

Клинические рекомендации

## Чесотка

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

Возрастная группа: взрослые/дети

Год утверждения:

Разработчик клинической рекомендации: **Российское общество дерматовенерологов  
и косметологов**

## Оглавление

.....	1
Оглавление .....	2
Список сокращений.....	4
Термины и определения.....	5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний) .....	6
1.1 Определение заболевания.....	6
1.2 Этиология и патогенез .....	6
1.3 Эпидемиология заболевания .....	6
1.5 Классификация заболевания.....	7
1.6. Клиническая картина заболевания.....	7
2. Диагностика заболевания. ....	9
2.1 Жалобы и анамнез .....	9
2.2 Физикальное обследование .....	9
2.3 Лабораторные диагностические исследования .....	10
2.4 Инструментальные диагностические исследования .....	10
2.5 Иные диагностические исследования.....	10
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.....	11
3.1 Консервативное лечение .....	11
3.2 Хирургическое лечение .....	14
3.3 Иное лечение.....	14
4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации.....	14
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	14
Критерии оценки качества медицинской помощи .....	17

Список литературы.....	18
Приложение А1. Состав рабочей группы .....	20
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций.....	21
Целевая аудитория клинических рекомендаций: .....	21
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....	23
Приложение Б. Алгоритм действий врача .....	24
Приложение В. Информация для пациентов .....	25
Приложение Г 1. ....	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 по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)**

## **1.1 Определение заболевания**

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 заболевания**

Заболеваемость чесоткой в Российской Федерации в 2018 году составила 15,0 на 100 000 населения, в 2017 году – 15,5. Заболеваемость чесоткой детей 0-14 лет в 2018 году – 25,6 на 100 тыс. населения соответствующего возраста, в 2017 году – 27,3 [1,2]

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 Особенности кодирования заболевания по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем**

V86 Чесотка

#### **1.5 Классификация заболевания**

Общепринятой классификации не существует. Выделяют типичные и атипичные варианты.

#### **1.6. Клиническая картина заболевания**

*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 эксудату 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 лимфоплазия* 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 системных и топических кортикостероидов, антигистаминных препаратов, психотропных средств. Зуд слабый и диффузный. Больные, как правило, не расчесывают, а растирают кожу ладонями. Основным симптомом - 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 симптомом – 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 лимфатических узлов, 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 лимфопазии кожи, особенно в области ягодиц

*Чесотка у детей* характеризуется большей распространенностью процесса с вовлечением кожи лица и волосистой части головы, ногтевые пластинки (у грудных детей). Преобладают реактивные варианты чесоточных ходов вблизи экссудативных морфологических элементов, часто встречается скабиозная лимфопазия 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:

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

## **2. Диагностика заболевания.**

### **Критерии установления диагноза заболевания**

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.

**Уровень убедительности рекомендаций –С (уровень достоверности доказательств – 5).**

#### **2.2 Физикальное обследование**

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

### **2.3 Лабораторные диагностические исследования**

- **Рекомендуется** микроскопическое исследование нативного препарата (соскоб с кожи, извлечение клеща иглой) [4,5].

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

### **2.4 Инструментальные диагностические исследования**

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

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

**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 Иные диагностические исследования**

• **Рекомендуется** метод прокрашивания для верификации чесоточных ходов. Подозрительный на чесоточный ход элемент смазывают спиртовым раствором йода или анилиновыми красителями [4,5].

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

• **Рекомендуется** при необходимости уточнения диагноза метод масляной витропрессии, который позволяет быстро обнаружить чесоточный ход [4,5].

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

#### **3.1 Консервативное лечение**

• **Рекомендуются** препараты на основе бензилового эфира бензойной кислоты: бензилбензоата\*\* эмульсия, мазь [8-14].

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

**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 (пиодермия, аллергический дерматит и пр.) проводят во 2 и 3 день.*

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

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

• **Рекомендуется** наружное применение противопаразитарных препаратов: перметрин 5% концентрат для приготовления эмульсии для наружного применения [13-20].

**Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств – 3)**

**Комментарии:** *Водная 0,4% эмульсия готовится extempore путем добавления 8 мл 5% концентрата для приготовления эмульсии перметринак 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.*

• **Рекомендуется** наружное применение препаратов на основе осажденной серы: серная мазь (33% серы) (sulphur praecipitatum) [9,10,13,14].

**Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств – 3)**

**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.*

• **Рекомендуется** взрослым пациентам аэрозоль для наружного применения пиперонилбутоксид + эсбиол [13,14, 18-23].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств 3)**

**Комментарии:** *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** для лечения чесотки у беременных аэрозоль для наружного применения пиперонилбутоксид + эсбиол и раствор перметрина, приготовленный из 5% концентрата для приготовления эмульсии для наружного применения [13,14, 18-23].

**Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств – 5)**

**Комментарии:** *Применять с осторожностью.*

• **Рекомендуется** для лечения детей:  
пиперонилбутоксид + эсбиол аэрозоль для наружного применения [13,14, 18-23].

**Уровень убедительности рекомендаций -С (уровень достоверности доказательств – 5)**

**Комментарии:** для лечения детей в возрасте до 1 года.

или

пиперонилбутоксид + эсбиол аэрозоль для наружного применения и перметрин 5% концентрат для приготовления эмульсии для наружного применения [18].

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

**Комментарии:** для лечения детей в возрасте от 1 года до 3 лет. Для лечения детей в возрасте от 3 до 5 лет – к указанным средствам добавляется 10% эмульсия и мазь бензилбензоата, 5% серная мазь; терапия детей в возрасте старше 5 лет проводится по схемам лечения взрослых лиц [18].

• **Рекомендуется** лечение чесотки, осложненной вторичной пиодермией начинать с втирания скабицида для устранения зуда, способствующего нарушению целостности кожных покровов [18-23].

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

**Комментарии:** Предпочтение отдается скабицидам, нанесение которых не требует интенсивного втирания и не способствует распространению инфекции по коже. Скабицид 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, больному **рекомендуется** мытье с мылом для улучшения доступа противочесоточного препарата в ходы. Лечение начинают с втирания скабицида для устранения деятельности чесоточного клеща, продуцирующего аллергены [13,14].

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

**Комментарии:** Предпочтение отдается скабицидам, нанесение которых не требует интенсивного втирания и не способствует распространению инфекции по коже. Скабицид 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 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 [13,14].

**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 (профилактические) мероприятий в очаге, назначить противоскабицидный препарат.*

### **3.2 Хирургическое лечение**

Не применяется.

### **3.3 Иное лечение**

Диетотерапия не показана.

Обезболивание не проводится.

## **4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации**

Не применяется.

## **5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики**

Рекомендуется лечение проводить одновременно с организацией комплекса санитарно - противоэпидемических (профилактических) мероприятий в соответствии с действующими санитарными правилами и нормами [15,25].

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 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 противочесоточных препаратов. 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 учету в установленном порядке в медицинских организациях, а также в территориальных органах, уполномоченных осуществлять федеральный 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, осложненная 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 течение и исход заболевания**

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**

<b>№</b>	<b>Критерии качества</b>	<b>Уровень достоверности доказательств</b>	<b>Уровень убедительности рекомендаций</b>
1	Выполнено подтверждение диагноза методом микроскопии	С	5
2	Проведена терапия противопаразитарными препаратами	С	3
3	Достигнута эрадикация чесоточного клеща	С	3
4	Достигнуто исчезновение клинических симптомов	С	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 / Hausteин U., Int J Dermatol 2000.- 39P. 463–470.
  20. Paasch U., Hausteин U.F. Treatment of endemic scabies with allethrin, permethrin and ivermectin. Evaluation of a treatment strategy. Hautarzt. 2001; 52 (1): 31–37.
  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 последиplomного 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.: ГОЭТАР.- 2011.- С. 414–442.
  26. Sarcoptesscabiei и доброкачественная лимфоплазия кожи / Соколова Т. В., Гладько В. В., Рязанцев И. В. 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.-428с.

## Приложение А1. Состав рабочей группы

1. Кубанов Алексей Алексеевич – член-корреспондент РАН, президент ООО «РОДВК», директор ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии ФГБОУ ДПО «РАМНПО» Минздрава России, г. Москва.

2. Гладько Виктор Владимирович – д.м.н., профессор, директор медицинского института непрерывного образования, заведующей кафедрой кожных и венерических болезней с курсом косметологии ФГБОУ ВО «Московский государственный университет пищевых производств», член Российского общества дерматовенерологов и косметологов, г. Москва.

1. Лопатина Юлия Владимировна – к.б.н., старший научный сотрудник кафедры энтомологии биологического факультета МГУ, г. Москва.

2. Малярчук Александр Петрович – д.м.н., доцент, профессор кафедры кожных и венерических болезней Медицинского института непрерывного образования «Московский государственный университет пищевых производств», член Российского общества дерматовенерологов и косметологов, г. Москва.

3. Соколова Татьяна Вениаминовна – д.м.н., профессор кафедры кожных и венерических болезней Медицинского института непрерывного образования ФГБОУ ВО «Московский государственный университет пищевых производств», член Российского общества дерматовенерологов и косметологов, г. Москва.

4. Богданова Елена Витальевна – к.м.н., старший научный сотрудник научно-организационного отдела ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава РФ, г. Москва.

5. Онопченко Виктория Викторовна – главный врач ГБУЗ НСО «НОККВД», член Российского общества дерматовенерологов и косметологов, председатель Новосибирского регионального отделения Российского общества дерматовенерологов и косметологов, г. Новосибирск.

6. Павлова Татьяна Геннадьевна – главный врач ГБУЗ «КО ОККВД», член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

## Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

### Целевая аудитория клинических рекомендаций:

1. Врачи-специалисты: дерматовенерологи, педиатры, терапевты, врачи общей врачебной практики (семейная медицина)

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)

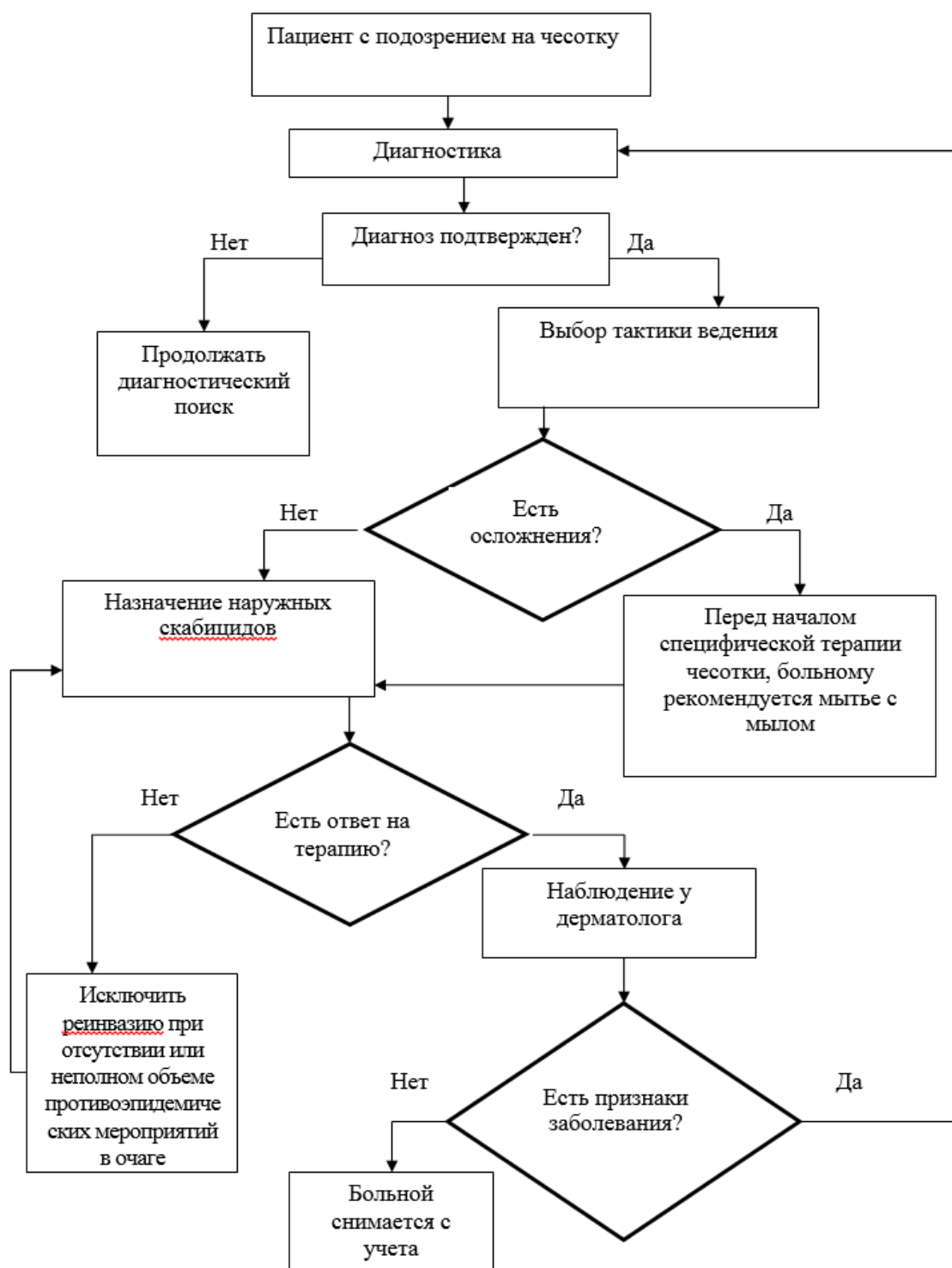
#### **Порядок обновления клинических рекомендаций.**

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, 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.

**Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата**

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 924н от 15 ноября 2012 « Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология».
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24.04.2003 № 162 «Об утверждении отраслевого стандарта «Протокол ведения больных. Чесотка».
3. СанПиН 3.2.3215-14 «Профилактика паразитарных болезней на территории РФ» (в ред. Изменений N 1, утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 29.12.2015 N 97).
4. МУ от 29.08.1968 № 06-14/15 по диагностике, лечению, профилактике и дезинфекции при чесотке.
5. МУ 3.2.1756-03 «Эпидемиологический надзор за паразитарными болезнями».
6. Российская Федерация. Законы. Об обращении лекарственных средств:ФЗ-61[ принят Государственной Думой 24 марта 2010 года: одобрен Советом Федерации 31 марта 2010 года]. – Москва.
7. Приказ министерства здравоохранения РФ от 09.02.2016 №80 «Об утверждении порядка ведения государственного реестра лекарственных средств для медицинского применения».
8. Приказ министерства здравоохранения СССР от 17.01.1979 №60 «О мерах по дальнейшему укреплению и развитию дезинфекционного дела».
9. Приказ МЗ СССР от 03.09.1991 №254 «О развитии дезинфекционного дела в стране».

## Приложение Б. Алгоритм действий врача



## **Приложение В. Информация для пациентов**

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.

## **Приложение Г 1.**

**Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.**

Отсутствуют.