворювання та його спалахів, підвищенню інфекційного контролю в місцях компактного проживання, профілактиці ускладнень, які може викликати короста.

Список літератури

1. Гаврилюк Н. М., Стойка І. В. Особливості перебігу корости в дітей. Збірник Асоціації педіатрів України. 2023. № 1. С. 48–52.
2. Данилюк О. С., Ігнатова Н. О. Паразитарні дерматози у військовослужбовців. Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2023. Т. 4, № 85. С. 30–34.
3. Сенишин Н. Ю., Александрук О. Д., Чмут В. Г. Дерматовенерологія та первинна ланка надання медичної допомоги населенню. Art of Medicine. 2018. № 1 (5). С. 67–72.
4. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Бюлетень про паразитарні хвороби. Київ, 2023. 26 с.
5. Якименко О. В., Садовенко І. О., Черныш О. В. Дерматози у ВПО під час воєнного стану в Україні. Дерматологія та венерологія. 2023. № 1. С. 17–21.
6. Accuracy of standard dermoscopy for diagnosing scabies / A. Dupuy, L. Dehen, E. Bourrat et al. Journal of the American Academy of Dermatology. 2007. Vol. 56, No. 1. P. 53–62.
7. Argenziano G., Fabbrocini G. Epiluminescence microscopy for diagnosis of scabies. Clinics in Dermatology. 2002. Vol. 20, No. 3. P. 212–213.
8. Argenziano G., Fabbrocini G., Delfino M. Epiluminescence Microscopy: A New Approach to In Vivo Detection of Sarcophytes scabiei. Archives of Dermatology. 1997. Vol. 133, No. 6. P. 751–753. doi:10.1001/archderm.1997.03890420091011
9. Engelman D., Romani L., Steer A. C. The public health control of scabies: priorities for research and action. // The Lancet. 2019. Vol. 394, No. 10192. P. 81–92.
10. Park J. H., Kim C. W., Kim S. S. The diagnostic accuracy of dermoscopy for scabies. Annals of Dermatology. 2012. Vol. 24, No. 2. P. 194–199. doi:10.5021/ad.2012.24.2.194
11. Piccolo V. Update on Dermoscopy and Infectious Skin Diseases. Dermatology Practical & Conceptual. 2019. Vol. 10, No. 1. e2020003. doi:10.5826/dpc.1001a03
12. Scabies: Advances in Noninvasive Diagnosis / G. Micai, F. Lacarrubba, A. E. Verz et al. PLoS Neglected Tropical Diseases. 2016. Vol. 10, No. 6. e0004691. doi:10.1371/journal.pntd.0004691
13. Scabies escaping detection until dermoscopy was applied / A. Lallas, Z. Apalla, E. Lazaridou et al. Dermatology Practical & Conceptual. 2017. Vol. 7, No. 1. P. 49–50. doi:10.5826/dpc.0701a09
14. Scanni G. A new sign of scabies: the «delta wing jet» sign. Giornale Italiano di Dermatologia e Venereologia. 2016. Vol. 151, No. 2. P. 214–216.
15. The 2020 International Alliance for the Control of Scabies Consensus Criteria for the Diagnosis of Scabies. British Journal of Dermatology. 2020. Vol. 183, No. 5. P. 808–820. doi:10.1111/bjd.18943

References

1. Havrylyuk N.M., Stoika I.V. Osoblyvosti perebihu korosty u ditej [Features of the course of scabies in children]. Zbirnyk Asotsiatsii pediatriv Ukrainy. 2023;1:48–52.
2. Danilyuk O.S., Ihnatova N.O. Parazytarni dermatozy u vijskovosluzhbovciv [Parasitic dermatoses in military personnel]. Ukrainsky zhurnal dermatologii, venerologii, kosmetologii. 2023;4(85):30–34.
3. Senishyn N.Y., Aleksandrjuk O.D., Chmut V.H. Dermatovenerologhiia ta pervynna lanka nadannia medychnoi dopomohy naselenniu [Dermatovenereology and primary care provision]. Art of Medicine. 2018;1(5):67–72.
4. Tsentr hromadskoho zdorov'ia MOZ Ukrainy. Biuletyn pro parazytarni khvoroby [Bulletin on parasitic diseases]. Kyiv: Ministry of Health of Ukraine; 2023:26 p.
5. Yakymenko O.V., Sadovenko I.O., Chernysh O.V. Dermatolyzy u VPO pid chas voiennoho stanu v Ukraini [Dermatoses among internally displaced persons during martial law in Ukraine]. Dermatologhiia ta venerologhiia. 2023;1(5):17–21.
6. Dupuy A., Dehen L., Bourrat E., et al. Accuracy of standard dermoscopy for diagnosing scabies. Journal of the American Academy of Dermatology. 2007;56(1):53–62.
7. Argenziano G., Fabbrocini G. Epiluminescence microscopy for diagnosis of scabies. Clinics in Dermatology. 2002;20(3):212–213.
8. Argenziano G., Fabbrocini G., Delfino M. Epiluminescence microscopy: A new approach to in vivo detection of Sarcophytes scabiei. Archives of Dermatology. 1997;133(6):751–753.
9. Engelman D., Romani L., Steer A.C. The public health control of scabies: Priorities for research and action. The Lancet. 2019;394(10192):81–92.
10. Park J.H., Kim C.W., Kim S.S. The diagnostic accuracy of dermoscopy for scabies. Annals of Dermatology. 2012;24(2):194–199.
11. Piccolo V. Update on dermoscopy and infectious skin diseases. Dermatology Practical & Conceptual. 2019;10(1): e2020003.
12. Micai G., Lacarrubba F., Verz A.E., Chosidou O., Schwartz R.A. Scabies: Advances in noninvasive diagnosis. PLoS Neglected Tropical Diseases. 2016;10(6): e0004691. https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0004691
13. Lallas A., Apalla Z., Lazaridou E., et al. Scabies escaping detection until dermoscopy was applied. Dermatology Practical & Conceptual. 2017;7(1):49–50.
14. Scanni G. A new sign of scabies: The «delta wing jet» sign. Giornale Italiano di Dermatologia e Venereologia. 2016;151(2):214–216.
15. The 2020 International Alliance for the Control of Scabies Consensus Criteria for the Diagnosis of Scabies. British Journal of Dermatology. 2020;183(5):808–820.

THE PLACE OF DERMATOSCOPY IN THE DIAGNOSIS OF SCABIES:
CLINICAL, EPIDEMIOLOGICAL AND PRACTICAL ASPECTSBronova I. M.¹, Bondarenko G. M.^{1,2}, Maistat T. V.¹, Kutova V. V.^{1,2}¹Kharkiv National Medical University²SE «Institute of Dermatology and Venereology of the NAMS of Ukraine»**Adstract.**

The purpose of the work is to summarize the data of modern literature on the epidemiology of scabies in the world and Ukraine, clinical manifestations and diagnosis of scabies using the method of dermatoscopy. A clinical case of scabies and dermatoscopic photos confirming the diagnosis are demonstrated.

Conclusions. Dermatoscopy is a sensitive, non-invasive method of diagnosing scabies, which allows for a quick diagnosis even in difficult clinical situations. This diagnostic method is fast, affordable and highly specific, greatly facilitating the verification of the diagnosis of scabies. In the field, with a large number of contacts, limited laboratory facilities and time constraints, the dermatoscope is an indispensable tool for primary and specialized care. The method is particularly effective in war, displacement and dormitory settings, where the risk of infection is significantly increased. The method is especially useful for diagnosing children, people with immunodeficiency and in cases of erased clinic.

The introduction of dermatoscopy into the routine practice of diagnosing scabies will help reduce morbidity, early detection of the disease and its outbreaks, increase infection control in densely populated areas, and prevent complications that can be caused by scabies.

Keywords: scabies, diagnosis, dermatoscopy, dermoscopy.

Відомості про авторів:

Бронова Ірина Михайлівна – канд. мед. наук, доцент кафедри дерматовенерології та хірургічної дерматології Харківського національного медичного університету, м. Харків

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7008-0195>

Бондаренко Гліб Михайлович – д-р мед. наук, професор, завідувач відділу інфекцій, що передаються статевим шляхом ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», в.о. завідувача кафедри дерматовенерології та хірургічної дерматології Харківського національного медичного університету, м. Харків

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0799-797X>

Майстат Тетяна Володимирівна – канд. мед. наук, професор кафедри дерматовенерології та хірургічної дерматології Харківського національного медичного університету, м. Харків

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0003-3825-1243>

Кутова Валентина Василівна – канд. мед. наук, ст. науковий співробітник, завідувача лабораторії серології з функцією референс-лабораторії зовнішнього контролю якості лабораторних досліджень на сифіліс ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», доцент кафедри дерматовенерології та хірургічної дерматології Харківського національного медичного університету, м. Харків

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8043-5324>