

Клинические рекомендации

Педикулез

Кодирование по Международной **В 85**
статистической классификации
болезней и проблем, связанных
со здоровьем:

Возрастная группа: Взрослые и дети

Год утверждения: **202**

Разработчик клинической рекомендации:

- Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов»

Оглавление

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 или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	6
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	7
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	7
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	8
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	8
2.1 Жалобы и анамнез.....	8
2.2 Физикальное обследование	9
2.3 Лабораторные диагностические исследования.....	9
2.4 Инструментальные диагностические исследования	9
2.5 Иные диагностические исследования	9
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.....	10
3.1 Консервативное лечение	10
3.2 Иное лечение	10
4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов	12

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	13
6. Организация оказания медицинской помощи	13
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)	13
Критерии оценки качества медицинской помощи	Ошибка! Закладка не определена.
Список литературы.....	14
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	15
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций.....	Ошибка! Закладка не определена.
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....	18
Приложение Б. Алгоритмы действий врача.....	Ошибка! Закладка не определена.
Приложение В. Информация для пациента	Ошибка! Закладка не определена.
Приложение Г1. Шкала реакций на аппликационные кожные тесты.....	Ошибка! Закладка не определена.

Список сокращений

Педикулез - паразитарное заразное заболевание человека, причиной которого служат кровососущие насекомые – вши.

Pediculus humanus capitis de Geer – семейство *Pediculidae* - головная вошь, вызывает головной педикулез.

Pediculus corporis de Geer - семейство *Pediculidae* - платяная вошь, вызывает платяной педикулез.

Phthirus pubis, семейство *Phthiridae* – лобковая вошь, или площица, вызывает лобковый педикулез.

Термины и определения

Педикулез - паразитарное заразное заболевание человека, причиной которого служат кровососущие насекомые – вши.

Pediculus humanus capitis de Geer – семейство *Pediculidae* - головная вошь, вызывает головной педикулез.

Pediculus corporis de Geer - семейство *Pediculidae* - платяная вошь, вызывает платяной педикулез.

Phthirus pubis, семейство *Phthiridae* – лобковая вошь, или площица, вызывает лобковый педикулез.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Педикулез – паразитарное заразное заболевание человека, причиной которого служат кровососущие насекомые – вши.

1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Вши (отряд Anoplura) – постоянные эктопаразиты млекопитающих.

Педикулез вызывают специфические однохозяйные паразиты человека:

- *Pediculus humanus capitis* de Geer, семейство Pediculidae – головная вошь, вызывает головной педикулез;

- *Pediculus corporis* de Geer, семейство Pediculidae – платяная вошь, вызывает платяной педикулез;

- *Phthirus pubis*, семейство Phthiridae – лобковая вошь, или площица, вызывает лобковый педикулез.

Заражение людей головным педикулезом происходит при контакте с человеком, зараженным вшами, преимущественно при соприкосновении волос (прямой путь) или при использовании предметов (непрямой путь), которыми пользовался больной педикулезом.

Заражение платяными вшами происходит при контакте или при использовании одежды больного педикулезом. Платяные вши являются переносчиками сыпного и возвратного тифа.

Лобковый педикулез (фтириаз) передается, главным образом, при половых контактах.

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Распространенность заражения составляет от 5% до 30% в некоторых популяциях.

В Российской Федерации заболеваемость педикулезом в 2018 году составила 120,5 на 100 тыс. населения: у лиц в возрасте до 17 лет – 193,7 на 100 тыс. населения соответствующего возраста; у детей в возрасте до 14 лет – 211, 1 на 100 тыс. населения соответствующего возраста [1].

Платяная вошь - самая крупная (размер до 5,0 мм), живет в складках и швах белья и одежды, где откладывает яйца, которые приклеиваются к ворсинкам ткани, а также к волосам на теле человека. Средняя продолжительность жизни взрослых особей вшей 35-45 дней. В течение жизни откладывает до 400 яиц. Платяные вши остаются жизнеспособными вне человека 2-3 суток, при понижении температуры до 7 суток.

Головная вошь - (размер до 3,5 мм) живет и размножается в волосистой части головы, предпочтительно на висках, затылке и темени. Жизненный цикл от яйца (гнида) до взрослой особи 25-35 дней, откладывает за жизнь до 140 яиц. Вне тела хозяина погибает через сутки.

Лобковая вошь - (размер до 1,5 мм) живет на волосах лобка, бровей, ресниц, усов, подмышечных впадин. При значительной численности насекомые могут распространяться на всей нижней части туловища, особенно на животе, после укусов остаются характерные синюшные следы. Самка в течение жизни откладывает около 50 яиц. Продолжительность жизни около месяца. Вне человека лобковая вошь живет 10-12 часов.

1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

Педикулез и фтириаз (B85)

B85.0 – Педикулез, вызванный *Pediculus humanuscapitis*;

B85.1 – Педикулез, вызванный *Pediculus humanuscorporis*;

B85.2 – Педикулез неуточненный;

B85.3 – Фтириаз;

B85.4 – Смешанный педикулез.

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

При головном педикулезе вши и гниды локализуются на волосистой части головы, чаще в височной и затылочной областях. При активном процессе возможно склеивание волос серозно-гнойным экссудатом. Может наблюдаться поражение бровей и ресниц, а также гладкой кожи ушных раковин, заушных областей и шеи.

При платяном педикулезе вши заселяют одежду, концентрируясь в складках. При распространенном процессе переходят на кожу туловища. В местах частогкровососания вшей, где одежда плотно прилегает к телу, типичны огрубение кожи, меланодермия («кожа бродяг»).

При смешанном педикулезе инфеcтация головными и платяными вшами происходит одновременно, клинические симптомы заболеваний сочетаются.

При лобковом педикулезе (фтириазе) вши обнаруживаются в волосах лобка, нижней части живота. Они могут переползать на волосы аксиллярных областей, бороды и усов, бровей и ресниц. Характерно появление голубоватых пятен (*macula caeruleae*) в местах кровососания.

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Критерии установления диагноза:

диагностика основывается на клинических и эпидемиологических данных, подтвержденных обнаружением возбудителя. Рекомендуется визуальный осмотр пациента, вычесывание, использование лампы Вуда, возможен осмотр кожи под увеличением (дерматоскопия). для верификации диагноза и дифференциальной диагностики с чесоткой, крысиным клещевым дерматитом, флеботодермией, аллергическим контактным дерматитом, пиодермией.

2.1 Жалобы и анамнез

Зуд (как результат аллергической реакции на слюну, вводимую вшами в кожу при кровососании), эскориации и кровянистые корочки.

Наличие вшей на разных стадиях развития, включая гниды: при головном и лобковом педикулезе на голове, лобке, в аксиллярной области, при платяном – на одежде больного [2].

2.2 Физикальное обследование

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

При высокой численности вшей их легко обнаружить визуально в местах наиболее частого обитания. Живые гниды при головном и лобковом педикулезе находятся у основания волос, тогда как пустые оболочки и погибшие яйца можно обнаружить на значительном расстоянии – до 2-3 см от корней волос. Локализация гнид на волосах помогает определить давность заболевания. При средней скорости роста волос около 0,5 мм в сутки отложенные месяц назад гниды находятся на расстоянии 1-1,5 см от кожи. Наличие только пустых яйцевых оболочек и погибших гнид на значительном расстоянии от кожи головы свидетельствует о перенесенном ранее педикулезе и не является признаком активной инфекации. При подозрении на платяной педикулез осматривают больного и его одежду, уделяя особое внимание швам и складкам на внутренней стороне вещей.

- **Рекомендуется** осмотр кожи под увеличением (дерматоскопия) [27].

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

2.3 Лабораторные диагностические исследования

Не применяется.

2.4 Инструментальные диагностические исследования

Не применяются.

2.5 Иные диагностические исследования

• **Рекомендуется** в сомнительных случаях люминисцентная диагностика (осмотр под лампой Вуда) [2].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *Живые гниды в лучах лампы Вуда дают жемчужно-белое свечение.*

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

Условием эффективности терапии простого раздражительного и аллергического контактного дерматита является прекращение воздействия химических веществ, вызвавших их развитие. В основе лекарственной терапии этих заболеваний лежит наружное лечение глюкокортикоидами, применяемыми в дерматологии, или препаратами для лечения дерматита, кроме глюкокортикоидов. Возможно осложнение контактного дерматита вторичным инфицированием, что проявляется пустулами, гнойными корками. В таких случаях предпочтительнее использовать короткими курсами (обычно в течение 1 недели) Глюкокортикостероиды в комбинации с антибиотиками и Глюкокортикостероиды в комбинации с другими препаратами, или вместе с глюкокортикоидами, применяемыми в дерматологии, использовать антибиотики и противомикробные средства, применяемые в дерматологии.

В случае неэффективности наружной терапии или при распространенных высыпаниях могут применяться системная терапия кортикостероидами системного действия.

3.1 Консервативное лечение

- **Рекомендуются** для наружной терапии головного педикулеза перметрин концентрат для приготовления эмульсии

Комментарии *применяют концентраты эмульсий с содержанием перметрина 5% перметрина в рабочих водных эмульсиях от 20 до 40 минут, обработка однократная [5,6].*

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- **Рекомендуется** для наружной терапии головного и лобкового педикулеза #бензилбензоат** в 20%-ной концентрации [21].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *бензилбензоат входит в состав педикулицидных средств в форме мази.*

- **Рекомендуются** для наружной терапии головного и лобкового педикулеза диметиконы (кремний органические полимеры (силиконовые масла)). лосьона – смесь

диметикона (4%) и изопара (96%), экспозиция 15 мин., необходима повторная обработка через 7–10 дней [8].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: диметиконы обладают высокой инсектицидной активностью в отношении вшей. Применяют готовые к применению средства в форме:

или

спрея – смесь диметикона (4%) и изопара (96%), экспозиция 15 минут, необходима повторная обработка через 7–10 дней [8].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

или

спрея – смесь диметикона (4%) и оксифтирина, экспозиция 8 часов, однократная обработка [6].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

или

жидкости – 92% диметиконов (смесь двух диметиконов с разной степенью летучести), экспозиция 45 минут, необходима повторная обработка через 7–10 дней [16, 17].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

или

жидкости – 4% диметиконов, экспозиция 8 часов, необходима повторная обработка через 7–10 дней [6].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

• **Рекомендуется** для наружной терапии головного и лобкового педикулеза шампунь, содержащие минеральные масла (клеарол) [6, 20].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Для таких средств экспозиция составляет не менее 10 минут, необходима повторная обработка через 7–10 дней

Рекомендуется для наружной терапии головного педикулеза спиртовой лосьон, содержащий эфирные масла:

аниса масло, 6%, экспозиция 30 минут, однократная обработка [6,21].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

• **Рекомендуется** для лечения беременных и кормящих женщин:

раствор перметрина, приготовленный из 5% концентрата эмульсии в этаноле [26].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

#чемерицы Лобеля корневищ с корнями настойка [23, 24].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии *Противопоказания к применению: Повышенная чувствительность к препарату, беременность, период грудного вскармливания. Детский возраст до 18 лет (так как отсутствуют данные по клиническому применению препарата в педиатрии).*

3.2 Хирургическое лечение

Не применяется.

3.3 Иное лечение

Не применяется.

Диетотерапия не применяется.

Обезболивание не применяется.

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

Не требуется.

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

При выявлении лиц с педикулезом (в первую очередь с платяным педикулезом) **рекомендуется** проведение радикального уничтожения вшей [21]..

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Рекомендуется проводить дезинсекцию одновременно уничтожая вшей на теле человека, его белье, одежде, головных уборах, расческах и прочих вещах (постельное белье и др.), при необходимости на предметах обстановки (камерная дезинсекция) [21].**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

При выявлении платяного или смешанного педикулеза **рекомендуется** обработка вещей не подлежащих кипячению педикулицидным средством в соответствии с рекомендованным способом применения [21]..

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Рекомендовано обследование контактировавших с больным педикулезом людей на наличие вшей. При лобковом педикулезе – **рекомендуется** осмотр половых контактов [4, 21, 22, 25].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Эффективность обработки при головном и лобковом педикулёзе устанавливается путём тщательного визуального осмотра волос и вычёсывания насекомых частым гребнем. При выявлении минимального количества жизнеспособных яиц вшей (1–3) **рекомендуется** проведение повторной обработки через 7–10 дней [4, 21].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Эффективность обработки вещей при платяном или смешанном педикулёзе устанавливается визуально, осматривая их с внутренней стороны через 1,5–2 часа и через сутки после обработки. Особое внимание уделяется воротнику, швам и складкам одежды, где обычно локализуются вши.

6. Организация оказания медицинской помощи

Показания для госпитализации отсутствуют.

Осмотр контактных лиц в организованных коллективах проводит медицинский персонал учреждения, при его отсутствии (и при осмотре контактных лиц в домашних очагах) – медицинский персонал медицинской организации территориальной принадлежности.

В организованных коллективах осмотр контактных лиц и противопедикулезные мероприятия осуществляет медицинский персонал, при необходимости привлекаются другие сотрудники. Обследования организованного коллектива проводятся при выявлении первого больного и через 2 недели после завершения лечения последнего пациента (при условии своевременного осмотра всех членов очага). Срок наблюдения очага – 1 месяц с момента изоляции (или санации) последнего заболевшего. Осмотр контактных лиц в очаге -1 раз в 10 дней. Очаг считается санированным при трех отрицательных результатах обследования.

При выявлении случая педикулеза в соматическом отделении перевода в дерматологическое отделение (стационар) не требуется. Лечение проводится в том отделении, где пациент находится в связи с основным заболеванием.

При подозрении на фтириаз пациенты направляются к врачу-дерматовенерологу .

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на Возможные осложнения педикулеза:

1. розеолы, папулы («папулезная крапивница») в местах кровососания вшей, реже – эритема;
2. дерматит и экзематизация кожи при длительном течении педикулеза и фтириаза;
3. вторичная пиодермия, как следствие присоединения кокковой микрофлоры;
4. регионарный лимфаденит при распространенной пиодермии.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1	Выполнено визуальное обнаружение	5	C
2	Проведена терапия противопаразитарными препаратами	1, 5	A, C

Список литературы

1. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека: официальный сайт. – М. – URL: <http://77.rospotrebnadzor.ru/index.php/napravlenie/profinfzab/5437-2017-08-29-14-26-56> (дата обращения: 02.09.2019). – Текст: электронный.
2. Детская дерматовенерология: учебник под ред. проф. И.А. Горланова. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2017. – 512 с.- С.154.
3. Carson D.S., Tribble P.W., Weart C.W. Pyrethrins combined with piperonylbutoxide (RID) vs 1% permethrin (NIX) in the treatment of head lice. *Am J Dis Child* 1988; 142 (7): 768–769.
4. Шандала М.Г., Фролова А.И., Царенко В.А., Осипова Н.З. Информационное письмо «О борьбе с головными, лобковыми и платяными вшами в целях неспецифической профилактики сыпного и возвратного тифов и волынской лихорадки, переносчиками возбудителей которых являются платяные и головные вши» (по состоянию на 1 января 2009 г.)). *Дезинфекционное дело* 2009; 2: С.54–58.
5. Медифокс – оптимальное средство для противоэпидемических (профилактических) мероприятий в очагах чесоткой / Бондарев И.М., Ибрагимов Р.С., Юркова Е.В. Текст: непосредственный // РЭТ-ИНФО.- 2005.-№ 4.- С 51–54.
6. Шестопалов Н.В., Фролова А.И., Рославцева С.А., и др. Информационное письмо «Современные педикулицидные средства для борьбы со вшами» (по состоянию на 1 января 2013 г.). *Дезинфекционное дело* 2013; 2: 34–38.
7. Сравнительная педикулицидная активность *invitro* препаратов форм на основе бензилбензоата. / Лопатина Ю.В. Текст: непосредственный // *Дезинфекционное дело*. – 2013. - №4. С.47–51.
8. Современные средства для лечения головного педикулеза: полисилоксаны // Лопатина Ю.В., Еремина О.Ю. Текст: непосредственный // *Медицинский алфавит. Санитария и гигиена*. – 2012. - № 4. С.28–33.
9. Инсектицидное действие на вшей перметрина и фосфорорганических соединений в бинарных смесевых препаратах / Лопатина Ю.В., Еремина О.Ю. Текст: непосредственный // *Дезинфекционное дело*.- 2012.- № 2.- С. 41–47.
10. Сравнительная активность разных групп инсектицидов в отношении устойчивых к перметрину вшей (Anoplura, Pediculidae) / Лопатина Ю.В., Еремина О.Ю. Текст: непосредственный // *Медицинская паразитология и паразитарные болезни*.- 2013.- № 1. С.20–28.
11. Efficacy of a reduced application time of Ovide lotion (0.5% malathion) compared to Nix creme rinse (1% permethrin) for the treatment of head lice // Menking T.L., Vicaria M., Eyerdam D.H. et al. / *Pediatr Dermatol*.- 2004; 21 (6): PP. 670–674.
12. Natural products and their application to the control of head lice: An evidence-based review // Heukelbach J., Speare R., Canyon D. / *Chemistry of natural products: recent trends and developments*. Part 7. Ed. G.Brachmachari. 2006. P. 1–26.
13. A new two-phase dimeticonepediculicide shows high efficacy in a comparative bioassay // Heukelbach J., Asenov A., Liesenfeld O. et al. // *BMC Dermatol*. 2009; PP. 9: 12.
14. Evaluation of four pediculicides against the head lice *Pediculus h. capitis* // Abou el-Ela R.G., Morsy T.A., Nassar M.M., Khalaf S.A. / *J Egypt Soc Parasitol* 2000; 30 (1): PP. 51–58.
15. A highly efficacious pediculicide based on dimeticone: randomized observer blinded comparative trial // Heukelbach J., Pilger D., Oliveira F.A. et al. / *BMC Infect Dis* 2008; PP.8: 15.
16. Ovicidal response of NYDA formulations on the human head louse (Anoplura: Pediculidae) using a hair tuft bioassay // Strycharz J.P., Lao A.R., Alves A.M., Clark J.M. / *J Med Entomol* 2012; 49 (2): PP. 336–342.

17. North American efficacy and safety of a novel pediculicide rinse, isopropyl myristate 50% (Resultz) // Kaul N., Palma K.G., Silagy S.S. et al. // *J Cutan Med Surg* 2007; 11 (5): PP.161–167.
18. Randomised, controlled, parallel group clinical trials to evaluate the efficacy of isopropyl myristate/cyclomethicone solution against head lice // Burgess I.F., Lee P.N., Brown C.M. // *Pharmaceutical J* 2008; 280 (7495): PP.371–375.
19. Педикулицидная активность веществ растительного происхождения и препаратов на их основе // Лопатина Ю.В., Еремина О.Ю. Текст: непосредственный / Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 2014. - № 2.- С. 37–42.
20. Чіпак Н.І. , Генік І.Д., Низ Н.І. Дослідження антипедикульозних засобів. Актуальні проблеми профілактичної медицини – 2019. – №2 (18). – С.146-151
21. Дерматовенерология. Национальное руководство / под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1024 с. – (Серия «Национальные руководства»)
22. Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей. В двух томах. – 2-е изд., перераб. и доп. – Т.1 /под. ред. Ю.К. Скрипкина и В.Н. Мордовцева. – М.: Медицина, 1999. – 880 с.: ил.: [1] л. ил.
23. Попова Елена Васильевна, Сунцова Надежда Юрьевна Средства растительного происхождения в традиционных практиках гигиены бесермян // Ежегодник финно-угорских исследований. 2018. №3.
24. Игнатенко (Колодюк) Ирина Васильевна Лекарственные растения в народной медицине украинцев Полесья (по полевым этнографическим материалам) // *Acta Linguistica Petropolitana. Труды института лингвистических исследований*. 2010. №1.
25. Делягин В. М., Румянцев А. Г., Шугурина Е. Г. Чесотка и педикулез: старые проблемы в новом времени // *Лечебное дело*. 2007. №4.
26. Patel VM, Lambert WC, Schwartz RA. Safety of Topical Medications for Scabies and Lice in Pregnancy. *Indian J Dermatol*. 2016;61(6):583-587. doi:10.4103/0019-5154.193659
27. Сергеев Ю.В., Сергеев А.Ю. Педикулез и фтириаз – новое в диагностике и терапии 2003
28. К. Н. Суворова Происхождение паразитоза и эволюция возбудителя // *Лечащий врач* 2008

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. Кубанов Алексей Алексеевич – академик РАН, президент ООО «РОДВК», директор ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России.
2. Онипченко Виктория Викторовна – главный врач ГБУЗ НСО «НОККВД», член Российского общества дерматовенерологов и косметологов, председатель Новосибирского регионального отделения Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
3. Соколова Татьяна Вениаминовна – д.м.н., профессор кафедры кожных и венерических болезней Медицинского института непрерывного образования ФГБОУ ВО «Московский государственный университет пищевых производств»
4. Гладько Виктор Владимирович – д.м.н., профессор, директор медицинского института непрерывного образования, заведующей кафедрой кожных и венерических болезней «Московский государственный университет пищевых производств»
5. Лопатина Юлия Владимировна – к.б.н., старший научный сотрудник кафедры энтомологии биологического факультета МГУ
6. Малярчук Александр Петрович – д.м.н., доцент, профессор кафедры кожных и венерических болезней Медицинского института непрерывного образования «Московский государственный университет пищевых производств»
7. Павлова Татьяна Геннадьевна - главный врач «ГБУЗ КО ОККВД», главный областной специалист по дерматовенерологии и косметологии.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория клинических рекомендаций:

1. Врачи-специалисты: врачи-дерматовенерологи, педиатры, терапевты, врач общей практики (семейный врач)
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
	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
	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
	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
	Несравнительные исследования, описание клинического случая
	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
	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
	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)

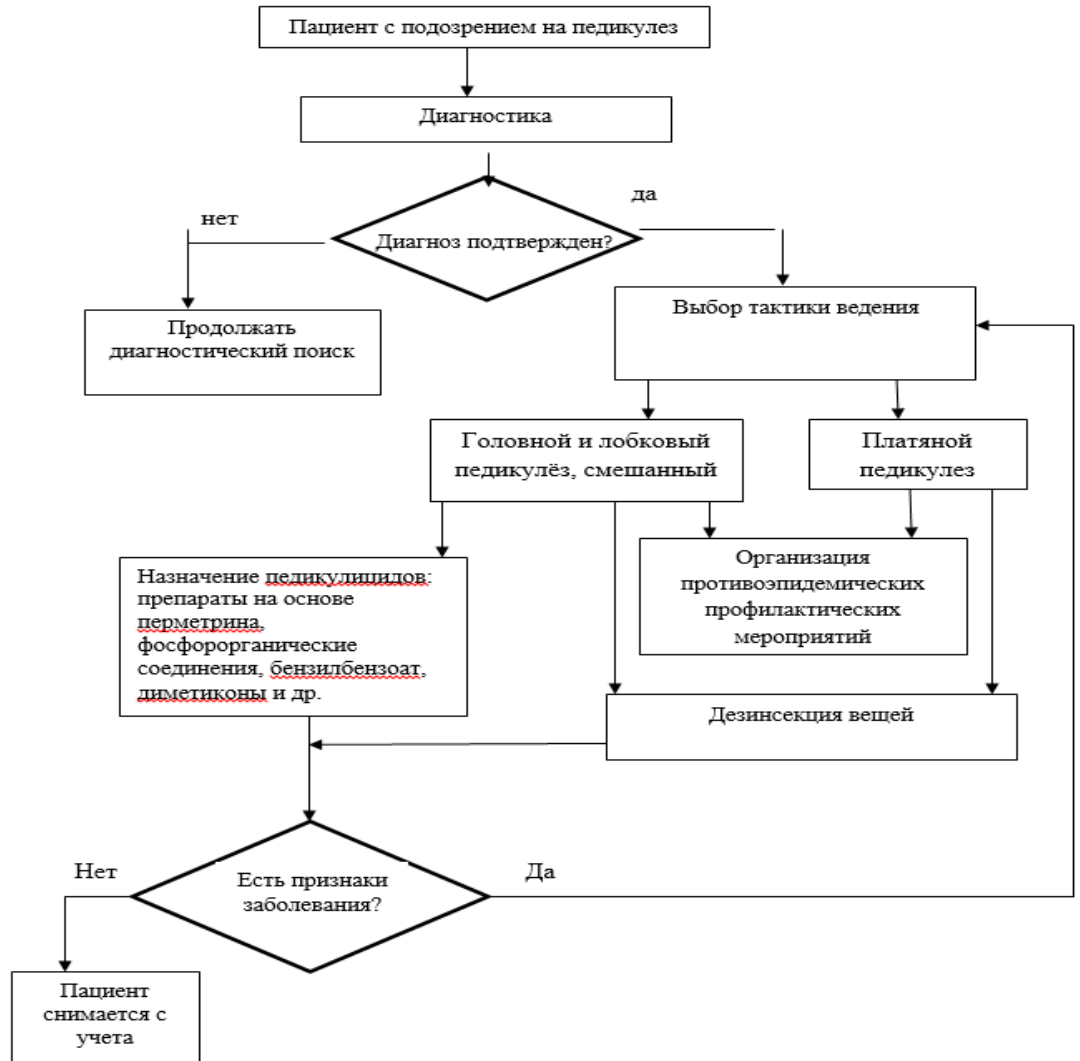
Порядок обновления клинических рекомендаций.

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 КР, 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. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология», утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 924н от 15 ноября 2012 г.
2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 11.12.2007 № 752 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с педикулезом».
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 26.11.1998 №342 "Об усилении мероприятий по профилактике эпидемического тифа и борьбе с педикулезом".
4. Методические указания 3.2.1756-03 «Эпидемиологический надзор за паразитарными болезнями».
5. ФЗ-61 от 12.04.2010 «Об обращении лекарственных средств»
6. Приказ министерства здравоохранения РФ от 09.02.2016 №80 «Об утверждении порядка ведения государственного реестра лекарственных средств для медицинского применения».

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



Приложение В. Информация для пациентов

1. С целью предупреждения повторного заражения необходимо одновременное обследование всех членов семьи или организованного коллектива.
2. Соблюдение гигиенических мероприятий.
3. Дезинсекционные мероприятия:
 - кипячение и проглаживание горячим утюгом постельного и нательного белья, камерная дезинсекция одежды (инсектицидные препараты).
 - орошение при помощи распылителей или протирание ветошью помещений, мебели, дверных ручек и пр. (инсектицидные препараты).

Приложение Г1. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.

Не применяются