

Приложение
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И
КОСМЕТОЛОГИИ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ
ПО НОЗОЛОГИИ
«ЧЕСОТКА»**

ТАШКЕНТ 2025



“УТВЕРЖДАЮ”
И.о. директора ГУ
“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз
Сабилов У.Ю.

« 6 » *февраль* 2025 год

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ
ПО НОЗОЛОГИИ
«ЧЕСОТКА»

ТАШКЕНТ 2025

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ
«ЧЕСОТКА»**

Ташкент 2025

Вводная часть
Коды по МКБ-10/11:

B86	Чесотка	1G04	Чесотка
	https://mkb-10.com/index.php?pid=11157		https://icd11.ru/

Дата разработки и пересмотра протокола: 2025 год, дата пересмотра 2028 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта:
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии

В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад:

По организации процесса члены рабочей группы по направлению дерматовенерология:

1.	Сабилов У.Ю.	Директор центра, д.м.н., профессор	“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз
2.	Джалилов Д.С.	Заместитель директора по научной работе, к.м.н.	“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз
3.	Боходирова А.А.	Ученый секретарь	“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз
4.	Рахматова М.С.	Помощник заместителя директора по научной работе	“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз
5.	Атаниязов А.Б.	Врач дерматовенеролог	“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз
6.	Эрназаров Н.Х.	Врач дерматовенеролог	“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз
7.	Атажанов Ш.Ю.	Врач дерматовенеролог	“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз
8.	Хайдаралиев У.М.	Врач дерматовенеролог	“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз

Рецензенты:

1. Эшбаев Эгамберди Хусанович – д.м.н., профессор, заведующий научной лабораторией по изучению эпидемиологической ситуации кожных и венерических заболеваний РСНПМЦДВиК МЗ РУз.
2. Лали Мекокишвили - Президент Грузинской ассоциации фотодерматологии и рака кожи

Техническая экспертная оценка и редактирование:

1. Иноятлов Аваз Шавкатович – д.м.н., заместитель директора по лечебной, главный врач клиники.
2. Рахматов Акрам Баратович - д.м.н., профессор, заведующий научной лабораторией по изучению проблем микозов

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов

и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

Дата и номер выписки из протокола обсуждения: Выписка из протокола № 1 от 06.02.2025 года Учёного совета РСНПМЦДВиК МЗ РУз

Список сокращений

СЛК	Скабиозная лимфоплазия кожи
ПЗ	Постскабиозный зуд
МКБ	Международная классификация болезней
ИХЛА	Иммунохемилюминесцентный
ИФЛА	Иммунофлюоресцентный анализ
ИФА	Иммуноферментный анализ
ПЦР	Полимеразная цепная реакция
РИФ	Реакция ИммуноФлуоресценции
РИБТ	Реакция Иммобилизации Бледных Трепонем
РПГА	Реакция Пассивной Гемагглютинации
ИХА	ИммуноХроматографический Анализ
IgG IgM	Иммуноглобулины G и M
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения

Оглавление

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «ЧЕСОТКА»	5
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «ЧЕСОТКА »	22
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ « ЧЕСОТКА »	29

Пользователи протокола:

1. Врачи дерматовенерологи;
2. Врачи общей практики;
3. Врачи педиатры;
4. Врачи лаборанты;
5. Врачи эпидемиологи;
6. Организаторы здравоохранения;
7. Клинические фармакологи;
8. Студенты, клинические ординаторы, магистранты, докторанты, преподаватели медицинских вузов;
9. Пациенты с данной патологией, члены их семей и лица, осуществляющие уход.

Настоящий протокол является основой для внедрения современных методов диагностики и лечения чесотки в практику здравоохранения повсеместно.

Категория пациентов в данной нозологии: обследованию подлежат пациенты, подозреваемые на чесотку и лица с подтверждённым диагнозом.

Шкала уровня доказательности, на основе доказательной медицины. Шкала оценки уровней достоверности доказательств для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Шкала оценки уровней достоверности доказательств для профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования

4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций для профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Основная часть.

Введение

Чесотка является одним из наиболее распространенных кожных заболеваний, и в развивающихся странах на нее приходится значительная доля кожных болезней. Предположительно, более 200 миллионов человек в мире заражены чесоткой в любой момент времени и ежегодно ей заражается в общей сложности 400 миллионов человек.

Случаи чесотки отмечаются во всех странах мира, но наиболее широко она распространена во многих тропических районах с ограниченными ресурсами, особенно среди детей и пожилых людей. В этих районах уровни ее распространенности среди детей варьируются от 5% до 50%. Широко распространены повторные заражения. Тяжелое бремя чесотки и ее осложнений сопряжено с большими расходами для систем здравоохранения. В странах с высоким уровнем дохода случаи заболевания носят спорадический характер, однако вспышки в медицинских учреждениях и уязвимых сообществах приводят к значительным экономическим издержкам для национальных служб здравоохранения.

<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/scabies>

Определение

Чесотка (скабиес) – распространенное паразитарное заболевание кожи, вызываемое чесоточным клещом *Sarcoptes scabiei*. [1]

Этиология и патогенез заболевания

Возбудитель – чесоточный клещ *Sarcoptes scabiei*. По типу паразитизма чесоточные клещи являются постоянными паразитами, большую часть жизни проводящими в коже хозяина и лишь в короткий период расселения ведущими 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. Взрослая самка при комнатной температуре способна сохранять патогенные свойства до 36 часов. Клещ быстро проникает в толщу эпидермиса, формируя так называемые «чесоточные ходы». В них самка клеща откладывает яйца и оставляет экскременты. Инвазионными стадиями являются самки и личинки клеща. Заражение чесоткой происходит преимущественно при контакте с больным чесоткой или через инфицированные предметы, при тесном телесном контакте, обычно при совместном пребывании в постели и интимной связи. Возможен также непрямой путь заражения – через предметы обихода, одежду и пр.[4,5]

Эпидемиология

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 с больным 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. 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).[2,3]

Классификация

https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Chesotka_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf

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 заболевания

<https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii/>

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 сенсбилизацией 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 экссудату 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

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 лимфоплазия** кожи клинически проявляется сильно зудящими лентиккулярными папулами, локализуется на туловище (ягодицы, живот, подмышечная область), половых органах мужчин, молочных железах женщин, локтях. Скабиозная лимфоплазия 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 лимфопазии 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 лимфопазия 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.

Жалобы и анамнез:

Больных беспокоит зуд, усиливающийся в вечернее и ночное время – характерный субъективный симптом чесотки. Наличие заболевания у контактных лиц.

Физикальное обследование:

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.[2]

Методы, подходы и процедуры диагностики

Диагноз чесотки устанавливается на основании комплекса клинических и эпидемических данных, подтвержденных инструментальными и лабораторными исследованиями, направленными на обнаружение возбудителя.[8]

Лабораторные исследования

<https://www.aad.org/public/diseases/a-z/scabies-treatment>

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/scabies>

<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/scabies/diagnosis-treatment/drc-20377383>

<https://www.msmanuals.com/ru/professional>

С 5	<ul style="list-style-type: none"> • Общий анализ крови • Скрининговые тесты на сифилис один из: РМП, RPR, КСР
С 4	<p>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, личинные шкурки. Наличие экскрементов свидетельствует о необходимости исследования соскобов с других участков кожного покрова</p>
С 5	<p>Метод прокрашивания применяют для верификации чесоточных ходов. Подозрительный элемент смазывают спиртовым раствором йода, анилиновыми красителями, тушью или чернилами.</p>
С 5	<p>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.</p>
С 5	<p>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.</p>
С 5	<ul style="list-style-type: none"> • Подтверждающие тесты (2 из 6 обязательные): РИФ, ИФА IgG и IgM, РИБТ, РПГА, ИХА, Иммуноблот IgG и IgM • Общий анализ мочи • Общий анализ кала

- Комплекс биохимических исследований
- Исследование инфекций методом ИФА, ИХЛА, ИФЛА и ПЦР
- Гистологическое исследование
- Микробиологическое исследование с очагов поражения с определением чувствительности к антибиотикам

Инструментальные исследования:

<https://www.aad.org/public/diseases/a-z/scabies-treatment>

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/scabies>

<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/scabies/diagnosis-treatment/drc-20377383>

<https://www.msmanuals.com/ru/professional>

**С
4**

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 неизменной кожи вблизи хода на площади не менее 4 см².

Показания для консультации специалистов

**С
5**

- Консультация смежных специалистов осуществляется при наличии показаний и жалоб пациента

Дифференциальный диагноз:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles>

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, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

<https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii/>

Тактика лечения на амбулаторном и стационарном уровнях: 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.

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.[5]

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, полотенец, одежды и обуви, провести влажную уборку в помещении, где находился больной.[6-10]

Медикаментозное лечение.

Включение незарегистрированных лекарственных средств в клинический протокол в Республике Узбекистан в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования не будет являться основанием для возмещения расходов.

<https://www.cdc.gov/scabies/treatment/index.html>

<https://www.aad.org/public/diseases/a-z/scabies-treatment>

Таблица-1

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100 % вероятность применения):

МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Бензилбензоата 10%, 20% эмульсия, мазь	Для детей от 3 до 7 лет применяют 10% эмульсию и мазь, для лиц старших возрастных групп – 20% эмульсию и мазь бензилбензоата. 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.	В https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Chesotka_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf
Перметрин 5% концентрат для приготовления эмульсии для наружного применения	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	В https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10944095/
Серная мазь концентрация 6-33,3% (sulphur graecipitatum)	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.	В https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Chesotka_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf https://iusti.org/wp-content/uploads/2019/12/Scabies.pdf
Средство в аэрозольной упаковке на основе эсдепаллетрина с добавлением пиперонилбутоксида	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	В https://medi.ru/info/1554/

	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.	
Иверметкин 1% лосьон	Лосьон наносится на ночь на все тело, за исключением кожи лица. Перед нанесением лосьона Иверзин необходимо принять горячую ванну с использованием моющих средств для тела и жёсткой мочалки. Процедуру следует повторить через 7 дней.	В https://iusti.org/wp-content/uploads/2019/12/Scabies.pdf
Ивермектин таблетки	(принимать во время еды) перорально по 200 мкг/кг в дни 1, 2 и 8. В тяжелых случаях, в зависимости от наличия живых клещей в соскобах кожи при последующем визите, может потребоваться дополнительное лечение ивермектином на 9 и 15 дни или на 9, 15, 22 и 29 дни С 4 в зависимости от тяжести инфекции. Безопасность ивермектина у детей весом менее 15 кг и беременных женщин не установлена.	В https://iusti.org/wp-content/uploads/2019/12/Scabies.pdf

Примечание: Дозировка и количество препаратов определяются врачом индивидуально. Препараты для увлажнения кожи(эмоленты), медицинские изделия, биологически активные добавки, микроэлементы, витамины, антиоксиданты и косметические средства могут применяться по необходимости при лечении дерматологических больных, если они не имеют противопоказаний и сертифицированы на территории Республики Узбекистан. Если необходимый препарат из определённой группы отсутствует в перечне, утверждённом для применения в стационаре, или временно недоступен, врач может назначить альтернативный препарат (препараты с разным механизмом действия, но одной терапевтической целью). Выбор лекарства осуществляется на основе клинической ситуации, состояния пациента и доступных ресурсов.

Таблица-2

Перечень основных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения):

МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Дезлоратадин	Таблетки 5 мг раствор 10 мл перорально 1 раз в сутки 7-14 дней	С https://www.medicoverhospitals.in/ru/articles/scabies-medication

Цетиризин	таблетки 5 мг раствор 10 мл перорально 1 раз в сутки 7-14 дней	С https://www.medicoverhospitals.in/ru/articles/scabies-medication
Левоцетиризин	таблетки 5 мг раствор 20 капель перорально 1 раз в сутки 7-14 дней	С https://www.medicoverhospitals.in/ru/articles/scabies-medication
Хлоропирамин	таблетки по 25 мг 3-4 раза/сут, При в/м или в/в введении взрослым разовая доза составляет 20-40 мг	С https://www.medicoverhospitals.in/ru/articles/scabies-medication
Кетотифен	Внутрь, во время еды, взрослым - по 1 мг 2 раза/сут утром и вечером. При необходимости дозу увеличивают до 2 мг 2 раза/сут. Детям от 3 лет и старше - 1 мг 2 раза/сут.	С https://www.medicoverhospitals.in/ru/articles/scabies-medication
Эбастин	Внутрь. Рекомендуемая доза для взрослых - 10-20 мг/сут.	С https://www.medicoverhospitals.in/ru/articles/scabies-medication
Лоратадин	Таблетки 5 мг раствор 10 мл перорально 1 раз в сутки 7-14 дней	С https://www.medicoverhospitals.in/ru/articles/scabies-medication
Биластин	Внутрь. Рекомендуемая доза для взрослых - 10-20 мг/сут.	С https://www.medicoverhospitals.in/ru/articles/scabies-medication
амоксциллин + клавулановая кислота	взрослым и детям старше 12 лет (массой 40 кг и более) таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 250 мг + 125 мг по 1 таблетке 3 раза в сутки или 875 мг + 125 мг – по 1 таблетке 2 раза в сутки в течение 5-14 дней или таблетки диспергируемые взрослым и детям старше 12 лет (массой 40 кг и более) – по 500/125 мг 3 раза в сутки в течение 5-14 дней, детям от 2 до 12 лет или с массой тела менее 40 кг – по 125/31,25 мг или по 250/62,5 мг в дозах, не превышающих 2400/600 мг в сутки, в 3 приема в течение 5-14 дней	С https://www.rodv.ru/kl/inicheskie-rekomendacii/

цефуроксим – по 250 мг	перорально 2 раза в сутки взрослым и детям в возрасте 3 лет и старше в течение 5-10 дней	С https://www.rodv.ru/kl inicheskie- rekomendacii/
цефтриаксон – по 1-2 г	в сутки внутримышечно или внутривенно детям старше 12 лет (желательно в 2 введения через 12 часов), новорожденным до 2 нед – 20-50 мг/кг/сут, детям от 3 нед до 12 лет – 20-80 мг/кг/сут в 2 введения	С https://www.rodv.ru/kl inicheskie- rekomendacii/
Клобетазола пропионат: 0,05%	наружно 1 раз в сутки; в течение 2–4 – х недель	С https://www.rodv.ru/kl inicheskie- rekomendacii/
Бетаметазона дипропионат: 0,1%; 0,05%	наружно 1–2 раза в сутки; в течение 2–4 – х недель	С https://www.rodv.ru/kl inicheskie- rekomendacii/
Мометазона фууроат: 0,1%	наружно 1–2 раза в сутки; в течение 3–4 – х недель	С https://www.rodv.ru/kl inicheskie- rekomendacii/
Триамцинолона ацетонид: 0,5%	наружно 1–2 раза в сутки; в течение 3–4 – х недель	С https://www.rodv.ru/kl inicheskie- rekomendacii/
Метилпреднизолона ацепонат: 0,1%	наружно 1–2 раза в сутки; в течение 3–4 – х недель	С https://www.rodv.ru/kl inicheskie- rekomendacii/
Флуоцинонид: 0,05%	наружно 1–2 раза в сутки; в течение 3–4 – х недель	С https://www.rodv.ru/kl inicheskie- rekomendacii/
фузидовая кислота, 2% крем для наружного применения или 2% мазь для наружного применения	наносить на инфицированные очаги поражения 3 раза в сутки в течение 7 -14 дней	С https://www.rodv.ru/kl inicheskie- rekomendacii/

бацитрацин + неомицин 250 МЕ/г + 5000 МЕ/мг	наружно наносить на инфицированные очаги поражения 2-3 раза в сутки в течение 7-14 дней	С https://www.rodv.ru/kl/inicheskie-rekomendacii/
мупицин 2% мазь для наружного применения	наносить на инфицированные очаги поражения 2-3 раза в сутки не более 10 дней	С https://www.rodv.ru/kl/inicheskie-rekomendacii/
эритромицин мазь для наружного применения (10000 ЕД/г)	наружно наносить на инфицированные очаги поражения 2-3 раза в сутки 7-14 дней	С https://www.rodv.ru/kl/inicheskie-rekomendacii/
сульфатиазол серебра крем	наружного применения 2% наносить на инфицированные для очаги поражения 2-3 раза в сутки 7-14 дней	С https://www.rodv.ru/kl/inicheskie-rekomendacii/
гидрокортизон + окситетрациклин мазь, аэрозоль	наружно на инфицированные очаги поражения 1-3 раза в сутки в течение 7 дней	С https://www.rodv.ru/kl/inicheskie-rekomendacii/
тетрациклин + триамцинолон аэрозоль	для наружного применения – орошать струей аэрозоля инфицированные очаги поражения 1-3 раза в сутки, держа баллон в вертикальном положении, на расстоянии 15-20 см от кожи, в течение 7-10 дней	С https://www.rodv.ru/kl/inicheskie-rekomendacii/
бетаметазон + гентамицин + клотримазол крем	для наружного применения, мазь для наружного применения наружно на инфицированные очаги поражения 2 раза в сутки взрослым и детям в возрасте 2 лет и старше в течение 7-14 дней	С https://www.rodv.ru/kl/inicheskie-rekomendacii/

Примечание: Дозировка и количество препаратов определяются врачом индивидуально.

Препараты для увлажнения кожи (эмоленты), медицинские изделия, биологически активные добавки, микроэлементы, витамины, антиоксиданты и косметические средства могут применяться по необходимости при лечении дерматологических больных, если они не имеют противопоказаний и сертифицированы на территории Республики Узбекистан.

Применение наружных и системных антибактериальных средств, топических глюкокортикостероидов и комбинированных препаратов проводится строго по показаниям, с учётом клинической необходимости.

Выбор конкретного препарата определяется лечащим врачом.

Если необходимый препарат из определённой группы отсутствует в перечне, утверждённом для применения в стационаре, или временно недоступен, врач может назначить альтернативный

препарат (препараты с разным механизмом действия, но одной терапевтической целью). Выбор лекарства осуществляется на основе клинической ситуации, состояния пациента и доступных ресурсов.

Показания для госпитализации в медицинскую организацию: дневной и круглосуточный стационар:

- неэффективность проводимого ранее лечения;
- 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.);
- чесотка, осложненная вторичной пиодермией с множественными, чаще глубокими пустулами (фурункулы, карбункулы, эктимы);
- чесотка, сопровождающаяся лимфаденопатией, высокой температурой и т.п. [18,19]

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.[20]

Показания для выписки:

- эрадикация возбудителя на всех стадиях его развития;
- устранение клинических проявлений заболевания.

Индикаторы эффективности 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 лимфооплазии кожи, скабиозной эритродермии и норвежской чесотке. Больной снимается с учета после полного разрешения всех клинических проявлений. Прогноз при чесотке благоприятный.[17]

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «ЧЕСОТКА»

ТАШКЕНТ – 2025

Введение

Чесотка является одним из наиболее распространенных кожных заболеваний, и в развивающихся странах на нее приходится значительная доля кожных болезней. Предположительно, более 200 миллионов человек в мире заражены чесоткой в любой момент времени и ежегодно ей заражается в общей сложности 400 миллионов человек.

Случаи чесотки отмечаются во всех странах мира, но наиболее широко она распространена во многих тропических районах с ограниченными ресурсами, особенно среди детей и пожилых людей. В этих районах уровни ее распространенности среди детей варьируются от 5% до 50%. Широко распространены повторные заражения. Тяжелое бремя чесотки и ее осложнений сопряжено с большими расходами для систем здравоохранения. В странах с высоким уровнем дохода случаи заболевания носят спорадический характер, однако вспышки в медицинских учреждениях и уязвимых сообществах приводят к значительным экономическим издержкам для национальных служб здравоохранения.

<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/scabies>

Схемы лечения

https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Chesotka_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf

<https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii/>

<https://www.aad.org/public/diseases/a-z/scabies-treatment>

<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/scabies/diagnosis-treatment/drc-20377383>

<https://www.msmanuals.com/ru/professional>

<https://iusti.org/wp-content/uploads/2019/12/Scabies.pdf>

С 4	Рекомендовано для эрадикации чесоточного клеща у взрослых и детей от 3 лет применение препаратов на основе препаратов для уничтожения эктопаразитов, включая чесоточного клеща: бензилбензоата эмульсия, мазь
----------------	---

Для детей в возрасте от 3 до 5 лет применяют (согласно инструкции к препарату бензилбензоат) 10% эмульсию и мазь, для лиц старших возрастных групп – 20% эмульсию и мазь бензилбензоата. Перед началом лечения больному рекомендуется вымыться под душем теплой водой с мылом, стараясь максимально распарить кожу, вытереться полотенцем. 200 мл 20% эмульсии бензилбензоата тщательно рукой втереть в кожу рук, затем туловища и ног, включая подошвы и пальцы. Руки после обработки не мыть в течение 3 часов, в последующем втирать препарат в кожу кистей после каждого их мытья. На смазанную кожу надеть чистое нательное белье; сменить постельное белье.

2-й и 3-й дни:- не мазаться, не мыться, не менять нательное и постельное белье.

4-й день: вечером принять душ, вымыться с мылом, вытереться полотенцем, 200 мл 20% эмульсии бензилбензоата тщательно рукой втереть в кожу рук, затем туловища и ног, включая подошвы и пальцы. На смазанную кожу надеть чистое нательное белье; сменить постельное белье.

5-й день: Смыть остатки препарата теплой водой с мылом без растирания кожи. Сменить нательное и постельное белье.

Лечение осложненной (дерматит, экзема, пиодермия, постскабиозная лимфооплазия) проводится одновременно с лечением чесотки и продолжается после его завершения.[16]

<https://iusti.org/wp-content/uploads/2019/12/Scabies.pdf>

С 4	Рекомендовано наружное применение инсектицидов и репеллентов для эрадикации чесоточного клеща: перметрин 5% концентрат для приготовления эмульсии для наружного применения
----------------	--

Водная 0,4% эмульсия готовится extempore путем добавления 8 мл 5% концентрата для приготовления эмульсии перметрина 100 мл теплой кипяченой воды. Втирание препарата проводится 1 раз в день на ночь 3 дня подряд или в 1-ый и 4-ый дни курса. Не рекомендуется при лактации, детям в возрасте до 1 года, пожилым людям с недостаточностью функции печени, почек. Исследований применения препарата при беременности не проводилось, поэтому у беременных применять с осторожностью.

<https://iusti.org/wp-content/uploads/2019/12/Scabies.pdf>

С 4	Рекомендовано для лечения чесотки у взрослых и детей от 2 лет наружное применение серосодержащих препаратов: сера, концентрация 33,3% (sulphur praecipitatum)
----------------	---

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 2 лет.

<https://iusti.org/wp-content/uploads/2019/12/Scabies.pdf>

С 3	Рекомендовано лечение чесотки, осложненной вторичной пиодермией, начинать с втирания препарата для уничтожения эктопаразитов, включая чесоточного клеща, для устранения зуда, способствующего нарушению целостности кожных покровов
----------------	---

Предпочтение отдается препаратам для уничтожения эктопаразитов, включая чесоточного клеща, нанесение которых не требует интенсивного втирания и не способствует распространению инфекции по коже. Препарат для уничтожения эктопаразитов, включая чесоточного клеща, втирают в 1-ый и 4-ый дни курса, при этом во 2-ой и 3-ий дни проводят лечение пиодермии.

<https://iusti.org/wp-content/uploads/2019/12/Scabies.pdf>

С 5	Рекомендовано перед началом специфической терапии чесотки, осложненной аллергическим дерматитом, больному мытье с мылом для улучшения доступа препаратов для уничтожения эктопаразитов, включая чесоточного клеща, в ходы. Лечение начинают с втирания препарата для уничтожения эктопаразитов, включая чесоточного клеща, для устранения деятельности чесоточного клеща, продуцирующего аллергены
----------------	--

Предпочтение отдается препаратам для уничтожения эктопаразитов, включая чесоточного клеща, нанесение которых не требует интенсивного втирания и не способствует распространению инфекции по коже. Препарат для уничтожения эктопаразитов, включая чесоточного клеща, втирают в 1-ый и 4-ый дни курса, а во 2-ой и 3-ий дни проводят лечение аллергического дерматита.

<https://iusti.org/wp-content/uploads/2019/12/Scabies.pdf>

С 5	Для лечения норвежской чесотки рекомендуется вечером больного обработать препаратом для уничтожения эктопаразитов, включая чесоточного клеща, для уничтожения активных стадий возбудителя и снижения контагиозности пациента, утром – одним из препаратов салициловой кислоты и ее производными
----------------	---

Лечение рекомендуется проводить 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 для выявления чесоточного клеща. При обнаружении подвижных особей рекомендуется курс специфической терапии повторить со сменой скабицида.

При отсутствии эффекта лечения необходимо исключить реинвазию при отсутствии или неполном объеме санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в очаге, назначить перметрин в комбинации с другими препаратами.

<https://iusti.org/wp-content/uploads/2019/12/Scabies.pdf>

В 5	Средство в аэрозольной упаковке на основе эсдепаллетрина с добавлением пиперонилбутоксид. 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.
----------------	---

<https://iusti.org/wp-content/uploads/2019/12/Scabies.pdf>

В 1	Иверметкин 1% лосьон наносится на ночь на все тело, за исключением кожи лица. Перед нанесением лосьона Иверзин необходимо принять горячую ванну с использованием моющих средств для тела и жёсткой мочалки. Процедуру следует повторить через 7 дней.
----------------	---

<https://iusti.org/wp-content/uploads/2019/12/Scabies.pdf>

В 1	Ивермектин таблетки (принимать во время еды) перорально по 200 мкг/кг в дни 1, 2 и 8. В тяжелых случаях, в зависимости от наличия живых клещей в соскобах кожи при последующем визите, может потребоваться дополнительное лечение ивермектином на 9 и 15 дни или на 9, 15, 22 и 29 дни С 4 в зависимости от тяжести инфекции. Безопасность ивермектина у детей весом менее 15 кг и беременных женщин не установлена.
----------------	--

Особые ситуации

Лечение детей. Для лечения детей в возрасте до 1 года применяют средство в аэрозольной упаковке на основе эсдепаллетрина с добавлением пиперонилбутоксиды; для лечения детей в возрасте от 1 года до 3 лет – средство в аэрозольной упаковке на основе эсдепаллетрина с добавлением пиперонилбутоксиды 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 [16].

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. [15]

Лечение скабиозной лимфоплазии 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, флуметазон 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 фуолат 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.[18]

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 бюглюконат 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 пиперонилбутоксиды 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 изокназолом, бетаметазон с гентамицином и клотримазолом, гидрокортизон с неомицином и натамицином, флуметазон с клиохинолом и др. 16 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, циндолем 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 фураатом.[11]

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.[15]

Лечение скабиозной эритродермии проводится также как норвежской чесотки, но без использования кератолитических средств. [15]

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. Основным объективным клиническим симптомом 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 эмоленты. [15]

Лечение чесотки в жаркое время года. Предпочтение отдается препаратам в жидкой лекарственной форме (средство в аэрозольной упаковке на основе эсдепаллетрина с добавлением пиперонилбутоксидом 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.[10]

Особенности течения чесотки при сочетании с другими дерматозами:

1. при чесотке на фоне атопического дерматита, вульгарного ихтиоза (выраженная сухость кожи) - наблюдаются единичные чесоточные ходы;
2. на фоне гипергидроза, дисгидротической экземы, эпидермофитии (повышенная влажность кожи) – множественные;
3. 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.). От человека к человеку заболевание не передается. Инкубационный период заболевания составляет несколько часов. Чесоточные ходы отсутствуют, так как клещи не размножаются на несвойственном им хозяине и лишь частично внедряются в кожу, вызывая сильный зуд. Высыпания локализуются на открытых участках кожного покрова, представлены уртикарными папулами, волдырями, кровянистыми корочками и расчесами.[4,5,10]

Метод Демьяновича:

Раствор №1 — 50 мл, раствор №2 — 25 мл

Состав:

Раствор №1 – Раствор тиосульфата натрия 60%

Раствор №2 – Раствор хлористоводородной кислоты 6%

Способ применения: Раствором № 1 натирают поражённые чесоткой участки кожи больного и дают высохнуть (в течение примерно пятнадцати минут), после чего образовавшиеся мельчайшие кристаллики препарата втирают в кожу, разрушая чесоточные ходы, что облегчает доступ к возбудителям. Затем эту процедуру повторяют и через следующие 15 минут, вымыв предварительно руки, чтобы не было реакции растворов на ладонях, таким же образом натирают кожу раствором № 2. После процедуры пациент не моется в течение 24 часов, затем меняет нательное и постельное бельё. Частоту применения и длительность лечения устанавливает врач.

Хирургическое вмешательство: не проводится

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «ЧЕСОТКА»

ТАШКЕНТ – 2025

Введение

Чесотка является одним из наиболее распространенных кожных заболеваний, и в развивающихся странах на нее приходится значительная доля кожных болезней. Предположительно, более 200 миллионов человек в мире заражены чесоткой в любой момент времени и ежегодно ей заражается в общей сложности 400 миллионов человек.

Случаи чесотки отмечаются во всех странах мира, но наиболее широко она распространена во многих тропических районах с ограниченными ресурсами, особенно среди детей и пожилых людей. В этих районах уровни ее распространенности среди детей варьируются от 5% до 50%. Широко распространены повторные заражения. Тяжелое бремя чесотки и ее осложнений сопряжено с большими расходами для систем здравоохранения. В странах с высоким уровнем дохода случаи заболевания носят спорадический характер, однако вспышки в медицинских учреждениях и

уязвимых сообществах приводят к значительным экономическим издержкам для национальных служб здравоохранения.

<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/scabies>

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.
 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 лимфоплазия 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 инвазионноконтактного 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, полотенец осуществляется путем стирки при температуре 70-90 градусов, 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.[6-9]

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. 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.
13. Малярчук А.П., Соколова Т.В., Гладько В.В. Оценка эффективности скабицида при различных вариантах чесотки // Клиническая дерматология и венерология. 2013; (5): 58-64.
14. Баткаев Э.А., Шеварова В.Н., Рюмин Д.В. Спрегаль в лечении чесотки // Вестник последиplomного медицинского образования. 2003; (3-4): 57-58.
15. 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.

16. 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.
17. Дерматовенерология. Национальное руководство. Под ред. профессоров Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова. Глава «Паразитарные дерматозы. М.: ГОЭТАР. 2011. С. 414-442.
18. 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.
19. 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. 22
20. 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.

<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/scabies>
https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Chesotka_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf
<https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii/>
<https://www.aad.org/public/diseases/a-z/scabies-treatment>
<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/scabies/diagnosis-treatment/drc-20377383>
<https://www.msmanuals.com/ru/professional>
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles>
<https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii/>
<https://www.cdc.gov/scabies/treatment/index.html>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10944095/>
<https://medi.ru/info/1554/>
<https://www.medicoverhospitals.in/ru/articles/scabies-medication>
<https://iusti.org/wp-content/uploads/2019/12/Scabies.pdf>

Компетенции практических навыков по менеджменту чесотки

(task shifting)

	Практическая медсестра	БМСП Семейный врач (бакалавр)	Узкий специалист
Жалобы и анамнез			
Демонстрация способности собирать жалобы с пациента	+*	+	+

Применение знаний о симптомах чесотки при сборе анамнеза заболевания у пациента.		+	+
Полный медицинский анамнез больных с кожно-венерологическими заболеваниями		+	+
Физикальный осмотр			
<ul style="list-style-type: none"> • 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 			+
Постановка диагноза			
Диагностика на основании специфических симптомов и лабораторно-инструментальных исследований		+	+
Основная лабораторная диагностика			
Назначение основных лабораторных анализов:		+	+
Общий анализ крови (гемоглобин, гематокрит + лейкоцитарная формула + СОЭ)		+	+
Скрининговые тесты на наличие сифилиса (старше 14 лет)		+	+
Микроскопическое исследование на <i>Sarcoptes scabiei hominis</i>		+	+
Дополнительная лабораторная диагностика			
Подтверждающие тесты (2 из 6 обязательные): РИФ, ИФА IgG и IgM, РИБТ, РПГА, ИХА, Иммуноблот IgG и IgM			+
Общий анализ мочи			+
Общий анализ кала			+
Комплекс биохимических исследований			+
Исследование инфекций методом ИФА, ИХЛА, ИФЛА и ПЦР			+
Гистологическое исследование			+
Микробиологическое исследование с очагов поражения с определением чувствительности к антибиотикам			+
Дополнительные инструментальные исследования			

Диагностика состояние кожи-дерматоскопия			+
Лечение чесотки			
Компетенция назначения немедикаментозного лечения чесотки (стр. 14)		+	+
Компетенция назначения медикаментозного лечения чесотки (стр. 15-20)			+

Профилактика чесотки			
Компетенции по улучшению поведения и пропаганде здорового образа жизни	+	+	+
Компетенции по улучшению соблюдения медикаментозного лечения	+	+	+

Основным узким специалистом является дерматовенеролог.

*Эти компетенции могут быть достигнуты путем подготовки медицинских сестер.

Компетенции по управлению чесотки

	Практическая медсестра	БМСП Семейный врач (бакалавр)	Узкий специалист
Описание чесотки		+	+
Симптоматическое описание жалоб		+	+
Описание патофизиологических механизмов			+
Создание подхода к диагностике чесотки на основе этиологии, симптомов и исследований (основные лабораторно-инструментальные исследования).		+	+
Интерпретация основных анализов		+	+
Формирование подхода к лечению чесотки		+	+
Опишите немедикаментозную терапию чесотки	+	+	+
Опишите медикаментозную терапию чесотки.			+
Обсудите механизм действия, показания и побочные эффекты различных препаратов, используемых при чесотке.			+
Обсудите патофизиологические механизмы развития чесотки в рамках лечения.			+

Основным узким специалистом является врач-дерматовенеролог.