



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Руководства для врачей общей практики (семейных врачей)

Чесотка

Год утверждения (частота пересмотра): **2015 (пересмотр каждые 3 года)**

ID: **ВОП45**

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации**

Рабочая группа по подготовке рекомендаций:

Председатель: Денисов Игорь Николаевич — д.м.н., академик РАН, профессор, заведующий кафедрой семейной медицины ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова; главный внештатный специалист Минздрава России по общей врачебной практике (семейный врач); Президент общероссийской общественной организации «Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации»; председатель профильной комиссии Экспертного совета Минздрава России по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)».

Члены рабочей группы:

Соколова Татьяна Вениаминовна – профессор кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии ФГБОУ ВПО МГУПП «Медицинский институт усовершенствования врачей», доктор медицинских наук, г. Москва.

Альбанова Вера Игоревна – профессор кафедры кожных и венерических болезней Первого Московского Государственного Медицинского Университета им. И.М. Сеченова, доктор медицинских наук, г. Москва.

Малярчук Александр Петрович – доцент кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии ФГБОУ ВПО МГУПП «Медицинский институт усовершенствования врачей», кандидат медицинских наук, г. Москва.

Гладько Виктор Владимирович – директор ФГБОУ ВПО МГУПП «Медицинский институт усовершенствования врачей», заведующий кафедрой кожных и венерических болезней с курсом косметологии, доктор медицинских наук, профессор, г. Москва.

Лопатина Юлия Владимировна – доцент кафедры энтомологии биологического факультета ФГБОУ ВПО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», ведущий научный сотрудник ФБУ науки «Научно-исследовательский институт дезинфектологии» Роспотребнадзора, кандидат биологических наук, г. Москва.

Амозов Аркадий Михайлович – главный врач ГОАУЗ «Мурманский областной Центр специализированных видов медицинской помощи», кандидат медицинских наук, г. Мурманск.

Горбовая Татьяна Викторовна – заместитель главного врача по лечебной работе ГОАУЗ «Мурманский областной Центр специализированных видов медицинской помощи», врач высшей категории, г. Мурманск.

Экспертный совет:

Д.м.н., проф. Абдуллаев А.А. (Махачкала); к.м.н., проф. Агафонов Б.В. (Москва); Анискова И.В. (Мурманск); д.м.н., проф. Артемьева Е.Г.(Чебоксары); д.м.н., проф. Байда А.П. (Ставрополь); д.м.н., проф. Болотнова Т.В. (Тюмень); д.м.н., проф. Будневский А.В. (Воронеж); д.м.н., проф. Бурлачук В.Т. (Воронеж); д.м.н., проф. Григорович М.С. (Киров); к.м.н., Дробинина Н.Ю.(Новокузнецк); д.м.н., проф. Заика Г.Е. (Новокузнецк); к.м.н., Заугольников Т.В. (Москва); д.м.н., проф. Золотарев Ю.В. (Москва); д.м.н., проф. Калев О.Ф.(Челябинск); д.м.н., проф. Карапетян Т.А. (Петрозаводск); д.м.н., проф. Колбасников С.В.(Тверь); д.м.н., проф. Кузнецова О.Ю. (Санкт-Петербург); д.м.н., проф. Купаев В.И. (Самара); к.м.н., Маленкова В.Ю.(Чебоксары); д.м.н., проф. Нечаева Г.И. (Омск); д.м.н., проф. Попов В.В.(Архангельск); Реуцкий А.А.(Калининград); д.м.н., проф. Сигитова О.Н.(Казань); д.м.н., проф. Синеглазова А.В.(Челябинск); д.м.н., проф. Ховаева Я.Б. (Пермь); д.м.н., проф. Шавкута Г.В.(Ростов-на-Дону); к.м.н., Шевцова Н.Н. (Москва).

МЕТОДОЛОГИЯ

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций:

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

Сила	Описание
A	По меньшей мере один мета-анализ, систематический обзор или РКИ, оцененные как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
B	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 1++ или 1+
C	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов; или

	экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2+

Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10 – В86.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Чесотка (скабиес) – распространенное паразитарное заболевание кожи, вызываемое чесоточным клещом *Sarcoptes scabiei* (L.).

Заболевание, возникающее у человека при нападении чесоточных клещей животных, называется псевдосаркоптозом.

ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Возбудитель – чесоточный клещ *Sarcoptes scabiei* (L.). По типу паразитизма чесоточные клещи – постоянные паразиты, большую часть жизни проводящие в коже хозяина и лишь в короткий период расселения ведущие эктопаразитический образ жизни на поверхности кожи.

Суточный ритм активности чесоточного клеща объясняет усиление зуда вечером, преобладание прямого пути заражения при контакте в постели в вечернее и ночное время, эффективность назначения противочесоточных препаратов на ночь.

Заражение чесоткой происходит преимущественно при тесном телесном (вместо контактно-бытовом) контакте, обычно при совместном пребывании в постели и интимной связи. Инвазионными стадиями являются самки и личинки. Очаг при чесотке определяется как группа людей, в которой имеется больной – источник заражения и условия для передачи возбудителя. В иррадиации очага решающую роль играет контакт в постели в ночное время в период максимальной активности возбудителя (прямой путь передачи инфекции). Второе место по эпидемической значимости занимают инвазионно-контактные коллективы – группы лиц, проживающие совместно, имеющие общую спальню (общежития, детские дома, интернаты, дома престарелых, казармы, «надзорные» палаты в психоневрологических стационарах и др.) при наличии тесных бытовых контактов друг с другом в вечернее и ночное время.

Непрямой путь заражения (через предметы обихода, постельные принадлежности, одежду и т.п.) реализуется при высоком паразитарном индексе (обычно 48-60), определяемым числом чесоточных ходов у одного больного (потенциальный очаг) или суммарно в очаге на всех больных

(иррадиирующий). Псевдоиррадиацией обозначаются случаи наличия двух и более больных в одном очаге, заражение которых произошло вне этого коллектива и независимо друг от друга. Внеочаговые случаи заражения чесоткой (транзиторная инвазия) в банях, поездах, гостиницах редки и реализуются непрямым путем при последовательном контакте потока людей, с предметами (постельные принадлежности, предметы туалета), которыми пользовался больной чесоткой.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Выделяют следующие клинические разновидности чесотки:

- типичная;
- чесотка без ходов;
- чесотка «чистоплотных» или «инкогнито»;
- скабиозная лимфоплазия кожи;
- скабиозная эритродермия;
- норвежская чесотка;
- осложненная чесотка (вторичной пиодермией, аллергическим дерматитом, реже – микробной экземой и крапивницей);
- псевдосаркоптоз.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Инкубационный период при заражении самками чесоточного клеща практически отсутствует. При инвазии личинками можно говорить об инкубационном периоде, который соответствует времени метаморфоза клещей (около 2 недель).

Типичная чесотка встречается наиболее часто, ее клиническая картина представлена различными вариантами чесоточных ходов, фолликулярными папулами на туловище и конечностях, невоспалительными везикулами вблизи ходов, расчесами и кровянистыми корочками, диссеминированными по всему кожному покрову. Для типичной чесотки характерно отсутствие высыпаний в межлопаточной области.

Зуд – характерный субъективный симптом чесотки, обусловленный сенсibilизацией организма к возбудителю. При первичном заражении зуд появляется через 7-14 дней, а при реинвазии – через сутки. Усиление зуда вечером и ночью связано с суточным ритмом активности возбудителя.

Высыпания при чесотке обусловлены деятельностью клеща (чесоточные ходы, фолликулярные папулы, невоспалительные везикулы), аллергической реакцией организма на продукты его жизнедеятельности (милиарные папулы, расчесы, кровянистые корочки), пиогенной микрофлорой (пустулы).

Чесоточные ходы являются основным клиническим симптомом чесотки. В соответствии с классификацией существуют три группы ходов, включающие их различные клинические варианты:

1. Исходный (интактный) тип хода и варианты, образование которых связано со способностью кожи реагировать возникновением тех или иных первичных морфологических элементов на внедрение самки клеща.

2. Ходы, образующиеся из клинических вариантов ходов первой группы в процессе естественного регресса самих ходов и/или превращения приуроченных к ним первичных морфологических элементов во вторичные.

3. Ходы, обусловленные присоединением вторичной инфекции к эксудату полостных элементов ходов первой группы.

Типичные ходы преобладают. Они имеют вид слегка возвышающейся линии беловатого или грязно-серого цвета, прямой или изогнутой, длиной 5-7 мм. Так называемые «парные элементы» нельзя отождествлять с ходами и рассматривать как диагностический симптом заболевания.

Практически у всех больных ходы можно обнаружить на кистях, несколько реже они встречаются на запястьях, стопах и половых органах мужчин. Наличие чесоточных ходов на стопах типично для пациентов с большой давностью заболевания, лиц, контактирующих с нефтепродуктами, а также при первичном внедрении самки клеща в кожу подошв, что чаще встречается в банях и душевых, если незадолго до этого их посещали больные чесоткой с высоким паразитарным индексом.

Папулы, везикулы, расчесы и кровянистые корочки нередко преобладают в клинической картине заболевания. Неполовозрелые стадии развития чесоточного клеща, молодые самки и самцы обнаруживаются в 1/3 папул и везикул. Для папул с клещами характерно фолликулярное расположение и небольшие размеры (до 2 мм). Везикулы обычно мелкие (до 3 мм), без признаков воспаления, располагаются изолированно преимущественно на кистях, реже – на запястьях и стопах.

Диагностические симптомы при чесотке.

Симптом Арди – пустулы и гнойные корочки на локтях и в их окружности.

Симптом Горчакова – кровянистые корочки в области локтей и в их окружности.

Симптом Михаэлиса – кровянистые корочки и импетигиозные высыпания в межъягодичной складке с переходом на крестец.

Симптом Сезари – обнаружение чесоточного хода пальпаторно в виде легкого полосовидного возвышения.

Чесотка без ходов регистрируется реже типичной чесотки, выявляется преимущественно при обследовании лиц, бывших в контакте с больными чесоткой, возникает при заражении личинками, существует в таком виде не

более 2 недель, клинически характеризуется единичными фолликулярными папулами и невоспалительными везикулами.

Чесотка «чистоплотных» или «инкогнито» возникает у лиц, часто моющихся в вечернее время, соответствует по своей клинике типичной чесотке с минимальными проявлениями.

Скабиозная лимфопазия кожи клинически проявляется сильно зудящими лентикулярными папулами, локализуется на туловище (ягодицы, живот, подмышечная область), половых органах мужчин, молочных железах женщин, локтях. Скабиозная лимфопазия кожи персистирует после полноценной терапии чесотки от 2 недель до 6 месяцев. Соскоб эпидермиса с ее поверхности ускоряет разрешение. При реинвазии она рецидивирует на старых местах.

Скабиозная эритродермия возникает в случаях длительного (2-3 месяца) использования системных и топических кортикостероидов, антигистаминных препаратов, психотропных средств. Зуд слабый и диффузный. Больные, как правило, не расчесывают, а растирают кожу ладонями. Основным симптомом заболевания – выраженная эритродермия. Чесоточные ходы возникают не только в местах типичной локализации, но и на лице, шее, волосистой части головы, в межлопаточной области. В этом случае они, как правило, короткие (2-3 мм). В местах, подверженных давлению (локти и ягодицы), выражен гиперкератоз.

Норвежская (корковая, крустозная) чесотка – редкая и очень контагиозная форма заболевания. Она возникает при иммуносупрессивных состояниях, длительном приеме гормональных и цитостатических препаратов, нарушении периферической чувствительности, конституциональных аномалиях ороговения, у больных с сенильной деменцией, болезнью Дауна, у больных СПИДом и т.п. Основным симптомом заболевания является эритродермия, на фоне которой образуются массивные серовато-желтые или буро-черные корки толщиной от нескольких миллиметров до 2-3 см, ограничивающие движения и делающие их болезненными. Между слоями корок и под ними обнаруживается огромное количество чесоточных клещей. На кистях и стопах – множество чесоточных ходов. Нередко поражены ногти, увеличены лимфатические узлы, выпадают волосы, повышается температура тела. От больных исходит неприятный запах. Часто в окружении таких больных возникают микроэпидемии – заражаются члены семьи, медицинские работники, больные, находящиеся в одной палате.

Осложненная чесотка. Чесотка часто осложняется вторичной пиодермией и дерматитом, реже – микробной экземой и крапивницей. Среди нозологических форм пиодермии преобладают стафилококковое импетиго, остиофолликулиты и глубокие фолликулиты, реже возникают фурункулы и вульгарные эктимы. Импетиго преобладает в местах частой локализации ходов (кисти, запястья, стопы), остиофолликулиты – в местах метаморфоза

клещей (переднебоковая поверхность туловища, бедра, ягодицы). Микробная экзема чаще приурочена к местам локализации скабиозной лимфооплазии кожи, особенно в области ягодиц.

Чесотка у детей характеризуется большей распространенностью процесса с вовлечением кожи лица и волосистой части головы. Преобладают реактивные варианты чесоточных ходов, приуроченные к экссудативным морфологическим элементам, часто встречается скабиозная лимфооплазия кожи, нередко осложнения. В процесс, особенно у грудных детей, могут вовлекаться ногтевые пластинки.

Чесотка у лиц пожилого возраста имеет определенные особенности. Чесоточные ходы единичные, преобладают их интактные варианты. Везикулы и папулы малочисленны. Среди высыпаний часто встречаются кровянистые корочки и расчесы. Из осложнений чаще развивается аллергический дерматит и микробная экзема.

Особенности течения чесотки при сочетании с другими дерматозами. При чесотке на фоне атопического дерматита, вульгарного ихтиоза (выраженная сухость кожи) чесоточные ходы единичные; на фоне гипергидроза, дисгидротической экземы, эпидермофитии (повышенная влажность кожи) – множественные. При чесотке на фоне псориаза и красного плоского лишая, как правило, резко выражена изоморфная реакция Кебнера.

Псевдосаркоптоз – заболевание, возникающее у человека при инфекации чесоточными клещами животных (собак, свиней, лошадей, кроликов, волков, лисиц и др.). Инкубационный период составляет всего несколько часов, чесоточные ходы отсутствуют, т.к. клещи на несвойственном хозяине не размножаются, частично внедряются в кожу, вызывая сильный зуд. Высыпания локализуются на открытых участках кожного покрова, представлены уртикарными папулами, волдырями, кровянистыми корочками и расчесами. От человека к человеку заболевание не передается.

ДИАГНОСТИКА

Диагноз чесотки устанавливается на основании комплекса клинических и эпидемических данных, подтвержденных инструментальными и лабораторными исследованиями, направленными на обнаружение возбудителя.

Диагноз чесотки должен подтверждаться обнаружением возбудителя. Успех лабораторной диагностики во многом зависит от профессионального уровня исполнителя.

Метод прокрашивания применяют для верификации чесоточных ходов. Подозрительный элемент смазывают спиртовым раствором йода, анилиновыми красителями, тушью или чернилами.

Метод масляной витропрессии позволяет быстро обнаружить чесоточный ход. За счет обескровливания капиллярного русла при надавливании предметным стеклом улучшается визуализация поверхностных кожных включений. Просветляющий эффект усиливается после предварительного нанесения минерального масла на предполагаемый чесоточный ход.

Метод извлечения клеща иглой. Для этой цели используют стерильные одноразовые инъекционные иглы. Иглой вскрывают слепой конец хода на месте буроватого точечного включения, соответствующего локализации самки чесоточного клеща. Острые иглы продвигают по направлению хода. Клеща, который своими присосками фиксируется к игле, извлекают и помещают на предметное стекло в каплю воды или 40% молочной кислоты, накрывают покровным стеклом и микроскопируют.

Метод соскобов позволяет обнаружить содержимое чесоточного хода, папул и везикул. Каплю 40% молочной кислоты наносят на чесоточный ход, папулу, везикулу или корочку. Через 5 минут разрыхленный эпидермис соскабливают скальпелем до появления капли крови. Материал переносят на предметное стекло в каплю той же молочной кислоты, накрывают покровным стеклом и микроскопируют. Результат лабораторной диагностики считается положительным, если в препарате обнаруживают самку, самца, личинку, нимфу, яйца, опустевшие яйцевые оболочки, линечные шкурки. Наличие экскрементов свидетельствует о необходимости исследования соскобов с других участков кожного покрова.

Дерматоскопия является обязательным методом при обследовании больного чесоткой. При типичной чесотке дерматоскопия позволяет получить положительный результат во всех случаях, при чесотке без ходов – в 1/3 случаев, при этом выявляемость чесоточных ходов повышается на треть в сравнении с осмотром больного без оптических приборов. При наличии разрушенных ходов и отсутствии в них самок чесоточного клеща проводится осмотр внешне неизмененной кожи вблизи хода на площади не менее 4 см².

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Чесотку дифференцируют с псевдосаркоптозом, контактным аллергическим дерматитом, крапивницей, токсикодермией, крысиным клещевым дерматитом, педикулезом, флеботодермией, дисгидротической экземой, атопическим дерматитом, кожным зудом, у детей – с почесухой, ветряной оспой и т.п. Для проведения дифференциального диагноза следует учитывать все указанные выше клинические, эпидемиологические и лабораторные критерии диагностики чесотки.

ЛЕЧЕНИЕ

Цели лечения

Лечение чесотки направлено на уничтожение возбудителя на всех стадиях его развития с помощью скабицидов – препаратов с акарицидной активностью. Неспецифические методы терапии используют для лечения осложнений, сопутствующих чесотке, и снижения интенсивности кожного зуда.

Показания к проведению лечения

Лечение при чесотке подразделяется в зависимости от цели, которую преследует врач. Выделяют три вида терапии:

- специфическое;
- профилактическое;
- пробное (*exjuvantibus*).

Специфическое лечение проводится при наличии у больного чесотки, диагноз которой подтвержден клинически и лабораторно путем обнаружения возбудителя.

Профилактическое лечение проводится по эпидемическим показаниям в очагах чесотки лицам, у которых клинические проявления заболевания отсутствуют. Вопрос о проведении профилактического лечения решается врачом индивидуально. Для предотвращения «пинг-понговой» инфекции в очагах нижеперечисленные контингенты населения подлежат обязательному профилактическому лечению.

1. Члены семейных очагов (родители, дети, бабушки, дедушки, прочие родственники), а также няни, гувернантки, сиделки;

- при наличии условий для передачи возбудителя (тесный телесный контакт, половой контакт, совместное пребывание в постели в вечернее и ночное время и т.п.);

- при наличии больных чесоткой детей младшей возрастной группы, с которыми обычно контактирует большинство членов семьи;

- при выявлении в очаге двух и более больных (иррадиирующий очаг).

2. Члены инвазионно-контактных коллективов:

- лица, имеющие общие спальни, при наличии тесного телесного контакта с больным чесоткой;

- все члены групп/классов/подразделений, где зарегистрировано несколько случаев заболевания чесоткой или в процессе наблюдения за очагом выявляются новые больные.

Пробное лечение (exjuvantibus) проводится только в тех случаях, когда врач по клиническим данным подозревает наличие чесотки, но диагноз не подтвержден обнаружением возбудителя. При положительном эффекте от использования скабицидов проводится регистрации случая чесотки.

Общие замечания по терапии

Принципы терапии должны соблюдаться врачом независимо от скабицида, выбранного для лечения чесотки:

- одновременное лечение всех больных, выявленных в очаге, для предотвращения реинвазии;
- втирание противочесоточных препаратов в вечернее время для повышения эффективности терапии, что связано с ночной активностью возбудителя;
- втирание противочесоточных препаратов у детей до 3 лет в весь кожный покров, у остальных больных исключение составляют лицо и волосистая часть головы;
- втирание скабицидов голыми руками, а не салфеткой или тампоном, особенно тщательно препараты втирают в кожу ладоней и подошв;
- если после втирания препарата возникла необходимость вымыть руки, то их необходимо повторно обработать скабицидом;
- проведение мытья перед первым нанесением скабицида и после завершения лечения; смена нательного и постельного белья – после курса терапии;
- экспозиция препарата на коже должна быть не менее 12 часов, включая весь ночной период, утром его можно смыть;
- проведение лечения осложнений одновременно с лечением чесотки;
- персистирующая скабиозная лимфоплазия кожи не является поводом для продолжения специфической терапии;
- при наличии постскабиозного зуда вопрос о повторной обработке скабицидом решается в индивидуальном порядке после тщательного обследования больного;
- после завершения терапии необходимо провести дезинсекцию нательного и постельного белья, полотенца, одежды и обуви, провести влажную уборку в помещении, где находился больной.

Схемы лечения

1. *Эмульсия (С) и мазь бензилбензоата (В)* – препараты на основе бензилового эфира бензойной кислоты [1-4 и 5-7, соответственно].

Для детей от 3 до 7 лет применяют 10% эмульсию и мазь, для лиц старших возрастных групп – 20% эмульсию и мазь бензилбензоата. Перед началом лечения больному рекомендуется вымыться с мылом. Эмульсия перед употреблением взбалтывается. Препараты наносят на кожу двукратно – в 1-й и 4-й дни лечения. После 12-часовой экспозиции на коже препарат

можно смыть. Смену нательного и постельного белья проводят на 5 день. При нанесении на кожу нередко возникает жжение, которое проходит через несколько минут, о чем следует предупредить больного. Следует избегать попадания бензилбензоата на слизистые оболочки. Бензилбензоат противопоказан беременным и детям до 3 лет.

2. *5% концентрат эмульсии перметрина в этаноле (В, С) [6-7, 8-13].*

Водная 0,4% эмульсия готовится ex tempore путем разбавления 8 мл 5% концентрата эмульсии перметрина водой комнатной температуры до объема 100 мл. Втирание препарата проводится 1 раз в день на ночь 3 дня подряд или в 1 и 4 дни курса. Не рекомендуется при лактации, детям до года, пожилым людям с недостаточностью функции печени, почек.

3. *Серная мазь (В, С) – препарат на основе осажденной серы (33% серы) (sulphur praecipitatum) [2, 3, 6, 7].*

Серная мазь наносится на кожу после мытья с мылом 1 раз в день на ночь в течение 5-7 дней. Препарат тщательно втирают в кожу рук, затем туловища и ног, включая подошвы и пальцы. Не рекомендуется применять во время беременности и детям до 3 лет.

4. *Средство в аэрозольной упаковке на основе эсдепаллетрина с добавлением пиперонилбутоксид (В) [6, 7, 11-16].* В состав препарата в качестве синергиста эсдепаллетрина входит пиперонилбутоксид.

После мытья больного препарат распыляют на расстоянии 20-30 см от кожи. Обработку кожи проводят, начиная с верхней части тела. Детям на лицо препарат наносят ватным тампоном, смоченным препаратом. Через 12 часов больной моется и меняет постельное и нательное белье. При чесотке без ходов и отсутствии осложнений проводят однократную обработку. При осложненной чесотке обработку повторяют через 3-5 суток. Следует избегать попадания лекарственного препарата на слизистые оболочки. Рекомендуется при лечении чесотки на фоне атопического дерматита.

Особые ситуации

Лечение детей.

Для лечения детей в возрасте до 1 года применяют средство в аэрозольной упаковке на основе эсдепаллетрина с добавлением пиперонилбутоксид; для лечения детей в возрасте от 1 года до 3 лет – средство в аэрозольной упаковке на основе эсдепаллетрина с добавлением пиперонилбутоксид и 5% концентрат эмульсии перметрина в этаноле; для лечения детей в возрасте от 3 до 7 лет – к указанным средствам добавляется 10% эмульсия и мазь бензилбензоата, 5% серная мазь; детей в возрасте старше 7 лет лечат как взрослых [18].

Лечение беременных.

Для лечения чесотки у беременных с осторожностью используют средство в аэрозольной упаковке на основе эсдепаллетрина с добавлением

пиперонилбутоксиды и раствор перметрина, приготовленный из 5% концентрата эмульсии в этаноле.

Лечение скабиозной лимфопазии кожи (СЛК) может быть длительным. После полноценного курса любым скабицидом клещи погибают. СЛК разрешается значительно быстрее, если перед началом специфической терапии эпидермис с поверхности папул соскоблить стерильным скальпелем до появления капелек крови. Дефект кожи обрабатывают антисептическими препаратами (анилиновые красители, 5% раствор перманганата калия, раствор повидон-йод, хлоргексидина биглюконат и т.п.). Специфическое лечение скабицидами (в вечернее время) сочетают с втиранием в папулы (утром и днем) топических комбинированных кортикостероидов: дифлукорталона валерат с изоконазолом, бетаметазон с гентамицином и клотримазолом, гидрокортизон с неомицином и натамицином, флуометазон с клиохинолом и др.

Если после разрешения основных клинических проявлений чесотки СЛК персистирует, лечение продолжают однокомпонентными топическими кортикостероидами под окклюзионную повязку: метилпреднизолона ацепонат, гидрокортизона-бутират, мометазона фураат др. Можно использовать фоно- или фотофорез с данными препаратами, за исключением случаев, когда СЛК локализуется на половых органах. Также применяют поверхностную криодеструкцию очагов СЛК с последующим нанесением топических комбинированных кортикостероидов.

Лечение чесотки, осложненной вторичной пиодермией. Лечение начинают с втирания скабицида для устранения зуда, способствующего нарушению целостности кожных покровов. Предпочтение отдается скабицидам, нанесение которых не требует интенсивного втирания и не способствует диссеминации инфекции по коже (средство в аэрозольной упаковке на основе эсдепаллетрина с добавлением пиперонилбутоксиды и раствор перметрина, приготовленный из 5% концентрата эмульсии в этаноле). Скабицид втирают в 1 и 4 дни курса, при этом 2 и 3 дни проводят лечение пиодермии. Вопрос о мытье больного перед втиранием скабицида решается врачом индивидуально, учитывая возможность диссеминации инфекции.

При поверхностной пиодермии (импетиго, остиофолликулиты, турниоль и др.) применяют наружную терапию. Пустулы тушируют растворами анилиновых красителей, 5% раствором перманганата калия, раствором повидон-йода и другими антисептическими препаратами. При наличии импетиго его покрывку прокалывают стерильно иглой. После подсыхания пустул назначают мази/кремы с антибактериальными препаратами: бацитрацин с неомицином, мупироцин, фузидовая кислота, гелиомициновая мазь; с универсальными антисептическими препаратами: повидон-йод, сульфатиазол серебра, хлоргексидина биглюконат и др.; комбинированные препараты: хлорамфеникол с метилурацилом и др.

Показаны топические комбинированные глюкокортикоидные препараты: гидрокортизон с неомицином и натамицином, гидрокортизон с фузидовой кислотой, бетаметазон с клотримазолом и гентамицином флуметазон с клиохинолом и др.

При глубоких формах пиодермии (вульгарная эктима, глубокие фолликулиты, фурункулы) лечение дополняется назначением системных антибактериальных препаратов широкого спектра действия.

Лечение чесотки, осложненной аллергическим дерматитом. Перед началом специфической терапии целесообразно рекомендовать больному вымыться с мылом для улучшения доступа противочесоточного препарата в ходы. Лечение начинают с втирания скабицида для устранения деятельности чесоточного клеща, продуцирующего аллергены. Предпочтение отдается скабицидам, нанесение которых не требует интенсивного втирания и не способствует диссеминации инфекции по коже (средство в аэрозольной упаковке на основе эсдепаллетрина с добавлением пиперонилбутоксидом и раствор перметрина, приготовленный из 5% концентрата эмульсии в этаноле). Скабицид втирают в 1 и 4 дни курса, а во 2 и 3 дни проводят лечение аллергического дерматита.

При ограниченном процессе целесообразна только местная терапия. Для этой цели используются комбинированные топические глюкокортикостероидные препараты, например, дифлукорталона валерат с изокконазолом, бетаметазон с гентамицином и клотримазолом, гидрокортизон с неомицином и натамицином, флуметазон с клиохинолом и др.

При распространенном аллергическом дерматите обязательно назначение антигистаминных препаратов внутрь (левоцитеризин, хлоропирамина гидрохлорид, клемастин, цетиризин, дезлоратадин и др.). Местную терапию в этом случае начинают водной взбалтываемой смесью, циндолом и другими индифферентными средствами, включая средства для ухода за сухой раздраженной кожей. После трансформации распространенного процесса в локальный лечение можно продолжить однокомпонентными топическими глюкокортикостероидными препаратами: метилпреднизолона ацепонатом, гидрокортизона-бутиратом, мометазона фуроатом.

Лечение чесотки, осложненной микробной экземой. Учитывая, что микробная экзема чаще развивается на участках кожного покрова, где локализуется СКЛ, ее лечение включает три этапа:

- лечение чесотки одним из скабицидов;
- лечение микробной экземы по общепринятой схеме, после разрешения инфильтрации и отхождения корок на ее месте обычно остаются лентикулярные папулы (СЛК), чаще множественные;
- лечение СЛК, как указано выше.

Лечение норвежской чесотки имеет специфические особенности.

Вечером больного обрабатывают скабицидом для уничтожения активных стадий возбудителя и снижения контагиозности пациента, утром – одним из кератолитических препаратов – средствами с салициловой кислотой (5% серно-салициловая мазь, 5-10% салициловая мазь) и с мочевиной. Такое лечение проводят до полного отхождения корок. Далее больного в течение 2-3 дней обрабатывают в вечернее время только скабицидом. После завершения специфической терапии для устранения сухости кожного покрова используют смягчающие или увлажняющие средства. Важным условием является регулярное исследование соскобов эпидермиса на предмет выявления чесоточного клеща. При обнаружении подвижных особей курс специфической терапии повторяется со сменой скабицида.

Лечение скабиозной эритродермии проводится также как норвежской чесотки, но без использования кератолитических средств.

Постскабиозный зуд (ПЗ) – сохранение зуда у больных после полноценной специфической терапии одним из скабицидов. При этом должны полностью разрешиться проявления чесотки, СЛК и осложнения чесотки – аллергический дерматит, микробная экзема, аллергические реакции на скабициды. Основной объективный клинический симптом ПЗ – наличие чесоточных ходов, длина которых достигает нескольких сантиметров. Отсутствие отверстий в крыше таких ходов затрудняет проникновение в них скабицида. Продолжительность ПЗ соответствует продолжительности жизни самок и зависит от их возраста на момент начала терапии. При сохранении ПЗ на фоне лечения антигистаминными препаратами и топическими стероидами в течение недели (время, необходимое для отшелушивания эпидермиса с погибшими клещами), необходима повторная обработка скабицидом, проводимая после тщательного мытья пациента с мылом и мочалкой. Другой причиной ПЗ может быть сухость кожных покровов. В этом случае назначают эмолиенты.

Лечение чесотки в жаркое время года. Предпочтение отдается препаратам в жидкой лекарственной форме (средство в аэрозольной упаковке на основе эсдепаллетрина с добавлением пиперонилбутоксиды и раствор перметрина, приготовленный из 5% концентрата эмульсии в этаноле), не требующим интенсивного втирания. Использование мази при высокой температуре может привести к перегреванию больного, возникновению дерматита или диссеминации пиодермии.

Требования к результатам лечения

Критериями излеченности чесотки являются устранение зуда и исчезновение клинических проявлений заболевания. Сроки наблюдения за больными индивидуальны и зависят от его клинической формы. При чесотке без ходов, типичной чесотке, чесотке «инкогнито» после полноценного курса терапии и проведения полного комплекса профилактических мероприятий в очаге срок наблюдения за больными составляет 2 недели. Длительность диспансерного наблюдения увеличивается при чесотке, осложненной

пиодермией, дерматитом, микробной экземой, при скабиозной лимфоплазии кожи, скабиозной эритродермии и норвежской чесотке. Больной снимается с учета после полного разрешения всех клинических проявлений. Прогноз при чесотке благоприятный.

Причины неэффективности лечения:

1. Несоблюдение схем лечения:
 - использование препаратов в заниженных концентрациях;
 - несоблюдение кратности и сроков обработки;
 - втирание препарата без учета суточного ритма активности чесоточного клеща;
 - частичная обработка кожного покрова;
 - использование скабицидов с просроченным сроком годности.
2. Реинвазия от источника заражения или контактного лица, не получившего лечение по той или иной причине – «пинг-понговая» инфекция.
3. Резистентность клещей к скабицидам.

Медикаментозные осложнения от скабицидов, проявляющиеся зудом и дерматитом, нередко расценивают как персистенцию чесотки.

Показания к госпитализации

- пациенты с психическими, неврологическими или иными заболеваниями, при которых пациент при отсутствии ухаживающего за ним лица не может самостоятельно полностью выполнить все необходимые назначения;
- больные из организованных коллективов при отсутствии возможности изоляции их от здоровых лиц (например, при наличии чесотки у лиц, проживающих в интернатах, детских домах, общежитиях и т.д.).

Показанием для направления в стационар также может служить чесотка, осложненная вторичной пиодермией с множественными, чаще глубокими пустулами (фурункулы, карбункулы, эктимы), особенно у детей, а также чесотка, сопровождающаяся лимфаденопатией, высокой температурой и т.п.

При выявлении чесотки у больного в соматическом отделении перевод в специализированный дерматовенерологический стационар не требуется. Лечение проводят в отделении, где пациент находится в связи с основным заболеванием. Пациент теряет контагиозность после первой обработки скабицидом. При распространенном процессе, норвежской чесотке и скабиозной эритродермии необходима временная изоляция больного в отдельной палате на время лечения чесотки (4 дня). В этих случаях профилактическому лечению подлежат все больные, находящиеся в одной палате с больным чесоткой.

ПРОФИЛАКТИКА

Профилактика чесотки включает несколько направлений.

1. Регистрация всех выявленных больных чесоткой.
2. Осуществление диспансерного наблюдения за переболевшими и контактными лицами.
3. Выявление источника заражения и контактных лиц. Обращается серьезное внимание на половых партнеров, как в семье, так и вне нее.
4. Выявление очагов чесотки и работа по их ликвидации. Члены организованных коллективов осматриваются медицинскими работниками на местах.
5. Определение групп людей, подлежащих обязательному профилактическому лечению (см. выше).
6. Активное выявление больных при профилактических медицинских осмотрах различных групп населения (декретированные контингенты, детские коллективы, лица призывного и приписного возраста, школьники в начале учебного года, абитуриенты, военнослужащие и т.п.).
7. Осмотр на чесотку больных, обратившихся в поликлиники, амбулатории, медсанчасти, госпитализированных в лечебно-профилактические учреждения любого профиля и т.п.
8. При обнаружении чесотки у школьников и детей, посещающих детские ясли, сады и школы, их не допускают в детские коллективы на время проведения полноценного лечения. Скабиозная лимфопазия кожи не является противопоказанием для допуска детей в организованные коллективы, т.к. пациент после качественной терапии утрачивает контагиозность для окружающих.

Обследование семейного очага и организованного инвазионно-контактного коллектива проводится при выявлении первого больного и через две недели после завершения терапии последнего выявленного больного чесоткой при условии, что были своевременно осмотрены все члены очага, и в соответствии с показаниями проведено профилактическое лечение контактными лицами. В организованных коллективах, где профилактическое лечение контактными лицами не проводилось, осмотр осуществляется трижды с интервалом 10 дней.

Проведение текущей дезинсекции в очагах. Текущая дезинсекция направлена на уничтожение клещей на постельных принадлежностях, одежде и предметах личной гигиены больного. Методику проведения текущей дезинфекции объясняет лечащий врач, а проводит ее сам больной или ухаживающий за ним член семьи. У каждого пациента обязательно должны быть отдельная кровать, постельные принадлежности и предметы индивидуального пользования (полотенце, мочалка, тапочки, халат).

Обеззараживание постельных принадлежностей, нательного белья, полотенца осуществляется путем стирки при температуре 70-90°, либо замачиванием на час в хлорсодержащих растворах. Верхнюю одежду обеззараживают, проглаживая вещи с обеих сторон горячим утюгом, обращая

особое внимание на карманы. Для дезинсекции текстильных изделий, обуви, детских игрушек используются препараты на основе перметрина и малатиона. Часть вещей, не подлежащих термической обработке, может быть вывешена на открытый воздух на 3 дня. Для дезинфекции ряда вещей (детские игрушки, обувь, одежда) можно применять способ временного исключения из пользования, для чего их помещают на 3 дня в герметически завязанные полиэтиленовые пакеты.

При массовых вспышках чесотки в организованных коллективах, при наличии нескольких больных в семейных очагах, при поступлении больных чесоткой в стационар в приемном отделении проводится дезинсекция помещения.

В стационарах и скабиозориях матрасы, подушки, постельное и нательное белье, одежду поступающих больных подвергают обработке в дезинфекционной камере. Таким же способом обрабатывают после выписки из стационара постельные принадлежности, которыми пользовались больные чесоткой.

Особое значение дезинсекционные мероприятия имеют при выявлении больных скабиозной эритродермией и норвежской чесоткой. Вокруг таких больных нередко возникают микроэпидемии. В связи с этим профилактическое лечение должно быть проведено медицинскому персоналу, ухаживающим лицам, соседям по палате. Таких больных изолируют в отдельной палате, где ежедневно проводят текущую, а при выписке – камерную дезинсекцию.

В «надзорных палатах» психиатрических больниц при выявлении больного чесоткой профилактическое лечение проводится всем больным, находящимся в одной палате. При наличии зудящего дерматоза у пациента, поступающего в стационар психиатрической больницы, необходима консультация дерматолога и профилактическая обработка скабицидом в приемном отделении. При неблагоприятной эпидемической ситуации в целях предотвращения заноса и распространения чесотки в больших организованных коллективах (армия, флот, тюрьмы) профилактической обработке скабицидами подлежат все вновь прибывающие в карантинную зону. Для этой цели подходят препараты в жидкой форме (перметрин).

Список литературы

1. Соколова Т.В. Особенности клиники, совершенствование диагностики и лечения чесотки: автореф. дис. ... канд. мед наук: 14.00.11. М.1985. 16 с.
2. Соколова Т.В., Федоровская Р.Ф., Ланге А.Б. Чесотка. М.: Медицина. 1989. 179 с.

3. Соколова Т.В., Лопатина Ю.В. Паразитарные дерматозы: чесотка и крысиный клещевой дерматит. М.: Бином. 2003. 120 с.
4. Альбанова В.И. Опыт лечения больных чесоткой // Вестн. дерматол. венерол. 1999; (2): 39-42.
5. Соколова Т.В. Чесотка и крысиный клещевой дерматит (новое этиологии, эпидемиологии, клинике, лечении и профилактике): автореф. дис. ... докт. мед наук: 14.00.11. М. 1992. 34 с.
6. Малярчук А.П. Оптимизация диагностики, лечения и профилактики чесотки: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.10. М., 2010. 16 с.
7. Малярчук А.П., Соколова Т.В., Лопатина Ю.В., Киселева А.В. Противочесоточные препараты: критерии выбора // Клиническая дерматология. 2011; (2): 53-59.
8. Рязанцев И.В. Совершенствование комплекса лечебно-профилактических мероприятий при чесотке в ВС РФ: автореф. дис. ... канд. мед наук: 14.000.11. М. 2004. 24 с.
9. Олифер В.В. Новые подходы к разработке скабицидных средств и совершенствование дезинфекционных мероприятий в очагах чесотки: автореф. дис. ... канд. биол. наук: 03.0019, 03.00.09. М. 2006. 24 с.
10. Бондарев И. М., Харахордин О. Е. Медифокс - акарицидный многоцелевой отечественный препарат нового поколения // Военно-медицинский журнал. 2002; (8): 54-57.
11. Соколова Т.В., Малярчук А.П. Модели лечения чесотки, осложненной вторичной пиодермией и аллергически дерматитом // Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. 2012; (4): 41-48.
12. Haustein U. Management of endemic outbreaks of scabies with allethrin, permethrin, and ivermectin. Int J Dermatol. 2000; 39: 463-470.
13. Paasch U, Haustein U.F. Treatment of endemic scabies with allethrin, permethrin and ivermectin. Evaluation of a treatment strategy // Hautarzt. 2001; 52(1): 31-37.
14. Малярчук А.П., Соколова Т.В., Гладько В.В. Оценка эффективности скабицида при различных вариантах чесотки // Клиническая дерматология и венерология. 2013; (5): 58-64.
15. Баткаев Э.А., Шеварова В.Н., Рюмин Д.В. Спрегаль в лечении чесотки // Вестник последипломного медицинского образования. 2003; (3-4): 57-58.
16. Федоров С. М., Шеклакова М.Н. Чесотка. Русский медицинский журнал. 2001; 9(11): 467-470.
17. Соколова Т.В., Малярчук А.П. Лечение чесотки. Клиническая дерматология и венерология. 2009; (6): 64-67.
18. Суворова К.Н., Опарин Р.Б., Сысоева Т.А., Тамразова О.Б., Гришко Т.Н. Чесотка у детей. Вопросы практической педиатрии. 2006; (4): 117-123.
19. Дерматовенерология. Национальное руководство. Под ред. профессоров Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова. Глава «Паразитарные дерматозы. М.: ГОЭТАР. 2011. С. 414-442.
20. Приказ №163 от 24.04.2003 «Об утверждении отраслевого стандарта «Протокол ведения больных. Чесотка». М. 65 С.
21. Соколова Т. В., Гладько В. В., Рязанцев И. В. *Sarcoptes scabiei* и доброкачественная лимфоплазия кожи // Российский журнал кожных и венерич. болезней. 2004; (5): 9-12.
22. Roberts L. J., Huffam S. E., Walton S. F., Currie, B. J. Crusted scabies: clinical and immunological findings in seventy-eight patients and a review of the literature // J. Infect. 2006; 50(5): 375-381.

23. Соколова Т.В., Малярчук А.П., Лопатина Ю.В. Современные представления о патогенезе постскабиозного зуда // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2009; (4): 32-35.

24. Федеральная электронная медицинская библиотека.