

ЧЕСОТКА.

Протокол ведения больных.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПРИКАЗ

24 апреля 2003 г. N 162

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ОТРАСЛЕВОГО СТАНДАРТА "ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ
БОЛЬНЫХ. ЧЕСОТКА"

В целях развития системы стандартизации в здравоохранении Российской Федерации и
управления качеством медицинской помощи
ПРИКАЗЫВАЮ:

Утвердить отраслевой стандарт "Протокол ведения больных. Чесотка" (ОСТ
91500.11.0003-2003) (приложение).

Министр Ю.Л.ШЕВЧЕНКО

Приложение УТВЕРЖДЕНО приказом Минздрава России от 24.04.2003 г. N 162
ОТРАСЛЕВОЙ СТАНДАРТ СИСТЕМА СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Отраслевой стандарт 91500.11.0003-2003 "Протокол ведения больных. Чесотка"
разработан под руководством Первого заместителя Министра здравоохранения
Российской Федерации члена-корреспондента РАМН д.м.н., профессора А.И.Вялкова,
директора Центрального научно-исследовательского кожно-венерологического института
Минздрава России члена-корреспондента РАМН, д.м.н., профессора А.А.Кубановой,
Отделом стандартизации и лицензирования медицинской деятельности Минздрава России
(А.А.Мартынов), Московской медицинской академией им. И.М.Сеченова (П.А.Воробьев,
Е.В.Илюхина, Д.В.Лукьянцева), Центральным научно-исследовательским кожно-
венерологическим институтом (В.А.Самсонов, Л.Ф.Знаменская, И.А.Чистякова),
Кафедрой дерматовенерологии института усовершенствования врачей Министерства
обороны Российской Федерации (Т.В.Соколова), Нижегородским научно-
исследовательским кожно-венерологическим институтом (Н.К.Никулин, Г.А.Пантелеева),
Московским городским кожно-венерологическим диспансером (П.Г.Богуш), Московским
кожно-венерологическим диспансером N 9 (И.Д.Малина).

1. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Отраслевой стандарт "Протокол ведения больных. Чесотка" предназначен для применения
в системе здравоохранения Российской Федерации.

2. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящем стандарте использованы ссылки на следующие документы:

- Постановление Правительства Российской Федерации от 05.11.97 N 1387 "О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, N 46, ст. 5312).
- Постановление Правительства Российской Федерации от 26.10.99 N 1194 "О программе государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, N 44, ст. 5322).

3. ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

В настоящем стандарте используются следующие обозначения и сокращения:

МКБ Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем

ОСТ Отраслевой стандарт

4. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Отраслевой стандарт "Протокол ведения больных. Чесотка" разработан для решения следующих задач:

- Определение спектра диагностических и лечебных услуг, оказываемых больным чесоткой.
- Определение формулярных статей лекарственных средств, применяемых для лечения чесотки.
- Определение алгоритмов диагностики и лечения чесотки.
- Установления единых требований к порядку профилактики, диагностики и лечения больных чесоткой.
- Унификации расчетов стоимости медицинской помощи, разработок базовых программ обязательного медицинского страхования и тарифов на медицинские услуги и оптимизации системы взаиморасчетов между территориями за оказанную больным чесоткой медицинскую помощь.
- Контроля объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинском учреждении и на территории в рамках государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью.

Область распространения настоящего стандарта - лечебно-профилактические учреждения всех уровней, включая специализированные дерматологические учреждения (кабинеты, отделения).

В настоящем стандарте используется шкала убедительности доказательств данных:

- A) Доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению.
- B) Относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение.
- C) Достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств.
- D) Достаточно отрицательных доказательств: имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения данного лекарственного средства в определенной ситуации. E) Веские отрицательные доказательства: имеются достаточно

убедительные доказательства того, чтобы исключить лекарственное средство или методику из рекомендаций.

Доказательства разделяются на несколько уровней

А) Доказательства, полученные в проспективных рандомизированных исследованиях.

В) Доказательства, полученные в больших проспективных, но не рандомизированных исследованиях.

С) Доказательства, полученные в ретроспективных не рандомизированных исследованиях на большой группе.

Д) Доказательства, полученные в исследованиях на ограниченном числе больных.

Е) Доказательства, полученные на отдельных больных.

5. ВЕДЕНИЕ ОТРАСЛЕВОГО СТАНДАРТА

"ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. ЧЕСОТКА"

Ведение отраслевого стандарта "Протокол ведения больных. Чесотка" осуществляется Центральным научно-исследовательским кожно-венерологическим институтом Министерства здравоохранения Российской Федерации. Система ведения предусматривает взаимодействие Центрального научно-исследовательского кожно-венерологического института Министерства здравоохранения Российской Федерации со всеми заинтересованными организациями.

6. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

Под чесоткой (scabies) понимают заразное паразитарное заболевание кожи, вызываемое чесоточным клещом *Sarcoptes scabiei* (L.), сопровождающееся зудом, усиливающимся в вечернее и ночное время, и папулезно-везикулярными высыпаниями.

Чесотка является самым распространенным паразитарным заболеванием кожи. Недостаточный уровень лабораторной диагностики чесотки в кожно-венерологических учреждениях способствует диагностическим ошибкам.



Чесотка

Увеличение числа больных чесоткой обычно сопровождает войны, стихийные бедствия, социальные потрясения, что обусловлено миграцией населения, экономическим спадом, ухудшением социально-бытовых условий. Аналогичная ситуация сложилась и в настоящее время. Локальные войны в различных регионах России и в бывших союзных республиках создали проблему беженцев, вынужденных переселенцев, увеличение числа лиц без определенного места жительства и занятости. Неконтролируемой миграции населения способствуют также коммерческие поездки в различные регионы страны и за рубеж. Разрыв экономических связей с вновь образовавшимися государствами, введение национальных языков, пограничные, таможенные и иные барьеры затрудняют поиск источников заражения и контактных лиц. Широкое же распространение эротической и

порнографической литературы, видеофильмов, алкоголизм, наркомания, преступность, пропаганда насилия способствуют расширению контингента социально неадаптированных лиц, которые наиболее часто заболевают чесоткой и создают вокруг себя неконтролируемые очаги инфекции. Учреждения здравоохранения резко ослабили работу по выявлению и профилактике чесотки среди населения.

Возбудителем чесотки является чесоточный клещ - *Sarcoptes scabiei*. Самка клеща откладывает яйца в чесоточном ходе кожи, из которых вылупляются личинки. Пройдя ряд стадий, личинка превращается в зрелую особь. Метаморфоз от личинки до самки или самца протекает в везикулах, папулах, частично в тонких ходах и внешне неизменной коже. Самка передвигается по поверхности кожи с помощью присосок двух передних пар ног. Внедрение в роговой слой осуществляется с помощью челюстей при участии концевых шипов двух передних пар ног. Самка прокладывает ход в нижней части рогового слоя эпидермиса, питается за счет зернистого слоя.

Эпидемиология чесотки обусловлена облигатно антропонозным характером заболевания, постоянным типом паразитизма возбудителя и преобладанием прямого пути передачи инвазии.

Под очагом при чесотке понимают группу людей, в которой имеется больной - источник заражения и условия для передачи возбудителя. Очаг с одним больным называется потенциальным, с двумя и более - иррадиирующим (действующим). Репродуктивной (размножающейся, панмиктической) является популяция возбудителя на больном (первый популяционный уровень). Второй популяционный уровень представляет очаг чесотки, т.е. группу людей, связанных поведенчески таким образом, что происходит заражение и образование новых популяций на новом хозяине в условиях, когда скрещивание особей паразита резко ограничено. Третий уровень - поселенческая популяция, охватывающая население определенного региона (город, район, область, республика).

В соответствии с группировками людей в обществе и их инвазионной контактностью, обусловленной образом жизни, могут возникать очаги чесотки: семейные и в различных коллективах. Семейный очаг является ведущим в эпидемиологии чесотки. Инвазионная контактность определяется возможностью передачи возбудителя в ночное время при тесном телесном и бытовом контакте. Среди семейных очагов преобладают (> 66%) иррадиирующие. От репродуктивной популяции, вносимой первым больным, происходит заражение других членов семьи, на которых со временем образуются свои репродуктивные популяции.

Клиническая картина чесотки.

В случае заражения самками инкубационный период практически отсутствует, т.к. внедрившаяся самка обычно сразу начинает прогрызать ход и откладывать яйца. При заражении личинками, которые могут переходить от больного к здоровому при тесном телесном контакте, можно говорить об инкубационном периоде. Он соответствует времени метаморфоза клещей - около 2 недель.

Клинические проявления чесотки обусловлены различными факторами: деятельностью клеща, аллергической реакцией организма на возбудителя и продукты его жизнедеятельности.

Зуд - характерный симптом чесотки. Время появления и интенсивность зуда индивидуальны у каждого больного и зависят от многих факторов: нервно-психического статуса, уровня сенсibilизации к возбудителю, численности клещей, попавших на

больного при инвазировании, сопутствующих заболеваний, применяемых лекарственных препаратов и т.п. Зуд обычно усиливается ночью, вызывая нарушения сна и нервнопсихическое возбуждение.

Зуд является мощным фактором, поддерживающим численность популяции клеща на определенном уровне. Теоретически популяция к 2 месяцам достигает 10 тыс. особей, а число ходов 680. Эмпирически путем полного подсчета ходов на больном установлено, что их среднее число к 2 месяцам достигает 28. Эта разница отражает смертность клещей на всех стадиях, т.е. до размножения доживает только 4,5% самок. Регулярное применение противозудных препаратов (антигистаминные, десенсибилизирующие, кортикостероидные мази) в результате диагностической ошибки или самолечения снижает степень зуда, его выраженности и приводит к быстрому нарастанию числа ходов (в среднем 75 ко второму месяцу болезни). Воздействие на кожу больного продуктов перегонки нефти (бензин, солярка, автол и др.), обладающих акарицидным действием, ежедневное купание, особенно вечером, приводящее к активному механическому удалению клещей с поверхности кожи, а также неполноценная терапия (применение лекарственных препаратов заниженной концентрации или частичная обработка тела), напротив, замедляют рост численности популяции клещей на больном (11 ходов ко второму месяцу) и способствуют возникновению длительно тлеющего процесса.

Основными клиническими симптомами чесотки являются чесоточные ходы с их характерной локализацией, полиморфные высыпания вне ходов, а так же симптомы Арди, Горчакова, Михаэлиса, Сезари. Под симптомом Арди понимают наличие пустул и гнойных корочек на локтях и в их окружности. Под симптомом Горчакова понимают наличие на локтях и в их окружности кровянистых корочек. Под симптомом Михаэлиса понимают наличие кровянистых корочек и импетигозных высыпаний в межъягодичной складке с переходом на крестец. Легкое возвышение чесоточных ходов при их пальпации обозначается как симптом Сезари.

Одним из достоверных симптомов чесотки являются чесоточные ходы. В основу классификации клинических вариантов чесоточных ходов положены приуроченность к ходам тех или иных морфологических элементов и анализ их содержимого. Типичный вариант составляет более 60% от общего числа ходов на больном. Внешне он имеет вид слегка возвышающейся прямой или изогнутой линии беловатого или грязно-серого цвета, длиной 5-7 мм. При реактивном ходе кожа реагирует образованием под ним полостных элементов (везикул и пузырей) или лентикулярных папул, что зависит от локализации хода, нередко встречается у детей.

Различают несколько групп чесоточных ходов. Чесоточные ходы первой группы имеют полный набор паразитарных элементов (самка клеща, яйца с эмбрионами клеща, яйца со сформированными личинками, опустевшие яйцевые оболочки, редко активные личинки). Вторую группу составляют ходы, образующиеся из клинических разновидностей первых в процессе их естественного регресса и превращения первичных морфологических элементов во вторичные. На протяжении хода возникает точечная или линейная трещина, корочки. При расположении последней в начале хода он принимает вид "ракетки", в центре - "веретена". В процессе регресса часть паразитарных элементов утрачивается, гибнет, ссыхается. Репродуктивность хода снижается, а при гибели самки он перестает функционировать. Третья группа ходов обусловлена присоединением вторичной инфекции к экссудату полостных элементов чесоточных ходов первой группы. В этом случае самка, как правило, отсутствует, а большинство яиц погибает, т.е. репродуктивность хода утрачивается полностью.

Распределение самок клещей, а соответственно и чесоточных ходов по кожному покрову определяется несколькими факторами: строением кожи, гигротермическим режимом и скоростью регенерации эпидермиса.

Преимущественная локализация чесоточных ходов наблюдается на участках кожи с самой большой толщиной рогового слоя (кисти, запястья и стопы). На участках, где относительная толщина рогового слоя минимальна, ходы практически отсутствуют (лицо, спина). Очевидно, самки чесоточных клещей избирают участки кожи в зависимости от толщины рогового слоя и скорости отшелушивания, наиболее пригодные для полноценной репродукции. Установлено, что на участках кожи, где располагаются чесоточные ходы, имеется сниженная температура (на кистях на 2-3 град. С, на стопах на 4-5 град. С), особенно у детей. Ходы чаще встречаются на местах, где волосяной покров отсутствует или минимален.

Встречаемость и обилие чесоточных ходов наибольшие на кистях, значительны на запястьях, половых органах мужчин и стопах. На других участках кожного покрова ходы встречаются значительно реже. Образование зудящих лентикулярных папул (до 1 см в диаметре) под ходами наблюдается на туловище и половых органах мужчин. Это происходит обычно при распространенном процессе и большой численности клещей, отложение яиц самкой в ходе увеличивается почти вдвое. При этом значительно возрастает смертность эмбрионов и готовых к вылуплению личинок, чесоточные ходы как правило забиты скоплением экскрементов и опустевшими яйцевыми оболочками. В большинстве случаев даже после проведенной полноценной терапии такие папулы длительно персистируют, что послужило поводом назвать их постскабиозной лимфоплазией кожи. Постскабиозная лимфоплазия кожи выявляется почти у половины больных, чаще локализуется на мошонке, половом члене, ягодицах, локтях, реже встречается на молочных железах, в подмышечных областях, на передней поверхности живота. При гистологическом исследовании в дерме выявляется периваскулярный инфильтрат из лимфоцитов, гистиоцитов, эозинофилов и переполнение сосудов кровью. Биоптаты после лечения характеризуются отсутствием клещей в эпидермисе. Длительность персистирования постскабиозной лимфоплазии обычно коррелирует с количеством папул и не зависит от локализации. Соскоб хода значительно ускоряет ее разрешение. В случаях реинвазии наблюдается рецидив постскабиозной лимфоплазии на старых местах, но с отсутствием хода, что является важным диагностическим критерием повторного заражения чесоткой.

Высыпания вне ходов разнообразны: папулы, везикулы, расчесы и кровянистые корочки. Для папул характерно фолликулярное расположение, небольшие размеры (до 2 мм), нередко наличие микровезикулы на поверхности, локализация на передне-боковой поверхности туловища, сгибательной поверхности верхних конечностей, передне-внутренней бедер и ягодицах. Везикулы также небольших размеров (до 3 мм), без признаков воспаления, располагаются изолированно преимущественно вблизи ходов на кистях, реже - на запястьях и стопах. Несоответствие локализации папул и ходов и сходное расположение последних и везикул следует учитывать при диагностике заболевания. Неполовозрелые стадии развития чесоточного клеща (личинки, нимфы), а также их линечные шкурки обнаруживаются лишь в трети папул и везикул.

Типичная чесотка развивается при заражении оплодотворенными самками, обычно при тесном телесном контакте, чаще в постели в вечернее и ночное время. У больных имеются проявления репродуктивной (различные варианты чесоточных ходов) и метаморфической (фолликулярные папулы и везикулы) частей жизненного цикла, а также расчесы и

кровянистые корочки, как результат мучительного зуда. Высыпания локализуются на типичных для чесотки местах.

Чесотка без ходов встречается редко. Она выявляется преимущественно при активном осмотре лиц, бывших в контакте с больными. Причиной ее возникновения является заражение личинками, для превращения которых во взрослых самок, способных прокладывать ходы и откладывать яйца, необходимо 2 недели. Этим промежутком времени и определяется продолжительность существования чесотки без ходов. Клиническая картина заболевания характеризуется наличием единичных или множественных парных папулезно-везикулярных элементов на туловище, кистях, чаще на боковых поверхностях пальцев и в межпальцевых складках, ягодицах. Ходы отсутствуют. Норвежская (корковая, крустозная) чесотка является редкой разновидностью заболевания. Она впервые описана в 1847 году Даниэльсоном и Беком у больных лепрой. В современной литературе представлено около 150 случаев норвежской чесотки. Она наблюдается на фоне иммунодефицита и иммуносупрессивных состояний, при длительном приеме гормональных и цитостатических препаратов, при нарушении периферической чувствительности (проказа, сирингомиелия, параличи, спинная сухотка), конституциональных аномалиях ороговения, у больных с сенильной деменцией, болезнью Дауна, слабоумием, инфантилизмом, при системных васкулитах и гемобластозах. В последнее время все больше случаев норвежской чесотки описано у ВИЧ-инфицированных пациентов и больных СПИДом.

Ошибки в диагностике чесотки и применение кортикостероидных препаратов также приводят к возникновению норвежской чесотки. Основными симптомами заболевания являются массивные корки, чесоточные ходы, полиморфные высыпания (папулы, везикулы, пустулы) и эритродермия. Преобладают грязно-желтые или буро-черные корки толщиной от нескольких миллиметров до 2-3 см, местами напоминающими сплошной роговой панцирь, ограничивающий движения и делающий их болезненными. Между слоями корок и под ними обнаруживается огромное количество чесоточных клещей. При снятии корок обнажаются обширные мокнущие эрозивные поверхности. На кистях и стопах - бесчисленное множество чесоточных ходов. Резко выражен ладонно-подошвенный гиперкератоз. Ногти утолщены, деформированы. Болезнь часто сопровождается вторичной [пиодермией](#) и полиаденопатией. Волосы пепельно-серого цвета, сухие, нередко отмечается [алопеция](#). От больного иногда исходит неприятный запах квашеного теста, повышается температура тела. Норвежская чесотка очень контагиозна, вокруг пациента нередко возникают локальные эпидемии, при этом у контактных лиц развивается типичная чесотка.

Чесотка "чистоплотных" или чесотка "инкогнито" выявляется исключительно у часто моющихся в быту или, по роду своей профессиональной деятельности, в вечернее время (спортсмены, работники горячих, запыленных цехов). При этом большая часть популяции чесоточного клеща механически удаляется с тела больного. Клиника заболевания соответствует типичной чесотке с минимальной выраженностью проявлений - чесоточные ходы единичные, всегда беловатого цвета, фолликулярные папулы преобладают на передней поверхности тела. Контакт с веществами, обладающими акарицидным эффектом (бензин, керосин, солярка, деготь, скипидар и т.п.), а также дезинфицирующими средствами не является причиной возникновения чесотки "чистоплотных". В этом случае чесоточные ходы перемещаются на стопы, локти, половые органы мужчин, а фолликулярные папулы обильные, часто встречается постскабиозная лимфоплазия кожи.

Осложнения нередко маскируют истинную клиническую картину чесотки. Наиболее распространенными являются пиодермия и аллергический дерматит, реже микробная

экзема. Пиодермия развивается как результат внедрения микробной флоры через повреждения кожи, обусловленные расчесыванием при зуде. Имеются указания на снижение кислотно-щелочного баланса кожи, особенно в местах локализации чесоточных ходов, и уровня уроганиновой кислоты в коже, коррелирующего с интенсивностью зуда, давностью заболевания и распространенностью кожного процесса. Среди клинических разновидностей пиодермии наиболее часто встречаются [стафилококковое импетиго](#), остиофолликулиты, [фолликулиты](#), реже - [фурункулы](#), [вульгарная эктима](#). Существенно, что импетигиозные высыпания преобладают на кистях, запястьях и стопах, т.е. на местах излюбленной локализации чесоточных ходов, а остиофолликулиты и фолликулиты практически всегда приурочены к расположению высыпаний метаморфической части жизненного цикла (живот, грудь, бедра, ягодицы).

Аллергический дерматит при чесотке в большинстве случаев обусловлен сенсibilизацией организма к клещу и продуктам его жизнедеятельности. Общие антигены у чесоточных клещей и клещей домашней пыли (*Dermatophagoides*), широко распространенных в быту, могут усиливать сенсibilизационный фон. Нередко аллергический дерматит возникает вторично как результат нерациональной терапии противочесоточными препаратами.

К казуистическим осложнениям чесотки можно отнести поражение ногтевых пластинок. Эта патология при типичной чесотке наблюдается преимущественно у грудных детей. Ногтевые пластинки истончаются, становятся грязно-серого цвета, свободный край растрескивается, отслаивается от ногтевого ложа, воспаляется эпониhiум. В соскобе роговых масс с поверхности ногтевых пластинок обнаруживаются чесоточные клещи.

Описаны осложнения чесотки в виде доброкачественной лимфоплазии, присоединения вторичной инфекции, панариция, [рожистого воспаления](#), гломерулонефрита, орхоэпидидимита, пневмонии, абсцессов, септицемии.

Псевдосаркоптозом называют заболевание, возникающее у человека при заражении антропонозными клещами от животных (собаки, свиньи, лошади, верблюды, олени, овцы, козы, кролики, лисицы и др). Собаки являются наиболее частыми источниками инвазии, особенно у детей. Описаны даже небольшие эпидемии псевдосаркоптоза. Для заболевания характерен короткий инкубационный период (несколько часов), отсутствие чесоточных ходов, т.к. клещи не размножаются на несвойственном хозяине. Клещи наносят укусы, вызывая сильный зуд.

Высыпания представлены пруригинозными папулами, папуловезикулами преимущественно на открытых участках кожного покрова. От человека к человеку заболевание не передается. При устранении источника может наступить самоизлечение.

При сочетании чесотки с [ихтиозом](#) чесоточные ходы единичные даже при большой давности заболевания. При гипергидрозе кистей и стоп наоборот их численность почти вдвое превышает обычную. При дисгидротической и интертригинозной [эпидермофитии стоп](#) в большом количестве на кистях и стопах имеются экссудативные элементы (везикулы, пузыри, пустулы). Весьма существенно, что после противочесоточной терапии нередко наблюдается экзацербация процесса на кистях по типу везикулезных и везикулобуллезных эпидермофитидов. На фоне псориаза, атопического дерматита, [красного плоского лишая](#) высыпания маскируются проявлениями дерматозов, но достаточно хорошо определяются чесоточные ходы на типичных местах. В некоторых случаях клинические проявления чесотки имитируют [почесуху](#), мастоцитоз, [герпетиформный дерматит Дюринга](#).

У детей процесс, иногда, распространенный с поражением лица и волосистой части головы. Преобладают варианты чесоточных ходов в виде цепочек везикул, пузырей, пустул, лентикулярных папул. Чесоточные ходы нередко выявляются на стопах. Заболевание часто осложняется пиодермией и аллергическим дерматитом. Преобладает стафилококковое импетиго и остиофолликулиты.

Диагноз чесотки ставится на основании комплекса клинических и эпидемиологических данных, лабораторного обнаружения возбудителя. В редких случаях возможно использование лечебного критерия - получение положительного эффекта при лечении "ex juvantibus" одним из противочесоточных препаратов.

Критерии диагностики:

- зуд, усиливающийся в вечернее и ночное время;
- наличие типичных чесоточных ходов и их реактивных вариантов;
- цепочка везикул, пузырь, лентикулярная папула, "ракетка" и т.п., изолированных везикул, фолликулярных, лентикулярных папул;
- типичная локализация высыпаний: чесоточные ходы на кистях, запястьях, стопах, локтях; фолликулярные папулы - на передне-боковой поверхности тела; везикулы - на кистях и стопах в непосредственной близости от ходов; лентикулярные папулы на половых органах мужчин, ягодицах, аксиллярной и пупочной областях, молочных железах у женщин;
- наличие характерных для чесотки симптомов: Арди, Горчакова, Михаэлиса, Сезари;
- преобладание при осложненной чесотке стафилококкового импетиго на кистях, запястьях, стопах; [эктим](#) - на голених и ягодицах; остиофолликулитов и фурункулов на туловище и ягодицах;
- отсутствие эффекта от проведенного ранее лечения антигистаминными, десенсибилизирующими, противовоспалительными средствами, в том числе кортикостероидными мазями.

Дополнительными признаками являются:

- наличие зудящих высыпаний у одного или нескольких членов семьи;
- наличие зудящих высыпаний среди членов организованного коллектива (общежитие, детский сад, интернат, пионерский лагерь, детский дом, казарма и т.п.);
- возникновение заболевания после тесного телесного и полового контакта в постели в вечернее и ночное время; последовательное появление новых больных в очаге;
- не прямой путь заражения при наличии нескольких больных в очаге или высоком паразитарном индексе (числе чесоточных ходов) у одного больного, что часто наблюдается при норвежской чесотке;
- возможность заражения через предметы, которыми непрерывно пользуется большой поток людей - матрасы в поездах, спальные мешки на туристических базах и т.п.;

- улучшение состояния после лечения одним из противочесоточных препаратов с доказанной эффективностью.

Клинические и эпидемиологические данные должны быть подтверждены обнаружением возбудителя чесотки.

Извлечение клеща (в резиновых перчатках) может быть проведено одноразовой стерильной иглой для инъекций, путем соскоба стерильным лезвием или стерильными глазными ножницами или соскобом с участка, куда предварительно была нанесена капля щелочи или молочной кислоты. Все использованные предметы помещаются на один час в раствор дезинфекционного средства.

В исключительных случаях, особенно при чесотке без ходов, когда поиск возбудителя в фолликулярных папулах и везикулах требует высокого профессионализма, одним из диагностических критериев чесотки может быть лечение "ex juvantibus" одним из противочесоточных препаратов с доказанной эффективностью. Исчезновение зуда после первой обработки и разрешение высыпаний к концу недели являются диагностическим критерием наличия у больного типичной чесотки.

Лечение больных чесоткой

Направлено на уничтожение возбудителя с помощью акарицидных препаратов. Основными требованиями к противочесоточным средствам являются: быстрота и надежность терапевтического эффекта, отсутствие раздражающего действия на кожу и противопоказаний к назначению, простота приготовления и применения, стабильность в процессе длительного хранения, доступность для массового использования, гигиеничность и невысокая стоимость. В нашей стране используют бензилбензоат, медифокс, спрегаль, серную мазь.

Лечение больных, выявленных в одном очаге, должно проводиться одновременно, в вечернее время, что связано с ночной активностью возбудителя и поступлением скабицидов в кишечник при питании клеща.

Всем здоровым лицам в семейных очагах и инвазионноконтактных организованных коллективах, а также половым контактам вне очага обязательно провести однократную профилактическую обработку одним из противочесоточных препаратов для устранения возможности "пингпонговой" инфекции.

Мытье и смена нательного и постельного белья проводится перед началом и по окончании курса лечения. Экспозиция препарата на коже должна быть не менее 12 часов, включая весь ночной период.

Постскабиозный зуд после полноценной терапии не является показанием для дополнительного курса специфического лечения.

Длительно персистирующая постскабиозная лимфоплазия, как результат иммуноаллергической реакции организма, не требует дополнительной специфической терапии и не является показанием для освобождения детей от посещения детского коллектива.

При чесотке не бывает рецидивов, постановка такого диагноза неосновательна. Это объясняется тем, что у чесоточного клеща в жизненном цикле нет латентных, длительно переживающих стадий, а также отсутствием у человека стойкого иммунитета по отношению к клещу. Причинами возобновления заболевания чаще является реинвазия от нелеченных контактных лиц в очаге или вне его, а также недолеченность больного в связи с несоблюдением схем лечения (применение заниженных концентраций препаратов, частичная обработка кожного покрова, сокращение продолжительности курса).

Первым звеном профилактической работы является активное выявление больных. Это осуществляется при профилактических осмотрах населения, декретированных контингентов, детских коллективов, при обращении больных в поликлиники, амбулатории, медсанчасти, во время приема на стационарное лечение в лечебно-профилактические учреждения любого профиля, при осмотре школьников в начале учебного года, лиц поступающих в высшие, средние учебные заведения, профтехучилища и т.п. В армии выявление чесотки проводится при осмотрах вновь прибывшего контингента в часть, и по возвращении из отпусков, командировок, с длительных учений, в банные дни.

Вторым звеном является установление очагов чесотки и их ликвидация. При выявлении больного важна эпидемиологическая оценка коллективов, в которых он находился. Так, в семьях при наличии источника заражения выявляется более 60% осмотренных, в организованных инвазионноконтактных коллективах - около 13%, неинвазионноконтактных - менее 10%. При установлении чесотки необходимо выявить источник заражения контактных лиц и взаимоотношения с ними, обращая внимание на половых партнеров в семье и вне ее. Соответственно определяются группы людей, подлежащих обязательному профилактическому лечению. Это все члены семьи и лица, живущие с больным в одном помещении. При неполноценном лечении в очаге может происходить реинвазия ("пингпонговая инфекция"), что нередко неверно расценивается как рецидив заболевания. Для его предупреждения лечение больных и контактных лиц в очаге должны проводиться одновременно. Профилактическое лечение проводится однократно.

Члены организованных коллективов (группы в детских дошкольных учреждениях, учебных заведениях, классы) осматриваются медицинскими работниками на местах. Особое внимание уделяется наличию общих спален. При обнаружении чесотки школьники и дети, посещающие детские ясли, сады, должны быть отстранены от посещения детского учреждения на время лечения. Допуск в детский коллектив осуществляет врач дерматовенеролог или врач, на которого эта обязанность возложена.

Вопрос о профилактическом лечении лиц, бывших в контакте с больным чесоткой в организованном коллективе, решается индивидуально с учетом эпидемиологической обстановки. Профилактическое лечение всех контактных лиц проводится в том случае, если в процессе наблюдения выявляются новые больные в очаге.

Критериями излеченности чесотки являются устранение зуда и исчезновение клинических проявлений заболевания. При полноценном лечении больных и контактных лиц срок наблюдения за последними может быть сокращен до двух недель. Сроки наблюдения за больными индивидуальны. Они увеличиваются при чесотке, осложненной пиодермией, дерматитом, экземой, при постскабиозной лимфоплазии кожи. Наблюдение за семейным очагом и организованным коллективом при условии полноценного профилактического лечения всех его членов осуществляется осмотром - при выявлении больного, после окончания лечения и через две недели. В организованных коллективах, где

профилактическое лечение контактных лиц не проводилось, осмотр осуществляется трижды с интервалом 10 дней.

Лечение больных чесоткой проводится в дерматовенерологическом стационаре или скабиозории:

- при наличии у пациента психического, неврологического или иного заболевания, вследствие которого пациент, при отсутствии ухаживающего за ним лица, не может самостоятельно полностью выполнить все необходимые назначения;
- при отсутствии возможности изоляции пациента (например, в случае чесотки у лица, проживающего в общежитии, интернате и т.д.).

При выявлении чесотки у пациента в стационаре перевод в дерматовенерологический стационар не требуется, лечение проводится в соответствии с требованиями настоящего ОСТА в том отделении, в котором пациент находится в связи с основным заболеванием.

Во всех иных случаях лечение может проводиться в амбулаторно-поликлинических условиях (на дому).

При выявлении в одном очаге нескольких пациентов с чесоткой их лечение должно проводиться одновременно во избежание реинвазии. В профилактике чесотки и борьбе с ней немаловажное значение имеет санитарно-просветительная работа, которую необходимо проводить целенаправленно с учетом контингентов риска, используя различные формы, включая печать, кино, телевидение.

Проведение текущей дезинфекции в очагах чесотки играет существенную роль в ее профилактике. Текущая дезинфекция направлена на уничтожение возбудителя на постельных принадлежностях, одежде и предметах личной гигиены больного, но не в помещении. Методику проведения текущей дезинфекции объясняет лечащий врач, а проводит ее сам больной или ухаживающий за ним член семьи. У каждого пациента обязательно должны быть отдельная кровать, постельные принадлежности и предметы индивидуального пользования (полотенце, мочалка). Обеззараживание постельных принадлежностей, нательного белья и полотенец можно осуществлять кипячением в 1-2% растворе соды или любого стирального порошка в течение 5-7 минут с момента закипания или замачиванием на час в хлорсодержащих растворах. Верхнюю одежду (платья, брюки, костюмы, джемпера и т.п.) обеззараживают проглаживанием с обеих сторон горячим утюгом. Часть вещей, особенно не подлежащих термической обработке, может быть вывешена на открытый воздух на 3 дня, так как клещ и его личинка быстро погибают при комнатной температуре без наличия хозяина. Для дезинфекции некоторых вещей (детские игрушки, обувь, одежда) можно применять способ временного исключения из пользования, для чего их помещают на 3 дня в герметически завязанные полиэтиленовые пакеты. В стационарах и скабиозориях нательное белье и одежду поступающих больных подвергают обработке в дезкамере. Таким же способом обрабатываются после выписки из стационара постельные принадлежности, которыми пользовались больные чесоткой.

Дезинсекция помещений производится в установленном нормативными документами порядке.

7. ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕБОВАНИЙ ПРОТОКОЛА

7.1. Модель пациента:

нозологическая форма: Чесотка;

стадия: чесоточных высыпаний;

фаза: острая;

осложнение: без осложнений

Код по МКБ-10: B86

7.1.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

- полиморфные высыпания на коже туловища и конечностей: папулы, везикулы, кровянистые корочки, эрозии, расчесы;
- чесоточные ходы;
- кожный зуд, особенно усиливающийся в ночное время.

7.1.2. Порядок включения пациента в протокол

1. Состояние больного, удовлетворяющее любым двум вышеуказанным критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.1.3. Требования к диагностике

7.1.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Название	Кратность выполнения
01.01.001	Сбор анамнеза и жалоб в дерматологии	1
01.01.002	Визуальное исследование в дерматологии	1
03.01.001	Осмотр кожи под увеличением (дерматоскопия)	1
11.01.008	Соскоб кожи	1
09.01.001	Микроскопия соскоба с кожи	1

7.1.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

СБОР АНАМНЕЗА И ЖАЛОБ В ДЕРМАТОЛОГИИ

При сборе анамнеза и жалоб больного выявляют следующие особенности клинических данных:

- давность появления высыпаний;
- внезапность возникновения зуда;
- суточная динамика интенсивности зуда (усилением в вечернее и ночное время);
- эффект от применяемых ранее антигистаминных и кортикостероидных препаратов (в случае, если таковые назначались);
- наличие сопутствующих заболеваний кожи, инфекций, передающихся половым путем, и иных состояний, которые могут влиять на выбор условий проведения лечения (например, психических заболеваний) (см. п. 7.1.14).

Выясняется:

- был ли контакт с больным чесоткой,
- наличие зудящего заболевания кожи у членов семьи и/или лиц, с которыми в течение последнего месяца было общение,
- социальный статус больного (постоянного места жительства, условия проживания и пр.),
- была ли возможность заражения через предметы, которыми непрерывно пользуется большой поток людей (шкафы в банях, матрасы в поездах и т.п.).

ВИЗУАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДЕРМАТОЛОГИИ

Осматривается весь кожный покров больного для нахождения чесоточных ходов и элементов высыпаний, из которых может быть извлечен возбудитель; исследование проводят при достаточной освещенности (рассеянном дневном свете).

Особое внимание обращается на участки, типичные для локализации чесоточных ходов и высыпаний: межпальцевые складки кистей, живот, локти, сгибательная поверхность лучезапястных суставов, кожа подмышечных впадин, полового члена, сосков молочных желез, область пупка, ягодиц.

Оценивают состояние пораженных участков - локализацию, размер, характер и распространенность высыпаний. Определяют наличие типичных для чесотки парных папулезно-везикулярных элементов, чесоточных ходов, отсутствие пустул и гнойных корочек на локтях и в их окружности.

Проводят дифференциальную диагностику различных форм заболевания, сочетанной патологии.

Отсутствие чесоточных ходов при наличии чесоточных высыпаний и кожного зуда не исключает диагноза чесотки (убедительность доказательства А).

Кроме того, определяют наличие и выраженность сопутствующих заболеваний кожи (например, [псориаз](#), [контактный дерматит](#), заболевания, передающиеся половым путем, и др.).

ОСМОТР КОЖИ ПОД УВЕЛИЧЕНИЕМ (ДЕРМАТОСКОПИЯ)

Проводится детальное исследование выявленных чесоточных элементов, в том числе чесоточных ходов, для уточнения их характеристик и выбора тех, из которых будет проведен забор материала для выявления возбудителя.

Вероятность обнаружения возбудителя в чесоточном ходе - 97%, в других первичных элементах (фолликулярных узелках на туловище и конечностях, пузырьках на кистях) - не более 20-30%, во вторичных элементах - меньше 20%.

СОСКОБ КОЖИ И МИКРОСКОПИЯ СОСКОБА С КОЖИ выполняется для выявления чесоточного клеща или достоверных признаков его пребывания (яйца клеща), обнаружение которых патогномонично для чесотки (специфичность - 100%).

7.1.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Название	Кратность выполнения
01.008.02	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога повторный	5
13.30.003	Психологическая адаптация	1

7.1.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

ПРИЕМ (ОСМОТР, КОНСУЛЬТАЦИЯ) ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА при лечении чесотки проводится пятикратно: первый - при назначении лечения, второй - через 3 дня после его окончания, а затем каждые 10 дней в течение 1,5 месяца (3 раза) в период диспансерного наблюдения.

При сборе анамнеза и жалоб больного обращают внимание на эффект от проводимого лечения:

- изменение характера зуда или его исчезновение;
- изменение характера или исчезновение высыпаний.

При визуальном исследовании оценивают состояние пораженных участков кожи, в том числе наличие признаков воспаления в зонах высыпаний, эскориаций, массивных корок, постскабиозной лимфоплазии; особое внимание фиксируют на отсутствии (или наличии) свежих высыпаний.

При назначении лекарственной терапии пациенту детально объясняют правила применения прописанного противопаразитарного препарата.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ пациентов проводится с целью избежания возникновения состояния, обозначаемого как "мнемодермия" - ощущение наличия клещей после полноценной терапии. Весьма существенно при первом осмотре подчеркнуть, что чесотка излечима, рецидивы заболевания нетипичны, а эффективность терапии зависит от соблюдения больным всех предписаний врача. Уместно указать на возможность постскабиозного зуда и длительное персистирование постскабиозной лимфоплазии, объяснив, что эти состояния связаны не с наличием живого возбудителя, а являются

результатом аллергической реакции организма на клеща и продукты его жизнедеятельности.

7.1.7. Требования к лекарственной терапии

Наименование группы	Кратность(продолжительность)лечения
Противопаразитарные средства	Согласно алгоритму
Не половые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны; Кортикостероидные мази	По потребности
Ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты; Нестероидные мази	По потребности

7.1.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

АЛГОРИТМ ТЕРАПИИ ПРОТИВОМИКРОБНЫМИ И ПРОТИВОПАРАЗИТАРНЫМИ СРЕДСТВАМИ

Общие правила:

- применять препарат в вечернее время, лучше перед сном, что связано с суточным ритмом жизни возбудителя заболевания чесоточного клеща;
- мытье больного и смена нательного и постельного белья проводится перед началом лечения и после его окончания;
- нанесение препарата проводят во все участки кожного покрова, за исключением области лица и волосистой части головы; у детей до трех лет нанесение препарата проводится на все участки кожного покрова;
- нанесение препарата проводят только рукой (не тампоном, салфеткой), что обусловлено высокой численностью чесоточных ходов на кистях;
- избегать попадания препарата на слизистую глаз, носовых ходов и ротовой полости, а также слизистую половых органов; в случае попадания на слизистые промыть их проточной водой;
- экспозиция нанесенного на кожу препарата должна быть не менее 12 часов;
- лечение больных, выявленных в одном очаге (например, в семье), проводится одновременно во избежание реинвазии.

Используют один из противочесоточных препаратов с доказанной клинической эффективностью: бензилбензоат, медифокс, спрегаль, серная мазь.

БЕНЗИЛБЕНЗОАТ, эмульсия

применяют наружно согласно следующему алгоритму:

1-й день:

- 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.

ПЕРМЕТРИН (медифокс), эмульсия

- применяют наружно согласно следующему алгоритму:

1-й день:

- Приготовить свежую водную эмульсию препарата, для чего 1/3 содержимого флакона (8 мл 5% раствора) смешать со 100 мл кипяченой воды комнатной температуры.
- Вымыться под душем теплой водой с мылом, стараясь максимально распарить кожу, вытереться полотенцем.
- Втереть свежеприготовленную эмульсию 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.

- Сменить нательное и постельное белье.

2-3 дни:

- ежедневно 1 раз в день втирать мазь в кожу рук, затем туловища и ног, включая подошвы и пальцы.

4-й день:

- Смыть остатки препарата теплой водой с мылом без растирания кожи.

- Сменить нательное и постельное белье.

СПРЕГАЛЬ, аэрозоль

- применяют наружно согласно следующему алгоритму:

- Вымыться под душем теплой водой с мылом, стараясь максимально распарить кожу, вытереться полотенцем.

- Аэрозоль нанести на все тело, за исключением лица и головы, опрыскивая кожу с расстояния 20-30 см от ее поверхности в направлении сверху вниз.

- Сменить нательное и постельное белье.

- Утром не мыться, не менять белье.

- Вечером следующего дня принять душ.

- Сменить нательное и постельное белье.

Лечение "Спрегалем", как правило, проводится однократно.

СЕРНАЯ МАЗЬ (серная мазь простая, 33%)

- применяют наружно согласно следующему алгоритму:

1-й день:

- Вымыться под душем теплой водой с мылом, стараясь максимально распарить кожу, вытереться полотенцем.

- Втереть мазь 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.

- Сменить нательное и постельное белье.

2-5 дни:

- ежедневно 1 раз в день втирают мазь в кожу рук, затем туловища и ног, включая подошвы и пальцы.

6-й день:

- Смыть под душем с мылом остатки препарата.
- Сменить нательное и постельное белье.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕСОТКИ У ДЕТЕЙ

- Втирание мази в кожу ребенка проводит мать или другое ухаживающее за ним лицо.
- Обязательно втирать препарат во все участки кожного покрова, даже в случае ограниченного поражения, исключая кожу в области лица и волосистой части головы.
- Во избежание попадания препарата в глаза при прикосании к ним руками, маленьким детям надевают распашонку (рубашку) с зашитыми рукавами или варежки (рукавички); можно наносить препарат во время сна ребенка.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕСОТКИ У БЕРЕМЕННЫХ И КОРМЯЩИХ ЖЕНЩИН

Препаратом выбора является бензилбензоат и спрегаль, в отношении которых показана безопасность применения при беременности и лактации (убедительность доказательства В). Использование перметрина (медифокса) при беременности и лактации противопоказано.

7.1.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации

Больные изолируются для исключения контакта с коллективом.

7.1.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Кратность выполнения
13.31.001	Обучение самоуходу	1
13.31.006	Обучение уходу за больным ребенком	1

ОБУЧЕНИЕ САМОУХОДУ включает изучение правил нанесения лекарственного препарата, дезинфекции белья и постельных принадлежностей, уборки жилья.

ОБУЧЕНИЕ УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ включает изучение правил нанесения лекарственного препарата в кожу ребенка, смены одежды, в том числе надевания средств, защищающих руки ребенка (с целью избежания попадания препарата в глаза), дезинфекции белья и постельных принадлежностей, уборки жилья.

7.1.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Специальных требований нет.

7.1.12. Информированное согласие пациента при выполнении протокола

См. приложение N 4 к настоящему отраслевому стандарту.

7.1.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

См. приложения N 1, 2 к настоящему отраслевому стандарту.

7.1.14. Правила изменения требований при выполнении протокола и порядок исключения пациента из протокола

1. При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностически-лечебных мероприятий, при отсутствии чесотки, пациент переходит в Протокол ведения больных с соответствующим/выявленным заболеванием/синдромом.

2. При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками чесотки (например, при первичном выявлении инфекций, передающихся половым путем) медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

а) раздела этого Протокола ведения больных, соответствующего лечению чесотки;

б) Протокола ведения больных с выявленным заболеванием/синдромом.

3. При наличии у пациента психического, неврологического или иного заболевания, вследствие которого пациент, при отсутствии ухаживающего за ним лица, не может самостоятельно полностью выполнить все необходимые назначения; при сочетании чесотки с другим заболеванием кожи в стадии обострения; при высоко контагиозных вариантах чесотки (например, норвежской чесотке), а также при отсутствии возможности изоляции пациента (например, в случае чесотки у лица, проживающего в общежитии, интернате и т.д.) лечение проводится в стационарных условиях в соответствии с требованиями данной модели пациента.

7.1.15. Возможные исходы и их характеристика

Наименование исхода	Частота развития (%)	Критерии и признаки достижения исхода	Ориентировочное время оказания медицинской помощи	Преимственность и этапность
Восстановление здоровья	91	Полное отсутствие зуда и высыпаний	дней	-
Восстановление здоровья с частичным нарушением	2	Отсутствие свежих чесоточных высыпаний,	Через одну неделю после начала терапии	Оказание медицинской помощи по разделу 7.2

функции органа		наличие постскабиозного зуда		данного протокола
Отсутствие эффекта	3	Сохранение кожного зуда и чесоточных высыпаний	Через 2 недели от начала терапии	Повторное лечение по данному протоколу
Хронизация	3	Сохранение кожного зуда и чесоточных высыпаний	1,5 мес	Повторное лечение по данному протоколу
Развитие ятрогенных осложнений	1	Появление новых заболеваний или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, контактного дерматита)	В любой период	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

7.1.16. Стоимостные характеристики протокола

См. раздел "Мониторирование. Оценка стоимости выполнения протокола".

7.2. Модель пациента:

нозологическая форма: **Чесотка;**

стадия: **чесоточных высыпаний;**

фаза: **постскабиозный зуд;**

осложнение: нет

Код по МКБ-10: B86

7.2.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

- кожный зуд, не связанный со временем суток, сохраняющийся в течение двух недель после завершения полного курса лечения чесотки;
- отсутствие свежих чесоточных высыпаний;

- завершение полного курса лечения чесотки.

7.2.2. Порядок включения пациента в протокол

1. Состояние больного, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.2.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код		
01.01.001	Сбор анамнеза и жалоб в дерматологии	1
01.01.002	Визуальное исследование в дерматологии	1
03.01.001	Осмотр кожи под увеличением (дерматоскопия)	По необходимости
11.01.008	Соскоб кожи	По необходимости
09.01.001	Микроскопия соскоба с кожи	По необходимости

7.2.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

СБОР АНАМНЕЗА И ЖАЛОБ В ДЕРМАТОЛОГИИ

При сборе анамнеза и обследовании больного выясняется:

- когда и каким противопаразитарным средством проводилось лечение чесотки;
- соблюдение при проведенном лечении правил использования противопаразитарных средств;
- проводилось ли одновременно лечение контактных лиц (то есть исключение возможности повторного заражения);
- отсутствие связи кожного зуда со временем суток;
- наличие сопутствующих кожных заболеваний (например, атопического дерматита);
- социальный статус больного (наличие или отсутствие профессиональной занятости, постоянного места жительства, условия проживания и пр.);
- возможность повторного заражения через предметы, которыми непрерывно пользуется большой поток людей (шкафы в банях, матрацы в поездах и т.п.).

ВИЗУАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДЕРМАТОЛОГИИ

Проводится осмотр всего больного для исключения (выявления) свежих чесоточных ходов и элементов высыпаний, которые бы свидетельствовали о повторном заболевании. Учитывают то, что в этот период времени могут сохраняться отдельные постскабиозные элементы (например, экскориации, лимфоплазия).

7.2.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Название	Кратность выполнения
01.008.02	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога повторный	2
13.30.003	Психологическая адаптация	1

7.2.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

При сборе анамнеза и обследовании больного обратить внимание на эффект от проводимого лечения:

- изменение характера/исчезновение зуда.

Визуальное исследование проводится, как минимум, двукратно: до начала лечения, через неделю после его окончания. Исключают наличие свежих чесоточных высыпаний, пиодермии.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ пациентов проводится с целью избежания возникновения состояния, обозначаемого как "мнемодермия" - ощущение наличия клещей после полноценной терапии. Подчеркивают, что чесотка излечима, рецидивы заболевания нетипичны. Указывают на то, что постскабиозный зуд и длительное персистирование постскабиозной лимфоплазии связаны не с наличием живого возбудителя, а являются результатом аллергической реакции организма на клеща и продукты его жизнедеятельности. Неоднократно следует подчеркнуть, что такие больные эпидемиологической опасности для окружающих не представляют.

7.2.7. Требования к лекарственной помощи

Наименование группы	Кратность (продолжительность) лечения
Антигистаминные средства	5-7 дней
Нестероидные гормоны, синтетические субстанции и антигормоны; нестероидные мази	По потребности

Ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты	По потребности
--	----------------

Лечение постскабиозного зуда проводят одним из антигистаминных препаратов, иногда в сочетании с кортикостероидной мазью; противопаразитарные средства применять не следует (убедительность доказательства - В).

АНТИГИСТАМИННЫЕ СРЕДСТВА I и II поколений назначаются в среднем на 5-7 дней. Выбор препарата осуществляется эмпирически. Предпочтение отдается препаратам, обладающим седативным эффектом. Используют дозы и режимы приема, установленные для прописанного препарата. Критерием их эффективности является исчезновение кожного зуда.

КОРТИКОСТЕРОИДНЫЕ МАЗИ назначаются в случае выраженного постскабиозного зуда в среднем на 10 дней. Выбор препарата осуществляется эмпирически. Используются мази средней степени активности, а также комбинированные кортикостероиды для профилактики вторичной инфекции. В дозах и режимах, установленных для прописанных препаратов. Средний срок применения - 10 дней. Критерием эффективности является исчезновение кожного зуда. Глюкокортикостероиды системного действия применять при чесотке нецелесообразно.

7.2.8. Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации

Специальных требований нет.

7.1.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Специальных требований нет.

7.2.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Специальных требований нет.

7.1.12. Информированное согласие пациента при выполнении протокола

См. приложение N 4 к настоящему отраслевому стандарту.

7.1.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

См. Приложения N 1, 2 к настоящему отраслевому стандарту.

7.2.14. Правила изменения требований при выполнении протокола и порядок исключения пациента из протокола

1. При выявлении признаков чесотки (реинфекция в случае несоблюдения правил лечения) пациент переходит в раздел 7.1. настоящего Протокола ведения больных.

2. При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и(или) лечебных мероприятий, при отсутствии постскабиозного зуда,

пациент переходит в Протокол ведения больных с соответствующим/выявленным заболеванием/синдромом.

3. При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и (или) лечебных мероприятий, наряду с постскабиозным зудом медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

а) этого раздела Протокола ведения больных с чесоткой;

б) Протокола ведения больных с выявленным заболеванием/синдромом.

1.1.1. Возможные исходы и их характеристика

Наименование исхода	Частота развития (%)	Критерии и признаки достижения исхода	Ориентировочное время оказания медицинской помощи	Преимственность и этапность
Восстановление здоровья	99	Полное отсутствие зуда	7-10 дней	-
Возникновение нового заболевания	1	Повторное заражение	На любом этапе заболевания	Оказание медицинской помощи в соответствии с требованиями раздела 7.1 настоящего протокола

1.1.2. Стоимостные характеристики протокола

См. раздел "Мониторирование. Оценка стоимости выполнения протокола".

9. МОНИТОРИРОВАНИЕ

Критерии и методология мониторинга и оценки эффективности выполнения протокола

Мониторирование проводится на всей территории Российской Федерации.

Перечень медицинских учреждений, в которых проводится мониторинг данного ОСТ, определяется ежегодно учреждением, ответственным за мониторинг. Лечебно-профилактическое учреждение информируется о включении в перечень по мониторингу ОСТ письменно.

Мониторирование ОСТ включает:

- сбор информации: о ведении пациентов с чесоткой в лечебно-профилактических учреждениях всех уровней, включая педиатрические учреждения (отделения);
- анализ полученных данных;

- составление отчета о результатах проведенного анализа;
- представление отчета группе разработчиков Протокола в Отдел стандартизации в здравоохранении Института общественного здоровья и управления здравоохранения Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова;
- исходными данными при мониторинговании являются:
- медицинская документация - карты пациента (Приложение 3 к настоящему отраслевому стандарту);
- тарифы на медицинские услуги;
- тарифы на лекарственные препараты.

При необходимости при мониторинговании ОСТ могут быть использованы истории болезни, амбулаторные карты пациентов с чесоткой и иные документы.

Карты пациента заполняются в медицинских учреждениях, определенных перечнем по мониторингованию, ежеквартально в течение последовательных 10 дней третьей декады каждого первого месяца квартала (например, с 21 по 30 января) и передаются в учреждение, ответственное за мониторингование, не позднее, чем через 2 недели после окончания указанного срока.

Отбор карт, включаемых в анализ, осуществляется методом случайной выборки. Число анализируемых карт должно быть не менее 500 в год.

В анализируемые в процессе мониторинга показатели входят: критерии включения и исключения из Протокола, перечни медицинских услуг обязательного и дополнительного ассортимента, перечни лекарственных средств обязательного и дополнительного ассортимента, исходы заболевания, стоимость выполнения медицинской помощи по Протоколу и др.

Принципы рандомизации

В данном Протоколе рандомизация (лечебных учреждений, пациентов и т.д.) не предусмотрена.

Порядок оценки и документирования побочных эффектов и развития осложнений

Информация о побочных эффектах и осложнениях, возникших в процессе диагностики и лечения больных, регистрируется в Карте пациента (Приложение 3 к настоящему отраслевому стандарту).

Порядок исключения пациента из мониторинга

Пациент считается включенным в мониторингование при заполнении на него Карты пациента. Исключение из мониторингования проводится в случае невозможности продолжения заполнения Карты (например, неявка на врачебный прием).

В этом случае Карта направляется в учреждение, ответственное за мониторингование, с отметкой о причине исключения пациента из Протокола.

Промежуточная оценка и внесение изменений в протокол

Оценка выполнения ОСТ проводится 1 раз в год по результатам анализа сведений, полученных при мониторинговании.

Внесение изменений в Протокол проводится в случае получения информации:

- а) о наличии в ОСТ требований, наносящих урон здоровью пациентов;
- б) при получении убедительных данных о необходимости изменений требований Протокола обязательного уровня.

Решение об изменениях принимается группой разработчиков. Введение изменений требований ОСТ в действие осуществляется Министерством здравоохранения Российской Федерации в установленном порядке.

Параметры оценки качества жизни при выполнении протокола

Оценка качества жизни пациента при выполнении данного Протокола не предусмотрена.

Оценка стоимости выполнения протокола и цены качества

Клинико-экономический анализ проводится согласно требованиям нормативных документов.

1.2. Сравнение результатов

При мониторинговании ОСТ ежегодно проводится сравнение результатов выполнения требований Протокола, статистических данных (заболеваемости), показателей деятельности медицинских учреждений (койко-день).

Порядок формирования отчета и его форма

В ежегодный отчет о результатах мониторингования включаются количественные результаты, полученные при разработке медицинских карт, и их качественный анализ, выводы, предложения по актуализации. Материалы отчета хранятся в Лаборатории проблем стандартизации в здравоохранении Института управления здравоохранения ММА им. И.М.Сеченова Минздрава России в виде текста, отпечатанного на бумаге, CD-диске в архиве вышеназванной Лаборатории.

Результаты отчета могут быть опубликованы в открытой печати.

Приложение N 1 к отраслевому стандарту "Протокол ведения больных. Чесотка"

ПАМЯТКА БОЛЬНОМУ ЧЕСОТКОЙ

Чесотка - заразная болезнь, возбудителем которой является чесоточный клещ. Заражение чаще всего происходит при непосредственном контакте с больным. Поскольку чесоточные клещи передвигаются в основном ночью, заражение часто происходит в постели. Дети могут заразиться от других членов семьи, лиц, ухаживающих за ребенком, и в детском коллективе.

Чесотка передается через белье и постельные принадлежности, возможно заражение через матрасы и одеяла в поездах. Учитывая это, лечиться должны все, кто близко контактировал с больным.

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.

Все белье и прочее, что соприкасалось с зараженной кожей, должно быть подвергнуто тщательной термической обработке - кипячению, глажению, а там, где этого сделать нельзя - заменено новым. Одежда, частично соприкасавшаяся с кожей (воротники, рукава курток, свитеров, пальто, плащей и др.), обувь может быть обеззаражена вывешиванием на воздух на 3 дня или помещением в закрытый полиэтиленовый мешок до 3 дней (не менее, чем на 72 часа). В квартире необходимо провести уборку, мытье полов с мылом или добавлением дезинфицирующих средств.

Подушки, матрас, одеяла, верхнюю одежду (кроме меховых изделий) поместить в хорошо проветриваемое помещение на 5-7 дней или использовать препарат А-ПАР.

Больной должен помнить, что успех лечения зависит от того, насколько тщательно обработана не только кожа, но и одежда, постельное белье.

Приложение N 2 к отраслевому стандарту "Протокол ведения больных. Чесотка"

ПАМЯТКА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ЧЕСОТКОЙ

Следует знать, что при чесотке у детей может быть поражена кожа головы и лица, поэтому препарат наносить на весь кожный покров. Маленьким детям во избежание попадания препарата в глаза и в рот нужно надеть распашонку с зашитыми рукавами или рукавички (варежки).

Лечение ребенка проводит мать или другие ухаживающие лица. В связи с тесным контактом с детьми может происходить заражение детей от родителей (ухаживающих лиц) или наоборот. Поэтому надо проводить лечение одновременно, даже при отсутствии видимых проявлений болезни.

Перед началом лечения вымыть ребенка под душем с мылом, насухо вытереть полотенцем, после чего провести втирание или нанесение лекарственного препарата согласно требованиям. Все мероприятия проводить в одноразовых перчатках, которые затем выбрасывают.

Важно, легко втирая, наносить лекарство на кожу всего тела, начиная сверху - голова (включая волосистую часть и лицо), туловище, конечности. Мытье ребенка и смену белья проводят в соответствии с алгоритмом лечения используемым препаратом. Постельное и нательное белье ребенка следует прокипятить и прогладить горячим утюгом.

Приложение N 3 к отраслевому стандарту "Протокол ведения больных. Чесотка"

МОНИТОРИРОВАНИЕ ОСТа "ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. ЧЕСОТКА"

КАРТА ПАЦИЕНТА

История болезни N _____

Наименование учреждения _____

Дата: начало наблюдения _____ окончание наблюдения _____

Ф.И.О. _____ возраст _____

Диагноз основной _____

Сопутствующие заболевания:

Модель пациента: _____

Объем оказанной нелекарственной медицинской помощи:

Код	Наименование ПМУ	Отметка о выполнении (кратность)
Диагностика		
01.01.001	Сбор анамнеза и жалоб в дерматологии	
01.01.002	Визуальное исследование в дерматологии	
03.01.001	Осмотр кожи под увеличением (дерматоскопия)	
11.01.008	Соскоб кожи	
09.01.001	Микроскопия соскоба с кожи	
Лечение		
01.008.02	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога повторный	
13.30.003	Психологическая адаптация	

Лекарственная помощь (указать применяемый препарат):

Лекарственные осложнения (указать проявления):

Наименование препарата, их вызвавшего:

ИСХОД (по классификатору исходов):

Информация о пациенте передана в учреждение, мониторирующее Протокол:

(дата)

Подпись лица, ответственного за мониторирование ОСТ в медицинском учреждении:

Полнота выполнения обязательного перечня немедикаментозной помощи - да/нет

Выполнение сроков выполнения медицинских услуг - да / нет

Полнота выполнения обязательного перечня лекарственного ассортимента - да / нет

Соответствие лечения требованиям протокола по срокам/продолжительности - да / нет

Комментарии:

(дата) (подпись)

Приложение N 4 к отраслевому стандарту "Протокол ведения больных. Чесотка"

Приложение к медицинской карте N _____

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРЕДЛОЖЕННЫЙ ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

Я, _____

(ф.,и.,о.)

получил информацию по поводу чесотки: об особенностях течения заболевания, особенностях лечения, о вероятном прогнозе.

Мне предложен план обследования и лечения в соответствии с протоколом N _____, даны полные разъяснения о характере, целях и продолжительности, а также о том, что предстоит делать во время их проведения.

Я извещен о необходимости соблюдения в ходе лечения режим, ограничивающий контакты с другими лицами, правильном выполнении нанесения (втирания) лекарственного препарата в кожу, сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия.

Я обучен методике лечения чесотки препаратом (указать название)

Я извещен, что несоблюдение рекомендаций врача, правил нанесения (втирания) препарата, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья и возможности заражения окружающих меня лиц.

Мне сообщили о необходимости одновременного лечения всех членов семьи (лиц, находящихся в тесном с ним контакте).

Мне сообщили о вероятном течении заболевания при отказе от лечения.

Я извещен о правилах дезинфекции постельных принадлежностей, одежды и обуви в домашних условиях.

Я имел возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния моего здоровья, заболевания и лечения и получил на них удовлетворительные ответы.

Беседу провел врач _____

(подпись врача)

"__" _____ 20__ г.

Пациент согласился с предложенным планом лечения, в чем расписался собственноручно

(подпись пациента)

или расписался его законный представитель _____

(подпись законного представителя)

что удостоверяют присутствовавшие при беседе _____

(подпись свидетеля)

Пациент не согласился (отказался) от предложенного лечения, в чем расписался собственноручно _____

(подпись пациента)

или расписался его законный представитель _____

(подпись законного представителя)

ПЕРЕЧЕНЬ УЧРЕЖДЕНИЙ, ОТВЕТСТВЕННЫХ ЗА МОНИТОРИНГ ОСТ
91500.11.0003-2003

"ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. ЧЕСОТКА"

Центральный научно-исследовательский институт кожно-венерологических заболеваний им. И.И. Пирогова, г. Москва, 107076

ул. Короленко, д. 3, корп. 4 (095) 964-26-20

ПЕРЕЧЕНЬ УЧРЕЖДЕНИЙ, УЧАСТВУЮЩИХ В МОНИТОРИРОВАНИИ ОСТ
91500.11.0003-2003

"ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. ЧЕСОТКА"

Тверская государственная медицинская академия

107064, г. Тверь, ул. Советская, д. 4 (0822)33-06-98

Кафедра инфекционных, кожных и венерических болезней Института медицины и экологии Ульяновского государственного университета

432600, г. Ульяновск, ул. К.Либкнехта, 1

Московский кожно-венерологический диспансер N 2

107078, Москва, ул. Новая Басманная, д. 22

ФОРМУЛЯРНЫЕ СТАТЬИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ К ОСТ 91500.11.0003-2003
"ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. ЧЕСОТКА"

ПЕРМЕТРИН (permethrin)

1. Международное непатентованное название: перметрин.
2. Фармакотерапевтическая группа. Средства, применяемые для профилактики и лечения инфекций.
3. Основные синонимы: медифокс.
4. Основные фармакотерапевтические действия и эффекты.

Перметрин нарушает проницаемость для катионов мембран нервных клеток насекомых, оказывая тем самым акарицидное действие. Действует на взрослых особи, личинки и яйца.

5. Краткие сведения о доказательствах эффективности.

Клиническая эффективность перметрина при чесотке исследована в отечественных и зарубежных контролируемых исследованиях, в том числе одном рандомизированном; полное выздоровление достигнуто у 95-98% больных [13, 14, 15, 16, 17, 21]. По данным мета-анализа Walker G.J.A., Johnstone P.W., перметрин является одним из наиболее эффективных средств для лечения чесотки (убедительность доказательства А) [22].

6. Краткие результаты фармакоэкономических исследований и исследований доказательности получаемых фармакологических эффектов (с проведением сравнительных сведений по аналогам).

Расчет затрат на лечение чесотки перметрином (медифоксом) показал экономическую целесообразность его применения по сравнению с другими противопаразитарными препаратами (бензилбензоат, спрегаль) [8].

7. Фармакодинамика, фармакокинетика и биоэквивалентность (с проведением сравнительных сведений по аналогам).

Перметрин проникает только в верхние слои эпидермиса. Не всасывается в системный кровоток.

8. Показания к применению. Чесотка.

9. Противопоказания. Аллергическая реакция на препарат, беременность, лактация.

10. Критерии эффективности, принципы подбора и изменения дозы лекарственного средства, отмены лекарственного средства.

Положительная динамика клинических проявлений (исчезновение зуда и регресс высыпаний), отсутствие возбудителя при лабораторном исследовании. Наносится на кожу всего туловища в 1-й, 2 и 3-й дни лечения. Используется постоянная концентрация и доза перметрина: 0,4% водная эмульсия, приготавливаемая ex tempore путем добавления 8 мл 5% концентрата перметрина к 100 мл кипяченой воды комнатной температуры. Препарат отменяется по окончании курса лечения, а также в случае возникновения аллергической реакции, контактного дерматита.

11. Предостережения и информация для медицинского персонала.

Препарат изготовлен в форме концентрата. Для приготовления раствора, втираемого в кожу, следует его развести кипяченой водой комнатной температуры (см. п. 10). При попадании препарата на слизистые оболочки может возникать жжение, которое быстро проходит после промывания их проточной водой или раствором пищевой соды; при наличии раздражения слизистой оболочки глаз закапать за веко 30% сульфацил натрия (альбуцид).

12. Особенности применения и ограничения при беременности, грудном вскармливании, у детей в различных возрастных группах, в пожилом возрасте, при недостаточности функции печени, почек, при отдельных заболеваниях и др.

Не применяется при беременности, грудном вскармливании, у детей в возрасте до 1 года.

13. Побочные эффекты и осложнения при применении лекарственного средства.

Описаны отдельные случаи возникновения жжения в месте втирания препарата, которое проходит самостоятельно через несколько минут.

14. Передозировка лекарственного препарата и методы ее коррекции.

Случаев передозировки препарата при соблюдении рекомендованных режимов терапии ранее не описано. При случайном попадании средства в рот и желудок следует прополоскать рот водой или 2% раствором пищевой соды, после чего дать выпить стакан воды, в котором размешаны 2 столовые ложки активированного угля.

15. Взаимодействие с другими лекарственными средствами.

Усиления или ослабления эффектов или токсичности при одновременном применении с другими лекарственными средствами не описано.

16. Применение лекарства в составе сложных лекарственных средств с указанием наименования последних.

- Ниттифор (Biogal Pharmaceutical Works, Венгрия), раствор для наружного применения во флаконе вместимостью 60 мл, содержит перметрин и цитилперидиния бромид.

17. Предостережения и информация для пациента.

Втирание препарата проводится 1 раз в день на ночь в течение 3-х дней: после мытья тщательно рукой нанести свежеприготовленную эмульсию перметрина (см. п. 10) на кожу рук, туловища и ног, включая подошвы и пальцы; сменить нательное и постельное белье. Руки после обработки не мыть в течение 3 часов, в последующем втирать препарат в кожу кистей после каждого их мытья. Во время втирания может быть жжение, которое проходит через несколько минут. На четвертый день вечером остатки препарата смыть теплой водой с мылом без растирания кожи, сменить постельное и нательное белье (о дезинфекции использованного постельного и нательного белья см. в разделе "Профилактика чесотки"). Не использовать препарат по окончании срока годности, указанного на упаковке.

18. Дополнительные требования к информированию согласия пациента при применении лекарственного средства.

Пациента информируют о вышеуказанных правилах применения лекарственного средства.

19. Формы выпуска, дозировка, применение.

- Медифокс (Россия), 5% концентрат для приготовления эмульсии для наружного применения, ампулы - 2 мл, флаконы - 8 мл, бутылки - 0,5 л.

20. Особенности хранения.

Хранить в сухом, защищенном от света месте, недоступном для детей при температуре от -10 град. С до +25 град. С.

БЕНЗИЛОВЫЙ ЭФИР БЕНЗОЙНОЙ КИСЛОТЫ (benzylü benzoas)

1. Международное непатентованное название: бензиловый эфир бензойной кислоты.

2. Фармакотерапевтическая группа. Средства, применяемые для лечения и профилактики инфекций.

3. Основные синонимы: бензилбензоат.

4. Основные фармакотерапевтические действия и эффекты.

Оказывает токсическое воздействие на личинки и взрослые особи чесоточных клещей, не действует на яйца клещей. Обладает мягким анестезирующим действием.

5. Краткие сведения о доказательствах эффективности лекарственного средства.

Клиническая эффективность препарата показана в отечественных и зарубежных проспективных нерандомизированных исследованиях при лечении больных чесоткой, выздоровление достигнуто у 80-98,7% больных (уровень убедительности доказательства В) [3, 9, 10, 20].

6. Краткие результаты фармакоэкономических исследований и исследований доказательности получаемых фармакологических эффектов (с проведением сравнительных сведений по аналогам). Исследования не проводились.

7. Фармакодинамика, фармакокинетика и биоэквивалентность (с проведением сравнительных сведений по аналогам). Бензилбензоат проникает только в верхние слои эпидермиса. Не всасывается в системный кровоток. Не оказывает токсического действия при приеме внутрь.

8. Показания к применению. Чесотка.

9. Противопоказания к применению. Аллергические реакции на бензилбензоат.

10. Критерии эффективности, принципы подбора и изменения дозы лекарственного средства, отмены лекарственного средства.

Положительная динамика клинических проявлений (исчезновение зуда и регресс высыпаний), исчезновение возбудителя. Наносится на кожу всего туловища двукратно - на 1-й и 4-й дни лечения. Используется постоянная концентрация и доза бензилбензоата: 20%, 200 мл. Первое нанесение бензилбензоата препарата может быть прервано и повторное (на 4-й день лечения) нанесение отменено в случае его непереносимости - появления эритемы, усиления зуда. Препарат отменяется по окончании курса лечения, а также в случае возникновения аллергической реакции, контактного дерматита.

11. Предостережения и информация для медицинского персонала.

Нанесение лекарственного средства больному производить в перчатках. Избегать его попадания на слизистые оболочки, т.к. возникает сильное жжение. Детям раннего возраста для исключения попадания препарата в глаза следует надеть на руки варежки (рукавички) или рубашку (распашонку) с защитными рукавами.

12. Особенности применения и ограничения при беременности, грудном вскармливании, у детей в различных возрастных группах, в пожилом возрасте, при недостаточности функции печени, почек, при отдельных заболеваниях и др.

Особенности применения и ограничения для применения не установлены.

13. Побочные эффекты и осложнения при применении лекарственного средства.

В 20% случаев возникают явления медикаментозного дерматита, жжение в области расчесов [9].

Дерматит может быть обусловлен более длительным, чем предлагается в инструкции, применением [10]. Крайне редко (менее чем в 1% случаев) наблюдаются конъюнктивиты, слезотечение, головные боли, головокружение.

14. Передозировка лекарственного препарата и методы ее коррекции. Случаи передозировки бензилбензоата ранее не описаны.

15. Взаимодействие с другими лекарственными средствами.

Усиления или ослабления эффектов или токсичности при одновременном применении с другими лекарственными средствами не описано.

16. Применение лекарства в составе сложных лекарственных средств с указанием наименования последних.

Аскабиол (Ascabiol) - препарат, содержащий равное количество бензилбензоата, твердого мыла и этилового спирта.

Бензосептол (Benzoseptol) - препарат, содержащий равное количество бензилбензоата, мягкого мыла и изопропилового спирта.

Новоскабиол (Novoscabiol) - препарат, содержащий бензилбензоат - 30,0, метилэстер - 1,0, парафиновое масло - 69,0.

Нбин (Nbin) - препарат, содержащий бензилбензоат - 68 частей, твин-80 - 14 частей, анестезин - 12 частей, ДЦТ - 6 частей.

17. Предостережения и информация для пациента. После мытья под душем теплой водой с мылом, тщательно рукой втирать препарат, который нужно хорошо взболтать, в кожу рук, затем туловища и ног, включая подошвы и пальцы; сменить нательное и постельное белье. Руки после обработки не мыть в течение 3 часов, в последующем втирать препарат в кожу кистей после каждого их мытья. Во время втирания может быть жжение, которое проходит через несколько минут. Оставить лекарственное средство на коже на 72 часа (второй и третий дни не мыться, не мазаться, не менять белье). На четвертый день вечером сменить нательное и постельное белье, смыть препарат под проточной водой (душ) с мылом без растирания. Вновь втереть препарат в кожу туловища, рук и ног. На следующее утро смыть под душем с мылом остатки препарата; повторно провести смену белья (о дезинфекции использованного постельного и нательного белья см. в разделе "Профилактика чесотки"). Не использовать препарат по окончании срока годности, указанного на упаковке.

18. Дополнительные требования к информированию согласия пациента при применении лекарственного средства. Пациента информируют о вышеуказанных правилах применения лекарственного средства, возможных побочных эффектах (п. 13, 17), возможности развития дерматита.

19. Форма выпуска, дозировка, применение ЛС.

- Бензилбензоат (Россия), мазь для наружного применения, 20%; банки - 25 г, тубы - 30 г.

- Бензилбензоат (Россия), эмульсия для наружного применения, 20%; флаконы - 50, 100 и 200 г, канистры - 5 и 10 кг.

Наиболее удобной формой является эмульсия бензилбензоата.

20. Особенности хранения лекарственного средства. Хранить в сухом, защищенном от света месте, недоступном для детей при комнатной температуре.

ЭСДЕПАЛЕТРИН (esdepallethrine) + ПИПЕРОНИЛА БУТОКСИД (piperonyl butoxide)

1. Международное непатентованное название: эсдепалетрин + пиперонила бутоксид.
2. Фармакотерапевтическая группа. Средства, применяемые для профилактики и лечения инфекций.
3. Основные синонимы: спрегаль.
4. Основные фармакотерапевтические действия и эффекты.

Входящий в состав препарата Эсдепалетрин является нейротоксическим ядом для насекомых. Механизм действия заключается в нарушении катионного обмена мембран нервных клеток. Пиперонила бутоксид блокирует детоксикационные ферменты, выделяемые насекомыми. Действует на взрослые особи, личинки и яйца.

5. Краткие сведения о доказательствах эффективности.

Клиническая эффективность спрегаля при чесотке исследована в отечественных проспективных нерандомизированных исследованиях, полное выздоровление достигнуто у 81-91,1% больных при однократном применении, 100% - при повторном распылении (уровень убедительности доказательства D).

6. Краткие результаты фармакоэкономических исследований и исследований доказательности получаемых фармакологических эффектов (с проведением сравнительных сведений по аналогам). Исследования не проводились.

7. Фармакодинамика, фармакокинетика и биоэквивалентность (с проведением сравнительных сведений по аналогам). Компоненты, входящие в состав лекарственного средства, обнаруживаются в крови пациента через 1 час после наружного применения. Максимальная концентрация первого компонента достигается через 1 час после применения препарата, второго - через 2 часа. Через 24 часа после применения концентрация компонентов в плазме крови минимальная, а в некоторых случаях не определяется. Через 48 часов после применения спрегаля никаких следов его компонентов в плазме крови пациента не обнаруживается.

8. Показания к применению. Чесотка.

9. Противопоказания. Аллергические реакции на компоненты, входящие в состав лекарственного средства.

10. Критерии эффективности, принципы подбора и изменения дозы лекарственного средства, отмены лекарственного средства. Положительная динамика клинических проявлений (исчезновение зуда и регресс высыпаний), отсутствие возбудителя при лабораторном исследовании. Лекарственное средство применяется однократно, в постоянной концентрации.

11. Предостережения и информация для медицинского персонала.

Препарат изготовлен в форме аэрозоля. Следует держать баллончик на расстоянии 20-30 см от кожи больного, избегать попадания лекарственного средства на слизистые оболочки, так как в этом случае возникает сильное жжение. При лечении детей и новорожденных во время распыления препарата закрыть им нос и рот пленкой.

12. Особенности применения и ограничения при беременности, кормлении грудью, у детей в различных возрастных группах, в пожилом возрасте, при недостаточности функции печени, почек, при отдельных заболеваниях и др. Особенности и ограничений для применения не установлено.

13. Побочные эффекты и осложнения при применении лекарственного средства. Редко (не более, чем в 2% случаев) встречаются проявления дерматита, в случае которых применяют антигистаминные средства.

14. Передозировка лекарственного препарата и методы ее коррекции. Случаев передозировки спрегала ранее не описано.

15. Взаимодействие с другими лекарственными средствами.

Усиления или ослабления эффектов или токсичности при одновременном применении с другими лекарственными средствами не описано.

16. Применение лекарства в составе сложных лекарственных средств с указанием наименования последних. Не применяется.

17. Предостережения и информация для пациента. После мытья наносить препарат однократно на всю поверхность кожного покрова, начиная сверху (за исключением лица); баллон с аэрозолем держат на расстоянии 20-30 см от поверхности кожи. На лицо (только детям) препарат следует наносить ватным тампоном, смоченным спрегалом. Надеть чистую одежду, сменить постельное белье. Через 12 часов смыть остатки препарата мылом под проточной водой (душ) без растирания кожи, сменить постельное и нательное белье. Не использовать препарат по окончании срока годности, указанного на упаковке.

18. Дополнительные требования к информированию согласия пациента при применении лекарственного средства. Пациента информируют о вышеуказанных правилах применения лекарственного средства, возможности развития дерматита.

19. Формы выпуска, дозировка, применение ЛС.

- Спрегаль (Pharmygiene-Scat, Франция), аэрозоль для наружного применения в баллончике вместимостью 200 мл, содержит 152,0 г вещества.

20. Особенности хранения. Хранить в месте, недоступном для детей, при комнатной температуре.

СЕРА ОСАЖДЕННАЯ (sulphur praecipitatum)

1. Международное непатентованное название: сера осажденная.
2. Фармакотерапевтическая группа. Средства, применяемые для лечения и профилактики инфекций.
3. Основные синонимы: серная мазь простая (33%).
4. Основные фармакотерапевтические действия и эффекты.

Оказывает токсическое воздействие на личинки и взрослые особи чесоточных клещей, не действует на яйца клещей. Обладает кератолитическим действием.

5. Краткие сведения о доказательствах эффективности лекарственного средства. Клиническая эффективность препарата показана в проспективных нерандомизированных исследованиях при лечении больных чесоткой, выздоровление достигнуто у 72-96% больных (уровень убедительности доказательства D) [3, 9].

6. Краткие результаты фармакоэкономических исследований и исследований доказательности получаемых фармакологических эффектов (с проведением сравнительных сведений по аналогам). Исследования не проводились.

7. Фармакодинамика, фармакокинетика и биоэквивалентность (с проведением сравнительных сведений по аналогам). Сера проникает только в верхние слои эпидермиса. Не всасывается в системный кровоток. Не оказывает токсического действия при приеме внутрь.

8. Показания к применению. Чесотка.

9. Противопоказания к применению. Аллергические реакции на серу.

10. Критерии эффективности, принципы подбора и изменения дозы лекарственного средства, отмены лекарственного средства. Положительная динамика клинических проявлений (исчезновение зуда и регресс высыпаний), исчезновение возбудителя. Наносится на кожу всего туловища ежедневно 1 раз в день в течение 5-7 дней; большая продолжительность лечения нежелательна из-за частого развития контактного дерматита. Используется постоянное количество мази, достаточное для нанесения на всю кожу туловища (в среднем - 50-100 г). Первое нанесение серной мази может быть прервано и повторные нанесения отменены в случае ее непереносимости - появления эритемы, усиления зуда.

11. Предостережения и информация для медицинского персонала. Нанесение лекарственного средства больному производить в перчатках. Избегать его попадания на слизистые оболочки, т.к. возникает сильное жжение. Детям раннего возраста для исключения попадания препарата в глаза следует надеть на руки варежки (рукавички) или рубашку (распашонку) с защитными рукавами.

12. Особенности применения и ограничения при беременности, грудном вскармливании, у детей в различных возрастных группах, в пожилом возрасте, при недостаточности

функции печени, почек, при отдельных заболеваниях и др. Не рекомендуется применять во время беременности и при грудном вскармливании.

13. Побочные эффекты и осложнения при применении лекарственного средства. В среднем в 25-30% случаев (более часто, чем при применении бензилбензоата) возникают явления медикаментозного дерматита, жжение в области расчесов; при сопутствующей пиодермии возможна диссеминация пиогенной инфекции. В этом случае следует прервать лечение серной мазью и использовать другие противопаразитарные препараты, одновременно назначив лекарственные средства, устраняющие возникшие осложнения (например, кортикостероидные мази в случае контактного дерматита).

14. Передозировка лекарственного препарата и методы ее коррекции. Случаи передозировки серной мази ранее не описаны.

15. Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Усиления или ослабления эффектов или токсичности при одновременном применении с другими лекарственными средствами не описано.

16. Применение лекарства в составе сложных лекарственных средств с указанием наименования последних.

Сульфodeкортем - препарат, содержащий 10% серу осажденную и гидрокортизона ацетат.

17. Предостережения и информация для пациента. После мытья под душем теплой водой с мылом наносить препарат, для чего тщательно рукой втирать препарат в кожу рук, затем туловища и ног, включая подошвы и пальцы; сменить нательное и постельное белье. Повторно втирают ежедневно вечером в течение 5-7 дней. Руки после обработки не мыть в течение 3 часов, в последующем втирать препарат в кожу кистей после каждого их мытья. Во время втирания может быть жжение, которое проходит через несколько минут. Следует избегать попадания на слизистые. Мытье и смена нательного и постельного белья проводится по окончании курса терапии (о дезинфекции использованного постельного и нательного белья см. в разделе "Профилактика чесотки").

18. Дополнительные требования к информированию согласия пациента при применении лекарственного средства. Пациента информируют о вышеуказанных правилах применения лекарственного средства, возможных побочных эффектах (п. 13, 17), возможности развития дерматита.

19. Форма выпуска, дозировка, применение ЛС.

- Серная мазь простая (Россия), для наружного применения; 25, 30, 40, 50, 70, 400, 500, 1000 и 1800 г; тубы - 25, 30, 40 и 50 г.

20. Особенности хранения лекарственного средства. Хранить в сухом, защищенном от света месте, недоступном для детей, при комнатной температуре.