

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау және
әлеуметтік даму министрлігінің
«Денсаулық сақтауды дамыту
республикалық орталығы» ШЖҚ РМК
Сараптамалық кеңесінің
2014 жылғы «12» желтоқсандағы
№ 9 хаттамасымен ұсынылған

ДИАГНОСТИКАЛАУ МЕН ЕМДЕУДІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ХАТТАМАСЫ

ҚЫШЫМА

I. КІРІСПЕ БӨЛІМ

1. Хаттама атауы: Қышыма

2. Хаттама коды:

3. АХЖ X коды (кодтары)

В 86 Қышыма

4. Хаттамада пайдаланылатын қысқартулар:

ХПА – халықаралық патенттелмеген атауы

мл – миллилитр

мг – миллиграмм

5. Хаттаманың әзірленген күні: 2014 жыл.

6. Пациенттер санаты: ересектер, балалар.

7. Хаттаманы пайдаланушылар: дерматовенерологтар, жалпы тәжірибе дәрігерлері, педиатрлар, терапевттер.

II. ДИАГНОСТИКАЛАУ МЕН ЕМДЕУДІҢ ӘДІСТЕРІ, ТӘСІЛДЕРІ ЖӘНЕ ЕМШАРАЛАРЫ

8. Анықтамасы:

Қышыма – терінің мүйізгек қабатында паразиттік тіршілік ететін *Sarcoptes scabiei*

homopis қышыма кенесі тудыратын терінің паразиттік ауруы [1,2,11].

9. Клиникалық жіктемесі:

Қышыманың клиникалық жіктемесі [1,2,11]:

Ағымы бойынша:

- Қарапайым
- Бейқалыптық (атипиялық):
жүріссіз;
«тазайындар» қышымасы («инкогнито» қышымасы);
норвег қышымасы;
скабиозадан кейінгі лимфоплазия;
жалған саркоптоз.

Ағымының ауырлығы бойынша:

- асқынбаған;
- асқынған (пиодермия, аллергиялық жанасу дерматиті, лимфаденит).

10. Емдеуге жатқызу түрі көрсетілетін емдеуге жатқызу үшін көрсетімдер:
жүргізілмейді.

11. Негізгі және қосымша диагностикалық іс-шаралардың тізбесі

11.1. Амбулаториялық деңгейде жүргізілетін негізгі (міндетті)

диагностикалық зерттеп-қарау:

- биологиялық материалдағы (тері қырындысы, қышыма жүрістерінің ішіндегі зат) микроскопиялық зерттеу (ем басталғанға дейін).

11.2. Амбулаториялық деңгейде жүргізілетін қосымша диагностикалық зерттеп-қарау: жүргізілмейді.

11.3 Жоспарлы емдеуге жатқызуға жолдау кезінде жүргізілуі қажет зерттеп-қараулардың ең аз тізбесі: жүргізілмейді.

11.4 Стационарлық деңгейде жүргізілетін негізгі (міндетті) диагностикалық зерттеп-қарау: жүргізілмейді.

11.5 Стационарлық деңгейде жүргізілетін қосымша диагностикалық зерттеп-қарау: жүргізілмейді.

11.6 Жедел кезек күттірмейтін көмек кезеңінде жүргізілетін диагностикалық

іс-шаралар: жүргізілмейді.

12. Диагностикалық критерийлер:

12.1 Шағымдар және анамнез:

Шағымдар:

- терінің түнгі уақытта күшейетін қышуы;
- қолдар мен кеуде терісінде бөртпелердің шығуы.

Анамнез:

- қышымамен ауыратын науқаспен немесе қышымамен ауырғандар тұтынған заттармен тұрмыстық байланыс;
- болжалды жұғу көзімен немесе қышымамен ауырған адамның тұрмыстық заттарымен жанасқан сәттен бастап өткен уақыт (1 тәуліктен 14 күнге дейін).

12.2. Физикалық зерттеп-қарау:

Тері зақымдарының орналасуы:

- қол басы және буындары, шынтақ, аяқ басы, (өзіндік орналасу);
- бөксе;
- қарын;
- аксиллярлық аймақтар;
- жыныс мүшелері (еркектерде);
- сүт бездері (әйелдерде).

Балалар үшін - бұл үдерістің бет терісі мен бастың түкті (шашты) бөлігіне таралуы тән болады.

Инфекция жұқтырған аналардан туылған нәрестелерде тырнақ пластинкасына таралуы мүмкін.

Теріде байқалуы:

Қышыманың асқынбаған нысанында:

- қышыма жүрістері;
- жүрістерден тыс орналасқан көптұрпатты (полиморфтық) бөртпелер;
- скабиозалық лимфоплазия;
- қабынбайтын көпіршіктер;
- фолликулдық түйіншелер;
- сызықтық тырнаулар;
- геморрагиялық қабыршақтар;

Қышыманың асқынған нысанында:

- остиофолликулиттер;
- фолликулит;

- шиқан;
- регионарлы лимфаденит.

12.3 Зертханалық диагностика [1, 2, 3, 4, 11]:

Биологиялық материалдағы (тері қырындысы, қышыма жүрістерінің ішіндегі зат) микроскопиялық зерттеу:

- қышыма жүрісінің тура немесе иілген сызығын табу;
- ұрғашы қышыма кенесін табу.

12.4 Аспаптық зерттеулер:

12.5 Арнаулы мамандардың консультациясы үшін көрсетімдер:

12.6 Сараланған диагноз

1-кесте. Қышыманың негізгі клиникалық-зертханалық сараланған-диагностикалық белгілері

Критерийлер	Қышыма	Аллергиялық дерматит	Атопиялық дерматит	С
Инкубациялық кезең	1-ден 14 күнге дейін	Жоқ	Жоқ	
Бөртпелердің орналасуы	Қол буындары мен қол басы, шынтақ, бөксе, қарын, аксилярлық аймақтар, еркектерде жыныс мүшелері, әйелдерде сүт бездері	Тітіркендіргіштің әрекет ету орнында орналасу	Тізе асты және шынтақ бүгілістері, мойын, ерін.	Т ж к к с т к т б
Клиникалық-морфологиялық белгілері	Қышыма жүрісі, скабиозалы лимфоплазия, қабынбайтын көпіршіктер,	Қызару, терінің ісігі, сулану, қабынулық, везикулездық, папулездық, көпіршіктік	Қызару, везикулалар, қабынулық, фолликулдық, пруригиноздық, лихеноидтық	П э м ж е с

	фолликулдық түйіншелер, сызықтық тырнаулар, геморрагиялық қабыршақтар.	элементтер, сірнелі қабыршақтар.	және полигоналдық іріңсіз бөртпелердің шығуы, эксскориациялар, геморрагиялық қабыршақтар, салдарлы лихенделу, дисхромиялар.	
Айрықша белгілері	Қышыма кенесінің табылуы	Тітіркендіргіштің әрекетін тоқтатқаннан кейін жылдам жазылуы	Ақ дермографизм	

13. Емдеу мақсаттары:

- клиникалық симптомдарды тоқтату;
- асқынудың дамуын болдырмау;
- жұқпаның таралу қаупін төмендету.

14. Емдеу тактикасы

14.1 Дәрі-дәрмексіз емдеу:

№ 1 режим (жалпы).

№ 15 үстел (жалпы).

14.2. Дәрі-дәрмекпен емдеу

Скобиозаға қарсы препараттармен жергілікті терапия [6,7,8,9,10,11,]:

- перметрин (дәлелділік деңгейі – А-С) жақпамай 5%, бір рет.
- күкірт жақпамайы (дәлелділік деңгейі – С) (күніне 1 рет 6 күн): ересектерге: жақпамай 33%; балаларға: жақпамай 10-15%.
- бензилбензоат (дәлелділік деңгейі – С) емдеудің бірінші және төртінші күні жағады:

ересектерге: суспензия/лосьон 20%, 25%

балаларға: суспензия/лосьон 10%.

•эсдепаллетрин: беті мен бастың түкті (шашты) бөлігінен басқа барлық тері жабыны аэрозольмен бір мәрте өңделеді.

14.2.1. Амбулаториялық деңгейде көрсетілетін дәрі-дәрмектік ем:

Негізгі дәрілік заттар тізбесі (100% тағайындау мүмкіндігі бар)

- сыртқа қолдануға арналған күкірт жақпамайы 33%;
- бензилбензоат (сыртқа қолдануға арналған жақпамай, сыртқа қолдануға арналған эмульсия);
- эсдепаллетрин пиперонилбутоксид (сыртқа қолдануға арналған аэрозоль);
- перметрин (сірне (гель), сыртқа қолдануға арналған ерітінді 0,5%).

14.2.2 Қосымша дәрілік заттар тізбесі (қолданылу мүмкіндігі 100%-дан төмен):

14.3 Емдеудің басқа түрлері: жүргізілмейді.

14.3.1 Емдеудің амбулаториялық деңгейде көрсетілетін басқа түрлері:

14.3.2 Емдеудің стационарлық деңгейде көрсетілетін басқа түрлері:

14.3.3 Емдеудің жедел кезек күттірмейтін көмек кезеңінде көрсетілетін басқа түрлері:

14.4. Хирургиялық араласу: жүргізілмейді.

14.4.1 Амбулаториялық жағдайда көрсетілетін хирургиялық араласу: жоқ.

14.4.2 Стационар жағдайында көрсетілетін хирургиялық араласу: жоқ.

14.5. Профилактикалық іс-шаралар:

•Отбасында, ұйымдасқан ұжымда қышыма ауырған адам анықталғанда, науқастың отбасы мүшелері мұқият тексеріп-қаралады және бір күндік профилактикалық ем алады.

•Ұйымдасқан ұжымда қышыма оқиғасы анықталған кезінде байланысқандарды тексеріп-қарау қырық бес күн ішінде жүргізіледі (алғашқы он күнде күнделікті, одан әрі – әр он күнде бір рет).

•Бұқаралық ақпарат құралдары, жадынамалар мен мультимедиялық бағдарламалар арқылы халықты инфекциялық және жұқпалы дерматоздардың жеке бас және қоғамдық профилактикасы туралы ақпараттандыру.

14.6. Әрі қарай бақылау

Емнің тиімділігін бақылау мақсатымен:

- емдеуден кейін 3 күннен соң тексеріп-қарау;
- одан әрі 1,5 ай ішінде әр 10 күнде тексеріп-қарау;
- клиникалық симптомдардың регресі расталған кезінде есептен шығару.

15. Ем тиімділігінің және диагностикалау мен емдеу әдістері қауіпсіздігінің индикаторлары

- қоздырғыштың эрадикациясы;
- аурудың клиникалық симптомдарының болмауы;
- асқынулардың болмауы.

III. ХАТТАМАНЫ ЕНГІЗУДІҢ ҰЙЫМДАСТЫРУШЫЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ

16. Хаттаманы әзірлеушілердің біліктілік деректері көрсетілген тізім:

- 1) Батпенова Г.Р. м.ғ.д., профессор, ҚР ДСӘДМ бас штаттан тыс дерматовенерологы, «Астана медицина университеті» АҚ, дерматовенерология кафедрасының меңгерушісі;
- 2) Котлярова Т.В. – м.ғ.д., «Астана медицина университеті» АҚ, дерматовенерология кафедрасының доценті;
- 3) Жетпісбаева З.С. – м.ғ.к., «Астана медицина университеті» АҚ, дерматовенерология кафедрасының доценті;
- 4) Баев А.И. – м.ғ.к., «ҚазТБҒЗИ» РМҚ, аға ғылыми қызметкер;
- 5) Ахмадияр Н.С. – м.ғ.д., «АБҰҒО» АҚ, клиникалық фармаколог.

17. Мүдделер қақтығысының жоқтығын көрсету: жоқ.

18. Рецензент: Уәлиева Сәуле Арынбайқызы – медицина ғылымдарының докторы, «Қазақ медициналық үздіксіз білім беру университеті» АҚ Астана қаласындағы филиалы директорының орынбасары.

19. Хаттаманы қайта қарау шарттарын көрсету: хаттаманы 3 жылдан кейін және/немесе дәлелділіктің неғұрлым жоғары деңгейі бар диагностикалаудың/емдеудің жаңа әдістері пайда болған кезде қайта қарау.

20. Пайдаланылған әдебиеттер тізімі (хаттама мәтінінде аталған көздерге шынайы зерттеулердің сілтемелері қажет):

- 1) Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем. Руководство для практикующих врачей под ред. А.А. Кубановой. – Москва, изд-во «Литтерра». – 2005.- С. 248-265.
- 2) Кожные и венерические болезни: Рук-во для врачей / Под ред. Ю.К.Скрипкина,

В.Н.Мордовцева. – М.: Медицина, 1999. – Т.2.- 878 с.

3) Клинические рекомендации. Дерматовенерология // Под ред. А.Кубановой.- М.: ДЭКС-Пресс.- 2007.- С.21-35.

4) Лечение кожных и венерических болезней: И.М. Романенко, В.В.Кучага, С.Л. Афонин - Мединформ агенство 2006. Т.2-885 с.

5) Терапевтический справочник по дерматологии и аллергологии: П.Альтмайер – изд. дом. ГЭОТАР-МЕД, 2003 год, 1246 с.

6) Treatment of scabies using 8% and 10% topical sulfur ointment in different regimens of application. Sharquie KE, Al-Rawi JR, Noaimi AA, Al-Hassany HM. // Source. Scientific Council of Dermatology and Venereology, Baghdad, Iraq. ksharquie@yahoo.co.uk. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22395587>.

7) Ivermectin versus benzyl benzoate applied once or twice to treat human scabies in Dakar, Senegal: a randomized controlled trial. Ly F, Caumes E, Ndaw CA, Ndiaye B, Mahé A. // Source Service de Dermatologie/Infections Sexuellement Transmissibles, Institut d'Hygiène Sociale, Dakar, Senegal. lyfaty@yahoo.fr. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19565120>.

8) Treatment of scabies: Comparison of permethrin 5% versus ivermectin. Goldust M, Rezaee E, Hemayat S. // Source Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran. drmgoldust@yahoo.com. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22385121>.

9) Topical permethrin and oral ivermectin in the management of scabies: a prospective, randomized, double blind, controlled study. Sharma R, Singal A. // Source. Department of Dermatology and STD, University College of Medical Sciences and GTB Hospital, University of Delhi, Delhi, India. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21860157>.

10) United Kingdom national guideline on the management of scabies infestation. Clinical Effectiveness Group, British Association for Sexual Health and HIV (BASHH). United Kingdom national guideline on the management of scabies infestation. London (UK): British Association for Sexual Health and HIV (BASHH); 2008 Feb 15. 6 p. <http://guideline.gov/content.aspx?id=12287&search=scabies>.

11) Дерматовенерология. Национальное руководство / под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова. М.: Гэотар-Медиа, 2013. – 1024 с

12) Постановление Правительства Республики Казахстан № 89 от 17.01.2012 г. Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению паразитарных заболеваний».