

Клинические рекомендации

«Чесотка»

Кодирование по Международной статистической
классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: B86

Возрастная группа: Взрослые /дети

Год утверждения (частота пересмотра): 2024 (пересмотр каждые 5 лет)

Оглавление

Список сокращений	3
1.1 Определение	5
1.2 Этиология и патогенез	5
1.3 Эпидемиология	5
1.5 Классификация	6
1.6 Клиническая картина	6
2. Диагностика	8
2.1 Жалобы и анамнез.....	8
2.2 Физикальное обследование	8
2.3 Лабораторная диагностика.....	8
2.4 Инструментальная диагностика	8
2.5 Иная диагностика	9
3. Лечение	10
3.1 Консервативное лечение	10
3.2 Хирургическое лечение	12
3.3 Иное лечение	12
4. Реабилитация	12
5. Профилактика и диспансерное наблюдение	12
6. Организация медицинской помощи	14
7. Дополнительная информация, влияющая на исход заболевания/синдрома	15
Критерии оценки качества медицинской помощи	15
Список литературы	16
Приложение А1. Состав рабочей группы	20
Приложение А2 Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата	21
Приложение Б. Алгоритмы действий врача	23
Приложение В. Информация для пациента	
Приложение Г. Шкалы оценки, опросники и так далее, приведенные в клинических рекомендациях	25

Список сокращений

МКБ - Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем

СанПиН - санитарные правила и нормы

Термины и определения

Чесотка (scabies) - распространенное паразитарное заболевание кожи, вызываемое чесоточным клещом *Sarcoptes scabiei*.

Псевдосаркоптоз - заболевание, вызываемое у человека чесоточными клещами животных.

1. Краткая информация

1.1 Определение

Чесотка (scabies) — это распространенное паразитарное заболевание кожи, вызываемое чесоточным клещом *Sarcoptes scabiei*.

1.2 Этиология и патогенез

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.

1.3 Эпидемиология

Заболеваемость чесоткой в ПМР в 2023 году составил 96,6, а на 100 тыс. населения, в 2022 году - 86,6. Заболеваемость чесоткой детей 0-17 лет в 2023 году - 292,7 на 100 тыс. населения соответствующего возраста, в 2022 году - 248,7.

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).

1.4 . Кодирование по МКБ 10

B86 Чесотка

1.5 . Классификация

Общепринятой классификации не существует. Выделяют типичные и атипичные варианты.

1.6 . Клиническая картина

Типичная чесотка. Характерна локализация высыпаний на коже: межпальцевых складок кистей, сгибательных поверхностей области нижних и верхних конечностей, локтей, лучезапястные суставы, подмышечные впадины, область живота, у мужчин - на коже наружных половых органов, у женщин - окружность сосков молочных желез, у детей - ладони, подошвы, ягодицы, голова. Характерной особенностью высыпаний при чесотке является их относительная симметричность.

Различные варианты чесоточных ходов:

1. Исходный (интактный) тип хода и варианты ходов, 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 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 признак заболевания.

Фолликулярные папулы на туловище и конечностях, невоспалительные везикулы вблизи ходов, расчесы и кровянистые корочки, диссеминированные по всему кожному покрову, нередко преобладают в клинической картине заболевания.

Чесотка без ходов регистрируется реже типичной чесотки, выявляется преимущественно при обследовании лиц, бывших в контакте с больными чесоткой, возникает при заражении личинками, существует в первоначальном виде не более 2 недель, клинически

характеризуется единичными фолликулярными папулами и невоспалительными везикулами.

Чесотка «чистоплотных», или «инкогнито», возникает у лиц, часто принимающих водные процедуры, особенно в вечернее время, соответствует по своей клинической картине типичной чесотке с минимальными проявлениями.

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

Скабиозная эритродермия возникает в случаях длительного использования кортикостероидов и глюкокортикоидов, антигистаминных средств системного действия, психолептиков. Зуд слабый и диффузный. Больные, как правило, не расчесывают, а растирают кожу ладонями. Основным симптом - выраженная эритродермия. Чесоточные ходы короткие, возникают в местах типичной и атипичной локализации (лицо, шея, волосистая часть головы, межлопаточная область). В местах, подверженных давлению (локти и ягодицы), выражен гиперкератоз.

Норвежская (корковая, крустозная) чесотка - редкая и очень контагиозная форма заболевания. Возникает при иммуносупрессивных состояниях, длительном приеме гормональных и цитостатических препаратов, нарушении периферической чувствительности, конституциональных аномалиях ороговения, у больных сенильной деменцией, болезнью Дауна, у больных СПИДом и т.п. Основным симптом - эритродермия, на фоне которой образуются массивные серовато-желтые или буро-черные корки толщиной от нескольких миллиметров до 2-3 см, между слоями корок и под ними обнаруживается огромное количество чесоточных клещей. На кистях и стопах наблюдается множество чесоточных ходов. Нередко поражаются ногти, увеличиваются лимфатические узлы, выпадают волосы, повышается температура тела. От больных исходит неприятный запах.

Осложненная чесотка. Чесотка часто осложняется вторичной пиодермией и дерматитом, реже - микробной экземой и крапивницей. Среди нозологических форм пиодермии преобладают стрептококковое или стрептостафилококковое импетиго в местах частой локализации ходов (кисти, запястья, стопы) и остиофолликулиты в местах метаморфоза клещей (переднебоковая поверхность туловища, бедра, ягодицы). Микробная экзема чаще наблюдается в местах локализации скабиозной лимфооплазии кожи, особенно в области ягодиц.

Чесотка у детей характеризуется большей распространенностью процесса с вовлечением кожи лица и волосистой части головы, ногтевых пластин (у грудных детей).

Преобладают реактивные варианты чесоточных ходов вблизи экссудативных морфологических элементов, часто встречается скабиозная лимфоплазия кожи, нередко чесоточные ходы на стопах, осложнения заболевания (пиодермия, аллергический дерматит) [3].

Чесотка у лиц пожилого возраста имеет определенные особенности: чесоточные ходы единичные в связи с инволюцией потовых желез, преобладают интактные варианты; везикулы и папулы малочисленны. Среди высыпаний часто встречаются кровянистые корочки и расчесы. Из осложнений чаще развиваются аллергический дерматит и микробная экзема.

Диагностические симптомы при чесотке:

4. симптом Арди - пустулы и гнойные корочки на локтях и в их окружности;
5. симптом Горчакова - кровянистые корочки в области локтей и в их окружности;
6. симптом Михаэлиса - кровянистые корочки и импетигиозные высыпания в межъягодичной складке с переходом на крестец;
7. симптом Сезари - обнаружение чесоточного хода пальпаторно в виде легкого полосовидного возвышения.

2. Диагностика

Критерии установления диагноза

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

2.1 Жалобы и анамнез

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

2.2 Физикальное обследование

Объективные клинические проявления чесотки, выявляемые при физикальном обследовании, описаны в разделе «Клиническая картина».

2.3 Лабораторная диагностика

Рекомендуется микроскопическое исследование нативного препарата (соскоб с кожи, извлечение клеща иглой) пациентам с подозрением на чесотку [4, 5, 30].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств 4).

2.4 Инструментальная диагностика

Рекомендуется при необходимости проведения дифференциальной диагностики- осмотр кожи под увеличением (дерматоскопия) [4, 5].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств

4)

Комментарии: чесоточный ход выглядит как беловатая линия, в месте выхода самки клеща можно выявить небольшую темно-коричневую дельтаобразную структуру, которая является телом взрослой самки клеща. Чесоточный ход, наполненный яйцами, выглядит как «нить жемчуга».

2.5 Иная диагностика

Рекомендуется использовать метод прокрашивания для верификации чесоточных ходов. Подозрительный на чесоточный ход элемент смазывают йодом или другими антисептиками и дезинфицирующими средствами [4, 5, 30, 31].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств 5).

Рекомендуется при необходимости уточнения диагноза -метод осмотра кожи через стекло при надавливании (витропрессия), который позволяет быстро обнаружить чесоточный ход [31].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств 5).

Комментарии: 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.

3. Лечение.

3.1 Консервативное лечение

Для эрадикации чесоточного клеща у взрослых и детей от 3 лет рекомендовано применение препаратов на основе препаратов для уничтожения эктопаразитов, включая чесоточного клеща: бензилбензоата эмульсия, мазь [8-14].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств 4).

Комментарий: 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 осложнений (дерматит, экзема, пиодермия, постскабиозная лимфоплазия) проводится одновременно с лечением чесотки и продолжается после его завершения.

Не рекомендовано применение бензилбензоата у беременных и детей до 3 лет в связи с имеющимися противопоказаниями [8-14].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств 5).

Рекомендовано наружное применение инсектицидов и репеллентов для эрадикации чесоточного клеща: перметрин 5% концентрат для приготовления эмульсии для наружного применения [13-20;32].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - 4) для взрослой популяции.

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - 3) для детской популяции.

Комментарии: 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.

Для лечения чесотки у взрослых и детей от 2 лет рекомендовано наружное применение серосодержащих препаратов:

сера, концентрация 33,3% (sulphur praecipitatum) [9,10,13,14,31].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - 4).

Комментарии: 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.

Лечение чесотки, осложненной вторичной пиодермией, рекомендовано начинать с втирания препарата для уничтожения эктопаразитов, включая чесоточного клеща, для устранения зуда, способствующего нарушению целостности кожных покровов [18-23].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств 3).

Комментарии: 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.

Перед началом специфической терапии чесотки, осложненной аллергическим дерматитом, рекомендовано 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 [7, 18].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств 5).

Комментарии: 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.

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 [25, 31, 33].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарии: 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.

3.2 Хирургическое лечение

Не применяется.

3.3 Иное лечение

Диетотерапия не показана.

Обезболивание не проводится.

4. Реабилитация

Не применяется.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение

Лечение пациентов с установленным диагнозом чесотки рекомендуется проводить одновременно с организацией комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в соответствии с действующими санитарными правилами и нормами [15, 25].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - 5).

1. Активное выявление больных.
2. Привлечение и обследование источников заражения, контактных лиц, определение контингента контактных лиц, подлежащих профилактическому лечению.
3. Осмотр членов организованных коллективов проводят медицинские работники на местах.
4. Больным чесоткой обеспечивается диспансерное наблюдение у врача-дерматовенеролога.
5. Рекомендуется проведение профилактического лечения лицам, находящимся в тесном бытовом и половом контактах, членам семей и членам инвазионно-контактных коллективов, живущих с больным в одном помещении, путем однократной обработки кожи одним из других препаратов для уничтожения эктопаразитов, включая чесоточного клеща. Лечение больных и профилактическое лечение контактных лиц в очаге проводят одновременно.
6. При полноценном лечении больных и профилактической обработке контактных лиц в семейных очагах и организованных коллективах срок наблюдения составляет две недели, осмотр при этом проводят дважды - при выявлении больного и через две недели. В

организованных коллективах, где профилактическое лечение контактных лиц не проводилось, осмотр осуществляют трижды с интервалом 10 дней.

7. При выявлении чесотки у детей дошкольного и школьного возраста, на время проведения лечения они отстраняются от посещения дошкольных образовательных и общеобразовательных организаций. Они могут быть допущены в образовательные организации только после завершения комплекса лечебно-профилактических мероприятий с подтверждающей справкой врача.

8. Контроль излеченности проводится на 3 и 10 дни после окончания лечения.

9. 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.

10. Длительность диспансерного наблюдения увеличивается при чесотке, осложненной пиодермией, дерматитом, микробной экземой, при скабиозной лимфоплазии кожи, скабиозной эритродермии и норвежской чесотке.

11. Лечащий врач инструктирует больного чесоткой или лицо, осуществляющее уход, по методике проведения текущей дезинфекции, направленной на уничтожение возбудителя на постельных принадлежностях, одежде и предметах личной гигиены больного. Проводит текущую дезинфекцию сам больной или ухаживающий за ним член семьи. Текущая дезинфекция проводится в присутствии больного с момента выявления заболевания и до его выздоровления или госпитализации.

12. По окончании амбулаторного лечения (или госпитализации) проводится заключительная дезинфекция: вещи обрабатываются в дезинфекционной камере, помещения и предметы обстановки обрабатывают дезинсекционными средствами, имеющими государственную регистрацию, и в соответствии с действующими СанПиНами.

13. Больной снимается с учета после полного разрешения всех клинических проявлений. Прогноз при чесотке благоприятный.

6. Организация медицинской помощи

Каждый случай чесотки с вновь установленным диагнозом подлежит регистрации и учёту в установленном порядке в медицинских организациях, а также в территориальных органах, уполномоченных осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

При выявлении случая заболевания в соматическом отделении, перевода пациента в специализированное дерматологическое отделение (стационар) не требуется. На время

лечения необходима изоляция больного в отдельной палате. Пациенты, находящиеся в одной палате с больным чесоткой, получают профилактическое лечение. Лечение и выдача предметов индивидуального пользования проводятся после консультации врача-дерматовенеролога и подтверждения диагноза. Питание пациента организуется в палате, нательное и постельное белье подвергается обработке, уборка помещений проводится с использованием средств индивидуальной защиты.

Показания для госпитализации:

- пациенты с психическими, неврологическими и иными заболеваниями (при невозможности самостоятельного выполнения необходимых назначений),
- больные из организованных коллективов при невозможности их изоляции от здоровых лиц (детские дома, интернаты и пр.),
- чесотка, осложнённая вторичной инфекцией (особенно у детей), а также сопровождающаяся высокой температурой, лимфаденопатией и пр.

Показания для выписки:

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

7. Дополнительная информация, влияющая на исход заболевания/синдрома

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.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1	Выполнено подтверждение диагноза методом микроскопии	C	5
2	Проведена терапия препаратами для уничтожения эктопаразитов, включая чесоточного клеща	C	3
3	Достигнута эрадикация чесоточного клеща	C	3

Список литературы

1. ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава РФ: официальный сайт. - Москва. - URL: <https://mednet.ru/> (дата обращения - 02.09.2019). - Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, заразными кожными болезнями и заболеваниями кожи за 2017-2018 годы. Статистические материалы. - Режим доступа: для зарегистрированных пользователей. - Текст: электронный.

2. Особенности заболеваемости чесоткой на современном этапе / Смирнова Т.С. [и др.]. Текст: непосредственный // Дерматология в России. -2018. - № 2. - С. 47.

3. Clinical phenotype of scabies by age / Boralevi F. etal. //Pediatrics. - 2014. - С. peds. 2013-2880.

4. Дерматоскопия - неинвазивный метод диагностики и оценки эффективности лечения чесотки / Соколова Т.В., Малярчук А.П. - Текст: непосредственный // Клиническая дерматология и венерология. - 2017. - Т. 16. - № 2. С. 90-101.

5. Детская дерматовенерология: учебник под ред. проф. И.А. Горланова. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2017. - 512 с. - С. 148-149.

6. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем: руководство для практикующих врачей / под общей редакцией А.А. Кубановой, В.И. Кисиной. - М: Литтера. - 2005. - С. 633-634.

7. Современные подходы к терапии чесотки / Горячкина М.В., Белоусова Т.А. - Текст непосредственный. // Клиническая дерматология и венерология. - 2014. - № 6. С. 102-18.

8. Соколова. Т.В. Особенности клиники, совершенствование диагностики и лечения

чесотки: специальность 14.00.11 «Кожные и венерические болезни»: автореферат на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Москва. 1985. - 16 с.

9. Чесотка / Соколова Т.В., Федоровская Р.Ф., Ланге А.Б. - М.: Медицина. - 1989. - 179 с.

10. Паразитарные дерматозы: чесотка и крысиный клещевой дерматит / Соколова Т.В., Лопатина Ю.В. - М.: Бином. - 2003. - 120 с.

11. Опыт лечения больных чесоткой / Альбанова В.И. – текст непосредственный. // Вестник дерматологии и венерологии. - 1999. - № 2. С. 39-42.

12. Соколова Т.В. Чесотка и крысиный клещевой дерматит (новое этиологии, эпидемиологии, клинике, лечении и профилактике): специальность 14.00.11 «Кожные и венерические болезни»: автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Москва. - 1992. - 34 с.

13. Малярчук, А.П. Оптимизация диагностики, лечения и профилактики чесотки: специальность 14.00.11 «Кожные и венерические болезни»: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Москва. - 2010. - 16 с.

14. Противочесоточные препараты: критерии выбора / Малярчук А.П., Соколова Т.В., Лопатина Ю.В., Киселева А.В. - Текст: непосредственный // Клиническая дерматология. - 2011. - № 2. С. 53-59.

15. Рязанцев И.В. Совершенствование комплекса лечебно-профилактических мероприятий при чесотке в ВС РФ: специальность: 14.00.11 «Кожные и венерические болезни»: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Москва. - 2004. - 24 с.

16. Олифер В.В. Новые подходы к разработке скабицидных средств и совершенствование дезинфекционных мероприятий в очагах чесотки: специальность 03.00.19 «Паразитология», 03.00.09 «Энтомология»: автореферат на соискание ученой степени кандидата биологических наук. - Москва. - 2006. - 24 с.

17. Медифокс - акарицидный многоцелевой отечественный препарат нового поколения / Бондарев И.М., Харахордин О.Е. - Текст непосредственный // Военно-медицинский журнал. - 2002. - № 8. С. 54-57.

18. Модели лечения чесотки, осложненной вторичной пиодермией и аллергически дерматитом / Соколова Т.В., Малярчук А.П. - Текст непосредственный // Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. - 2012. № 4. - 41-48.

19. Management of endemic outbreak of scabies with allethrin, permethrin, and ivermectin / Haustein U., Int J Dermatol 2000. - 39 P. 463-470.

20. Paasch U., Haustein U.F. Treatment of endemic scabies with allethrin, permethrin and

ivermectin. Evaluation of a treatment strategy. *Hautarzt*. 2001; 52 (1): 3137.

21. Оценка эффективности скабицида при различных вариантах чесотки / Малярчук А.П., Соколова Т.В., Гладько В.В. - Текст: непосредственный // Клиническая дерматология и венерология. - 2013. - № 5. - С. 58-64.

22. Спрегаль в лечении чесотки / Баткаев Э.А., Шеварова В.Н., Рюмин Д.В. Текст: непосредственный // Вестник последипломного медицинского образования. - 2003. - № 3-4. С. 57-58.

23. Лечение чесотки / Соколова Т.В., Малярчук А.П. Текст: непосредственный // Клиническая дерматология и венерология. - 2009. № 6. - С. 64-67.

24. Чесотка у детей / Суворова К.Н., Опарин Р.Б., Сысоева Т.А. и др. Текст: непосредственный // Вопросы практической педиатрии. - 2006. - № 4. - С. 117-123.

25. Дерматовенерология: национальное руководство под ред. профессоров Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова. - М.: ГЭОТАР. - 2011. - С. 414-442.

26. *Sarcoptes scabiei* и доброкачественная лимфоплазия кожи / Соколова Т.В., Гладько В.В., Рязанцев ИВ. Текст: непосредственный // Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2004. - № 5. - С. 9-12.

27. Crusted scabies: clinical and immunological findings in seventy-eight patients and a review of the literature // Roberts L.J., Huffam S.E., Walton S.F., Currie B.J. / *J Infect* 2006; 50 (5): P. 375-381.

28. Современные представления о патогенезе постскабиозного зуда / Соколова Т.В., Малярчук А.П., Лопатина Ю.В. Текст: непосредственный // Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2009. - № 4. С. 32-35.

29. Дерматовенерология: клинические рекомендации под ред. А.А. Кубановой - М.: ДЭКС-Пресс. - 2010. - 428 с.

30. Чесотка. Современное состояние проблемы // Соколова Т.В. // Клиническая геронтология.

31. Соколова Т.В., Малярчук А.П. Чесотка. Состояние проблемы. Часть 2. Диагностика, лечение, профилактика // Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии. - 2012. - № 4. - С. 25-36.

32. Соколова Т.В., Малярчук А.П. (2019). Чесотка у детей: Проблема, требующая решения. *Health, Food & Biotechnology*, 1 (4). <https://doi.org/10.36107/hfb.2019.i4.s252>

33. Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Ю.С. Бутова, Ю.К. Скрипкина, О.Л. Иванова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 896 с.

Состав рабочей группы

Председатель:

Страт А.И. – врач-дерматовенеролог первой квалификационной категории государственного учреждения «Республиканский кожно-венерологический диспансер»;

Члены:

Козак И.И. – врач-дерматовенеролог государственного учреждения «Республиканский кожно-венерологический диспансер»;

Аврам-Визитиу Л.Н. - врач-дерматовенеролог высшей квалификационной категории государственного учреждения «Республиканский кожно-венерологический диспансер»;

Спорыш Е.Л. - врач-дерматовенеролог высшей квалификационной категории, заведующая КВО ГУ «БЦГБ».

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Экспертизу проекта клинических рекомендаций провел главный внештатный дерматовенеролог Министерства здравоохранения Приднестровский Молдавской Республики, эксперт по клиническому направлению (специальности) «Дерматовенерология» **Н.Т. Барановская** - главный врач государственного учреждения «Республиканский кожно-венерологический диспансер», врач-дерматовенеролог высшей квалификационной категории

**Справочные материалы, включая соответствие показаний к
применению и противопоказаний, способов применения и доз
лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного
препарата**

Настоящие клинические рекомендации носят рекомендательный характер для организаторов здравоохранения и практикующих специалистов соответствующего клинического направления:

1. Врачи-специалисты: дерматовенерологи, педиатры, терапевты.
2. Ординаторы и слушатели циклов повышения квалификации по указанным специальностям.

Виды и объёмы медицинской помощи населению Приднестровской Молдавской Республики, в соответствии с данными клиническими рекомендациями, могут быть обеспечены за счет средств и в пределах лимитов финансирования, предусмотренных законом о республиканском бюджете на соответствующий финансовый год, а также других поступлений, не запрещенных действующим законодательством Приднестровской Молдавской Республики. Объём диагностических и лечебных мероприятий для конкретного пациента определяет лечащий врач в соответствии с требованиями к объёму исследований при определенных заболеваниях, состояниях с учетом возможности лечебно-профилактических организаций по предоставлению определенных видов исследований и лечения.

Сведения о показаниях к применению и противопоказаниях, способов применения и доз лекарственных препаратов, схемы по применению лекарственного препарата изложены в разделе 3 «Лечение» настоящих клинических рекомендаций.

Данные клинические рекомендации разработаны с учётом следующих нормативных правовых актов:

1. Закон Приднестровской Молдавской Республики от 16 января 1997 года № 29-3 «Об основах охраны здоровья граждан» (СЗМР 97-1);
2. Постановление Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 31 января 2020 года № 16 «Об утверждении Программы государственных гарантий оказания гражданам Приднестровской Молдавской Республики бесплатной медицинской помощи»

(САЗ 20-6);

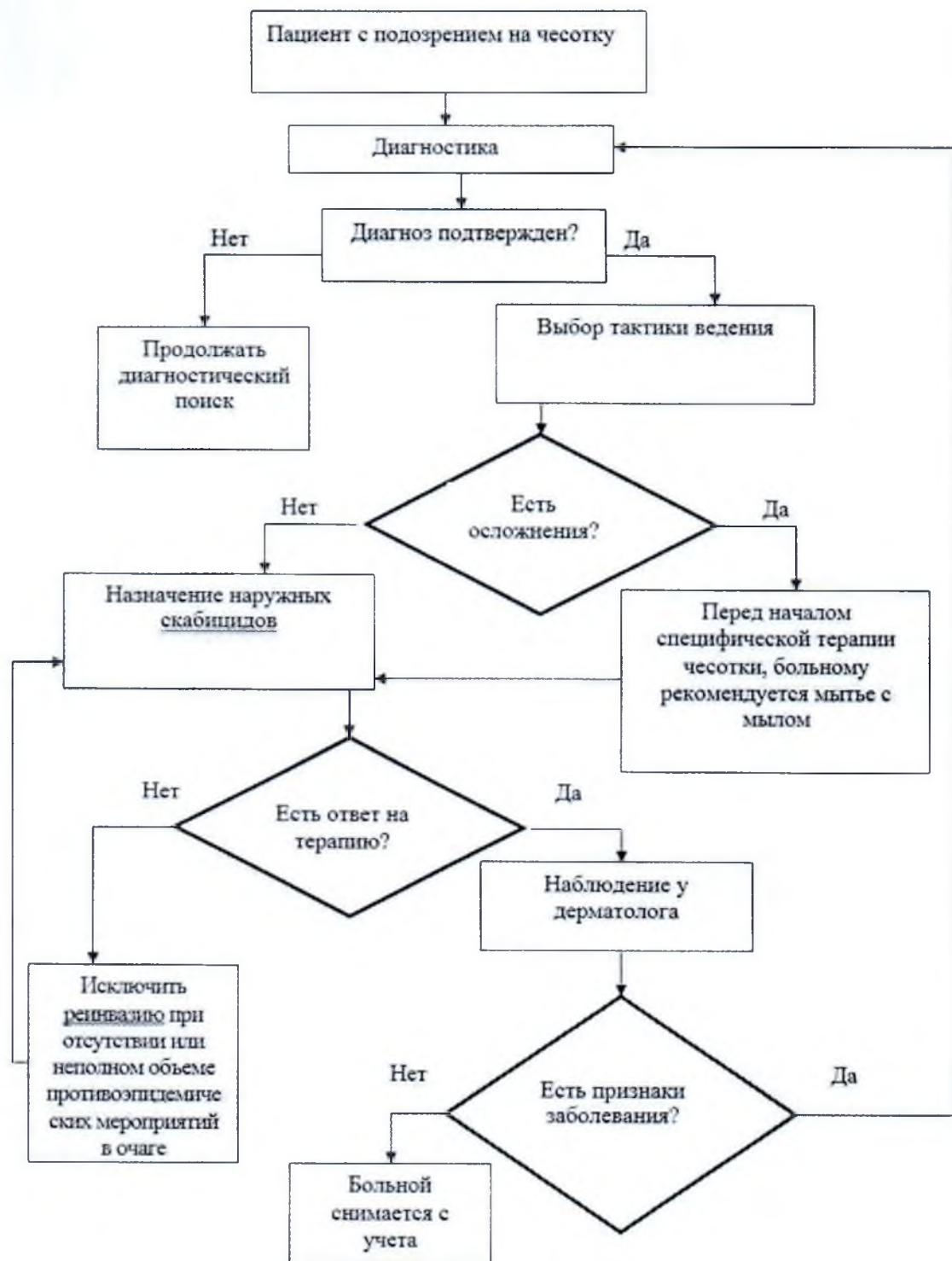
3. Закон Приднестровской Молдавской Республики от 3 июня 2008 года № 481-3-IV «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (САЗ 08-22);

4. Приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики от 13 июня 2003 года № 405 «О мерах по предупреждению распространения заболеваний, передаваемых половым путём», Приложение № 1 «Положение о кожно-венерологическом диспансере»;

5. Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 1 ноября 2022 года № 894 «Об утверждении Перечня жизненно важных лекарственных средств для медицинского применения» (регистрационный № 11398 от 25 ноября 2022 года) (САЗ 22-46).

6. Приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики от 20 января 2011 года № 42 «О введении в действие СанПиН МЗ и СЗ ПМР 3.2.1333-10 «Профилактика паразитарных болезней на территории Приднестровской Молдавской Республики» (регистрационный № 5533 от 15 февраля 2011 года) (САЗ 11-7).

Алгоритмы действий врача



Информация для пациента

1. С целью предупреждения повторного заражения необходимо одновременное обследование и лечение всех членов семьи или организованного коллектива.

2. Соблюдение гигиенических мероприятий:

- лечиться должны все, кто близко контактировал с больным;
- лечение проводится строго в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата, назначенного врачом;
- следует избегать каких-либо контактов до полного излечения;
- в эпидемическом очаге чесотки (семья, общежитие, казарма, группа в детском саду, школьный класс и др.) проводится осмотр всех лиц, имевших контакт с заболевшим;
- до полного излечения запрещается посещение детских учреждений;
- больной должен помнить, что успех лечения зависит от того, насколько тщательно обработана не только кожа, но и одежда, постельное белье.

Шкалы оценки, опросники и так далее, приведённые в клинических рекомендациях

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-специалисты: дерматовенерологи, педиатры, терапевты.
2. Ординаторы и слушатели циклов повышения квалификации по указанным специальностям.

Таблица 1.

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) 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

Таблица 2.

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (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

Таблица 3.

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (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)

Порядок обновления клинических рекомендаций

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию - не реже чем один раз в пять лет , а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым клиническим рекомендациям, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Экспертиза проектов клинических рекомендаций по специальности «Дерматовенерология» главный внештатный дерматовенеролог министерства здравоохранения, главный врач ГУ «РКВД», врач дерматовенеролог высшей квалификационной категории Барановская Наталья Тиграновна.

На экспертизу, согласно «План - графику» и «Дорожной карте» разработки клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи на 2024 год (Приказ 47-ОД МЗ ПМР от 27.01.2023 г.), согласно приказа №363 от 6 мая 2021 года «Об утверждении порядка разработки и применения клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи», в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения от 23 августа 2024 года №598-ОД «Об утверждении персонального состава рабочей группы по разработке (пересмотру) клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи и экспертной группы по проведению экспертизы проектов клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи», с целью повышения качества оказания медицинской помощи гражданам, проживающим на территории Приднестровской Молдавской Республики представлены четыре проекта клинических рекомендаций, разработанных в 2024г.:

«Локализованная склеродермия», «Микозы кожи головы, туловища, кистей, стоп», «Сифилис», «Чесотка».

Согласно приложению к Приказу МЗ ПМР 47-ОД от 27 января 2023 года данные проекты клинических рекомендаций представлены рабочей группой в составе: председателя рабочей группы Страт А.И., члены рабочей группы Аврам-Визитиу Л.И..

Споруш Е.Л., Козак И.И.

Титульные страницы проектов клинических рекомендаций соответствуют типовой титульной странице в соответствии с Приказом №363, Приложением №4 (от 6.05.2021 г.).

Рассматриваемые проекты клинических рекомендаций, по своей структуре и содержанию оформлены в соответствии с типовой структурой, установленной Приказом №363.

Приложением №3. Построение, изложение, оформление и форматирование проектов клинических рекомендаций осуществлено в соответствии с требованиями Приказа №363.

Для обоснования положений клинических рекомендаций разработчики использовали результаты научных исследований, организованных и проведенных в соответствии с современными принципами клинической эпидемиологии. В проектах клинических рекомендаций представлены современные классификации, патогенез, на современном

уровне с доказательной эффективностью отражены клиника, лечение и профилактика.

Присутствуют рекомендации по применению конкретных медицинских вмешательств,

позволяющих оценить эффективность и безопасность проводимого лечения. При описании в проектах клинических рекомендаций конкретной лечебной или диагностической медицинской технологии в них указаны уровень убедительности доказательств целесообразности ее применения с учетом унифицированной шкалы оценки убедительности доказательств.

Замечаний по представленным проектам клинических рекомендаций экспертом нет.

Члены Экспертной группы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Конфликт интересов у эксперта отсутствует, о чём заполнена «Декларация отсутствия конфликта интересов».



 Барановская Н.Т.

«Декларация отсутствия конфликта интересов»

Имеете ли Вы финансовую или другую заинтересованность в теме обсуждаемого документа, которая может повлиять на Ваши суждения? Отметьте только один пункт:

Да _____ Нет ☒

Имели ли Вы какое-либо финансирование или вознаграждение от группы, которая имеет интерес к разрабатываемому проекту клинических рекомендаций?

Да _____ Нет ☒

Укажите, пожалуйста, существующие сложности, которые могут воспрепятствовать Вашей работе, а также нарушат Вашу объективность и свободу суждений при работе над клиническими рекомендациями:

отсутствуют

Я, нижеподписавшийся, ответственно заявляю, что все данные, изложенные в данной декларации, являются правильными и верными.

Я готов информировать Вас о любых изменениях, в вопросах, изложенных выше.

Дата « 02 12 24 » ФИО Барановская Н.П. Подпись Н.П.

«Декларация отсутствия конфликта интересов»

Имеете ли Вы финансовую или другую заинтересованность в теме обсуждаемого документа, которая может повлиять на Ваши суждения? Отметьте только один пункт:

Да _____ Нет нет

Имели ли Вы какое-либо финансирование или вознаграждение от группы, которая имеет интерес к разрабатываемому проекту клинических рекомендаций?

Да _____ Нет нет

Укажите, пожалуйста, существующие сложности, которые могут воспрепятствовать Вашей работе, а также нарушат Вашу объективность и свободу суждений при работе над клиническими рекомендациями:

Своевременность нет

Я, нижеподписавшийся, ответственно заявляю, что все данные, изложенные в данной декларации, являются правильными и верными.

Я готов информировать Вас о любых изменениях, в вопросах, изложенных выше.

Дата 02.12.2014 г. ФИО Андрей Вадимович подпись [подпись]

«Декларация отсутствия конфликта интересов»

Имеете ли Вы финансовую или другую заинтересованность в теме обсуждаемого документа, которая может повлиять на Ваши суждения? Отметьте только один пункт:

Да _____ Нет ☒

Имели ли Вы какое-либо финансирование или вознаграждение от группы, которая имеет интерес к разрабатываемому проекту клинических рекомендаций?

Да _____ Нет ☒

Укажите, пожалуйста, существующие сложности, которые могут воспрепятствовать Вашей работе, а также нарушат Вашу объективность и свободу суждений при работе над клиническими рекомендациями:

отсутствуют

Я, нижеподписавшийся, ответственно заявляю, что все данные, изложенные в данной декларации, являются правильными и верными.

Я готов информировать Вас о любых изменениях, в вопросах, изложенных выше.

Дата «5» 12.2024г. ФИО Розак У. Ч. подпись РКЧ

«Декларация отсутствия конфликта интересов»

Имеете ли Вы финансовую или другую заинтересованность в теме обсуждаемого документа, которая может повлиять на Ваши суждения? Отметьте только один пункт:

Да _____ Нет ✓

Имели ли Вы какое-либо финансирование или вознаграждение от группы, которая имеет интерес к разрабатываемому проекту клинических рекомендаций?

Да _____ Нет ✓

Укажите, пожалуйста, существующие сложности, которые могут воспрепятствовать Вашей работе, а также нарушат Вашу объективность и свободу суждений при работе над клиническими рекомендациями:

_____ отсутствуют _____

Я, нижеподписавшийся, ответственно заявляю, что все данные, изложенные в данной декларации, являются правильными и верными.

Я готов информировать Вас о любых изменениях, в вопросах, изложенных выше.

Дата « 5 » 12 2024 г. ФИО Врач А.И. подпись [подпись]

«Декларация отсутствия конфликта интересов»

Отметьте ли Вы финансовую или другую заинтересованность в теме обсуждаемого документа, которая может повлиять на Ваши суждения? Отметьте только один пункт:

Да _____ Нет ☒

Имели ли Вы какое-либо финансирование или вознаграждение от группы, которая имеет интерес к разрабатываемому проекту клинических рекомендаций?

Да _____ Нет ☒

Укажите, пожалуйста, существующие сложности, которые могут воспрепятствовать Вашей работе, а также нарушат Вашу объективность и свободу суждений при работе над клиническими рекомендациями:

Отсутствуют

Я, нижеподписавшийся, ответственно заявляю, что все данные, изложенные в данной декларации, являются правильными и верными.

Я готов информировать Вас о любых изменениях, в вопросах, изложенных выше.

Дата « 3 » хл 24 Ф.И.О. Споров С.А. подпись С.А.

Состав экспертной группы по проведению экспертизы проектов клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи:

1. Председатель экспертной группы: Малиёв Вячеслав Владимирович - главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, главный внештатный специалист по скорой медицинской помощи Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, главный врач государственного учреждения «Региональная станция скорой медицинской помощи» города Бендеры;

2. Заместитель председателя экспертной группы: Кравцова Алина Геннадьевна - главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, кандидат медицинских наук, доцент Кафедры педиатрии, акушерства и гинекологии медицинского факультета государственного образовательного учреждения «Приднестровский государственный университет имени Т.Г. Шевченко», врач-педиатр, неонатолог;

3. Секретари экспертной группы:

1) Гурецкая Елена Валентиновна - главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики;

2) Кошелева Наталья Игоревна - главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики.

4. Члены экспертной группы:

1) Гырбу Валерия Андреевна - начальник Управления нормативно-правового, документационного, информационного обеспечения и системного администрирования Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики;

2) Марьян Анастасия Антоновна - начальник Отдела организации лекарственного обеспечения Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики;

3) Окушко Ростислав Владимирович - главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, кандидат медицинских наук, доцент, руководитель государственного образовательного учреждения среднего профессионального образования «Приднестровский государственный медицинский колледж имени Л.А. Тарасевича»;

4) Гарбуз Иван Филиппович - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и экстремальной медицины медицинского факультета Приднестровского Государственного Университета имени Т.Г. Шевченко;

5) Горшков Николай Иванович - главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, главный внештатный оториноларинголог и челюстно-лицевой хирург Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, заведующий отделением головы, шеи и восстановительной хирургии государственного учреждения «Республиканская клиническая больница»;

6) Кацавель Ольга Николаевна - заведующая отделением дополнительного профессионального образования государственного образовательного учреждения среднего профессионального образования «Приднестровский государственный медицинский

колледж имени Л.А. Тарасевича»