Рекомендовано
Экспертным советом
РГП на ПХВ «Республиканский центр
развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от «12» декабря 2014 года
протокол № 9

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

ЧЕСОТКА

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1. Название протокола: Чесотка

2. Код протокола:
3. Код (коды) МКБ X

B 86 Чесотка

4. Сокращения, используемые в протоколе:
МНН – международное непатентованное название
мл – миллилитр
мг – миллиграмм

5. Дата разработки протокола: 2014 год.

6. Категория пациентов: взрослые, дети.

7. Пользователи протокола: дерматовенерологи, врачи общей практики, педиатры, терапевты.

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

8. Определение:
Чесотка – паразитарное заболевание кожи, вызываемое чесоточным клещом Sarcoptes scabiei homonis, паразитирующим в роговом слое кожи [1,2,11].

9. Клиническая классификация:
Клиническая классификация чесотки [1,2,11]:
По течению:

- типичная
- атипичная:
  без ходов;
  чесотка «чистоплотных» (чесотка «инкогнито»);
  норвежская чесотка;
  постскабиозная лимфоплазия;
  псевдосаркоптоз.

По тяжести течения:

- неосложненная;
- осложненная (пиодермия, контактно-аллергический дерматит, лимфаденит).

10. Показания к госпитализации с указанием типа госпитализации: не проводится.

11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий

11.1. Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- микроскопическое исследование в биологическом материале (соскоб кожи, содержимое чесоточных ходов) (до начала терапии).

11.2 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне: не проводятся.

11.3 Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию: не проводятся.

11.4 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне: не проводятся.

11.5 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне: не проводятся.

11.6 Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи: не проводятся.

12. Диагностические критерии:

12.1 Жалобы и анамнез:

Жалобы:

- зуд кожи, усиливающийся в ночное время;
- высыпания на коже верхих конечностей и туловища.

Анамнез:

- бытовой контакт с больным чесоткой или предметами, бывшими в употреблении больных чесоткой;
- время, прошедшее с момента контакта (от 1 суток до 14 дней) с предполагаемым источником заражения или предметами обихода больных чесоткой.

12.2. Физикальное обследование:

Локализация кожных поражений:

- кисти и запястья рук, локти, стопы, (характерная локализация);
- ягодицы;
- живот;
- аксилярные области;
- половые органы (у мужчин);
- молочные железы (у женщин).

Для детей характерна распространенность процесса с вовлечением кожи лица и волосистой части головы.

У младенцев, рожденных инфицированными матерями, могут вовлекаться ногтевые пластинки.

Кожные проявления:

При неосложненной форме чесотки:

- чесоточные ходы;
- полиморфные высыпания, расположенные вне ходов:
  скабиозная лимфоплазия;
  невоспалительные пузырьки;
  фолликулярные узелки;
  линейные расчесы;
  геморрагические корочки;

При осложненной форме чесотке:

- остиофолликулиты;
- фолликулит;
- фурункул;
- регионарный лимфаденит.

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

Микроскопическое исследование в биологическом материале (соскоб кожи, содержимое чесоточных ходов):

- обнаружение прямой или изогнутой линии чесоточного хода;
- обнаружение самки чесоточного клеща.

12.4 Инструментальные исследования:

12.5 Показания для консультации специалистов:

12.6 Дифференциальный диагноз

Таблица 1. Основные клинико-лабораторные дифференциально-диагностические признаки чесотки

Критерии	**Чесотка**	**Аллергический дерматит**	**Атопический дерматит**	**Стрептодермия**
Инкубационный период	От 1 до 14 дней	Нет	Нет	Нет
Локализация высыпаний	Кисти и запястья рук, стопы, локти, ягодицы, живот, аксилярные области, половые органы у мужчин, молочные железы у женщин	Локализация на месте действия раздражителя	Подколенные и локтевые сгибы, шея, губы.	Любые участки кожных покровов, часто волосяные фолликулы, потовые железы, складки кожи, околоногтевые валики.
Клинико-морфологические признаки	Чесоточный ход, скабиозная лимфоплазия, невоспалительные пузырьки, фолликулярные узелки, линейные расчесы, геморрагические корочки.	Эритема, отек кожи, мокнутие, воспалительные везикулезные, папулезные, пузырные элементы, серозные корочки.	Эритема, везикулы, воспалительные, фолликулярные, пруригинозные, лихеноидные и полигональные папулы, экскориации, геморрагические корочки, вторичная лихенификация, дисхромии	Первичный элемент - вялый пузырь (фликтена), имеющий прозрачный секрет и наклонность к периферическому росту.
Особые признаки	Обнаружение чесоточного клеща	Быстрое излечение после	белый дермографизм	Преимущественно

		прекращения действия раздражителя		мономорфный характер сыпи с гнойным содержимым

13. Цели лечения:

- купирование клинических симптомов;
- предупреждение развития осложнений;
- снижение риска распространения инфекции.

14. Тактика лечения

14.1 Немедикаментозное лечение:

Режим №1 (общий).
Стол №15 (общий).

14.2. Медикаментозное лечение

Местная терапия противоскобиозными препаратами [6,7,8,9,10,11,]:

- перметрин (уровень доказательности – A-C) мазь 5%, однократно.
- серная мазь (уровень доказательности – C) (1 раз в день 6 дней):
  взрослым: мазь 33%;
  детям: мазь 10-15%.
- бензилбензоат (уровень доказательности – C) втирают в первый и четвертый день лечения:
  взрослым: суспензия/лосьон 20%, 25%
  детям: суспензия/лосьон 10%
- эсдепаллетрин: однократно обрабатывается аэрозолью весь кожный покров за исключением лица, волосистой части головы.

14.2.1. Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне:
Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность назначения)

- серная мазь 33% для наружного применения;
- бензилбензоат (мазь для наружного применения, эмульсия для наружного применения);
- эсдепаллетрин пиперонилбутоксид (аэрозоль для наружного применения);
- перметрин (гель, раствор для наружного применения 0,5%).

14.2.2 Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения):

14.3 Другие виды лечения: не проводятся.
14.3.1 Другие виды лечения, оказываемые на амбулаторном уровне:
14.3.2 Другие виды лечения, оказываемые на стационарном уровне:
14.3.3 Другие виды лечения, оказываемые на этапе скорой неотложной помощи:

14.4. Хирургическое вмешательство: не проводится.
14.4.1 хирургическое вмешательство, оказываемое в амбулаторных условиях: нет.
14.4.2 Хирургическое вмешательство, оказываемое в стационарных условиях: нет.

14.5. Профилактические мероприятия:

- При выявлении больного чесоткой в семье, в организованном коллективе, члены семьи больного подвергаются тщательному осмотру и однодневному профилактическому лечению.
- При выявлении случая чесотки в организованном коллективе осмотр контактных проводится в течение сорока пяти дней (первые десять дней ежедневно, далее – один раз каждые десять дней).
- Информирование населения о личной и общественной профилактике инфекционных и заразных дерматозов через средства массовой информации, памятки и мультимедийные программы.

14.6. Дальнейшее ведение
С целью контроля эффективности лечения:

- осмотр через 3 дня после лечения;
- далее каждые 10 дней в течение 1,5 месяцев;
- при подтверждении регресса клинических симптомов снятие с учета.

15. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения

- эрадикация возбудителя;
- отсутствие клинических симптомов заболевания;
- отсутствие осложнений.

III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА

16. Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных
1) Батпенова Г.Р. д.м.н., профессор, главный внештатный дерматовенеролог МЗСР РК, АО «Медицинский университет Астана», заведующая кафедрой дерматовенерологии;
2) Котлярова Т.В. – д.м.н., АО «Медицинский университет Астана», доцент

кафедры дерматовенерологии;
3)Джетписбаева З.С. – к.м.н., АО «Медицинский университет Астана»;
4) Баев А.И. – к.м.н., РГП «КазНИКВИ»;
5) Ахмадьяр Н.С. – д.м.н., АО «ННЦМД» клинический фармаколог.

17. Указание на отсутствие конфликта интересов: отсутствует.

18. Рецензент: Валиева Сауле Арынбаевна – доктор медицинских наук, заместитель директора филиала АО «Казахский медицинский университет непрерывного образования» в городе Астана.

19. Указание условий пересмотра протокола: пересмотр протокола через 3 года и/или при появлении новых методов диагностики/лечения с более высоким уровнем доказательности.

20. Список использованной литературы (необходимы ссылки валидные исследования на перечисленные источники в тексте протокола):

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 SexuellementTransmissibles, Institutd'HygièneSociale, 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.: Гоэтар-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».