Утверждаю

Заместитель Начальника

Главного управления

лечебно-профилактической помощи

И.Ф.СОЛОШЕНКО

5 февраля 1985 г. N 10/11-11

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА, КЛИНИКА,**

**ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ЧЕСОТКИ**

**(МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ)**

Настоящие Методические указания составлены сотрудниками Центрального научно-исследовательского кожно-венерологического института Министерства здравоохранения СССР.

Эпидемиология

Чесотка - заразное заболевание кожи, вызываемое чесоточными клещами. Последние подразделяются на 3 группы: зудни, накожники и кожееды. У людей бывает зудневая форма чесотки, у животных - зудневая, накожниковая, кожеедная и смешанная. Возбудитель чесотки у людей - Sarcoptes scabiei varietas hominis (синонимы Sarcoptes Hominis, Acarus siro).

Чесоточные клещи имеют овальную черепахообразную форму и представляют собой пример слитнотелых животных. Размеры самки 0,3 - 0,4 мм в длину и 0,25 - 0,38 мм в ширину. Самец меньше самки, его размеры соответственно равны 0,18 - 0,27 и 0,15 - 0,2 мм. Ротовые придатки клеща несколько выступают кпереди, по бокам находятся две пары передних ножек, снабженных присосками. Две пары задних ножек располагаются на брюшной поверхности и снабжены у самок длинными щетинками, а у самца на 4-й паре ножек вместо щетинок имеются присоски.

Клиническую картину заболевания в основном обуславливают самки, так как самцы, оплодотворив последних на коже "хозяина", сами вскоре погибают. Жизненный цикл чесоточного клеща состоит из двух периодов: репродуктивного (от яйца до личинки) и метаморфического (от личинки до молодой самки или самца). Репродуктивный период осуществляется в чесоточных ходах. Личинки выходят через крышу хода и внедряются в устья волосяных фолликулов и под чешуйки рогового слоя эпидермиса. Метаморфической части цикла соответствует появление на коже больного мелких фолликулярных папул, изолированных везикул и едва заметных тонких ходов.

Цикл развития чесоточного клеща от яйца до взрослой особи составляет 14 - 21 день. Продолжительность жизни самки около двух месяцев, за это время она откладывает до 30 яиц. Таким образом, к моменту ее гибели на коже и в коже имеется большое число новых поколений паразита.

Длительность жизни извлеченного из чесоточного хода клеща составляет в наилучших для него условиях (температура 12 - 14,5°, влажность 90%) 14 дней, большей же частью она не превышает 5 дней. При температуре 60° клещи погибают в течение часа. Клещи и личинки практически сразу гибнут при кипячении и проглаживании горячим утюгом и при температуре ниже нуля вне организма "хозяина". Сильное акарицидное действие оказывают 3% карболовая кислота, креолин, ксилол, некоторые эфирные масла, а также сернистый ангидрид, убивающий клещей в 2 - 3 минуты. Яйца клещей более устойчивы к различным акарицидам.

Главный путь распространения заболевания - семейно-бытовой контакт. Заражение чесоткой происходит вследствие передачи клеща от больного человека здоровому, как при непосредственном соприкосновении с болеющим чесоткой, так и через вещи и предметы, которыми последний пользуется. Заражение происходит при попадании половозрелых самок чесоточного клеща на кожу здорового человека с одежды, постельных принадлежностей, полотенец, мочалок, перчаток и других предметов обихода, бывших в употреблении у больного чесоткой.

Заражению чесоткой благоприятствует тесное соприкосновение с больным, в частности общая постель. Известны случаи заражения при половом контакте с чесоточными больными.

В организованных детских коллективах (школах, интернатах, детских садах, яслях) чесоточный клещ может также передаваться через письменные принадлежности, игрушки, спортивный инвентарь и т.д. Имеют место случаи заражения в банях, душевых, гостиницах и других общественных местах при условии несоблюдения установленного санитарного режима.

Способствуют распространению заболевания скученность населения, неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия (переуплотнение в общежитиях, отсутствие горячей воды и т.д.), недостаточные гигиенические навыки населения (редкая смена белья, редкое мытье и т.д.).

При рассмотрении эпидемиологических цепочек при чесотке следует помнить, что в ряде случае на человека могут попасть клещи, паразитирующие как на домашних (кошки, лошади, собаки, овцы, свиньи, козы и т.д.), так и на диких (зайцы, лисы, волки, крысы и т.д.) животных, птицах. У каждого из этих видов животных имеется особый чесоточный клещ, который при попадании на кожу человека далеко не всегда вызывает заболевание, а течение процесса имеет свои особенности.

Наибольшее количество случаев заболеваемости чесоткой регистрируется в осенне-зимний период и часто выявляется при проведении массовых профилактических осмотров населения, особенно детского.

Несмотря на систематическое повышение культурного уровня населения, улучшение экономических условий жизни, существует ряд факторов, влияющих на распространение чесотки. К ним относятся повышенная миграция населения, связанная с быстрым развитием туризма, зон отдыха, сезонными работами, перемещением большого количества людей на новостройки, пребывание в командировках и т.д., самолечение.

Следует учесть, что в распространении чесотки немалую роль играют недостатки в работе медицинской службы, ослабление внимания к этой инфекции со стороны органов здравоохранения, дефекты диспансеризации и т.д.

Важнейшими противоэпидемическими мероприятиями в борьбе с чесоткой являются раннее распознавание заболевания; выявление, качественное обследование и лечение всех контактных лиц; своевременное и полноценное лечение больных; правильная дезобработка очагов инфекции.

Клиника

Инкубационный период при чесотке варьирует от 1 до 6 недель, при реинфекции он значительно короче и составляет несколько дней, что обусловлено сенсибилизацией организма, развившейся при первичном заражении. Длительность инкубационного периода зависит от количества клещей, попавших на кожу человека при инфицировании, от реактивности организма, от гигиенических навыков больного.

Основными клиническими симптомами чесотки являются: 1) сильный зуд, усиливающийся в вечернее и ночное время; 2) обнаружение характерных чесоточных ходов; 3) появление узелковых и пузырьковых высыпаний, эрозий, расчесов, кровянистых корочек; 4) излюбленная локализация элементов сыпи.

Первым клиническим симптомом чесотки является зуд. Он появляется после внедрения чесоточного клеща в роговой слой эпидермиса. Видимые проявления чесотки в это время отсутствуют или характеризуются появлением волдырей, пузырьков на месте инфицирования. Зуд при чесотке ощущается не только на месте внедрения клещей, но и передается рефлекторно на другие участки кожного покрова, в связи с чем, ограниченный вначале, он усиливается с каждым днем и может принять генерализованный характер. Причину резкого усиления зуда при чесотке ночью видят в том, что наибольшая активность самки клеща приходится на указанное время суток. Интенсивность зуда колеблется от слабого до сильно выраженного.

Сильный зуд может возникнуть и в процессе лечения в результате раздражающего действия применяемых медикаментов. Он может сохраняться и после окончания лечения. В обоих случаях зуд быстро снимается после применения местных индифферентных средств, без дополнительного антипаразитарного лечения.

Наиболее характерным симптомом заболевания является чесоточный ход, который самка клеща прокладывает в роговом слое эпидермиса. Типичный чесоточный ход имеет вид слегка возвышающейся, прямой или изогнутой, беловатого или грязно-серого цвета линии длиной 0,5 - 1,0 см. На переднем (слепом) конце хода лишь иногда обнаруживается везикула, здесь чаще бывает видна самка клеща, просвечивающая через роговой слой в виде темной точки. Описанные ходы особенно хорошо выражены на боковых поверхностях пальцев, тыльной, ладонной и боковой поверхностях кистей, на сгибательной поверхности лучезапястного сустава, локтях, лодыжках, тыле стоп и подошвах. Нередко чесоточные ходы бывают представлены несколькими везикулами на различных стадиях развития, расположенными линейно в виде цепочки. Иногда по всем клещевым ходом образуется единичная везикула размером не менее 0,3 x 0,3 см или пузырь с серозным содержимым, тогда сам ход пролегает в их покрышке. При вторичной инфекции везикулы и пузыри превращаются в пустулы. При засыхании экссудата полостных элементов ходы принимают вид серозных или гнойных корочек.

У некоторых больных выявляются старые, сухие, полуразрушенные ходы, напоминающие поверхностную трещину с остатками типичного хода в начале или конце. Иногда типичный ход в виде возвышающейся линии может начинаться или прерываться везикулой или линейной корочкой. В том случае, когда везикула в задней части хода вскрылась, на ее месте образуется венчик отслоившегося эпидермиса, соединенный с неразрушенной частью хода. Внешне такой ход по контуру напоминает "ракетку". Эти ходы, как правило, приурочены к складкам кожи на кистях и в области сгибательной поверхности лучезапястного сустава.

Нередко у взрослых на коже закрытых участков тела (аксилярная область, передние и задние подмышечные складки, живот, ягодицы, внутренняя поверхность бедер, поясница, паховые и межъягодичная складки, молочные железы у женщин и половые органы у мужчин) наблюдаются ходы в виде беловатой линии или линейного шелушения эпидермиса на поверхности плотных папул, синюшно-багрового цвета, размером 0,5 x 0,5 см и более. Такие ходы нередко встречаются также на коже грудных детей и в местах давления одеждой.

Помимо чесоточных ходов клинические проявления неосложненной чесотки характеризуются появлением мелких узелков, пузырьков, эрозий, кровянистых корочек, линейных расчесов на симметричных участках кожного покрова. Типичная локализация указанных высыпаний: кисти, сгибательная поверхность верхних и нижних конечностей (особенно в области лучезапястных и локтевых сгибов, по передневнутренней поверхности бедер), туловище (преимущественно в области переднебоковых поверхностей грудной клетки и живота, на пояснице, ягодицах, молочных железах у женщин, в области ромбовидной ямки и передних стенок подмышечных впадин), у мужчин - на половых органах. Высыпания у взрослых обычно отсутствуют на лице, шее, волосистой части головы, в межлопаточной области. У детей в процесс вовлекается любой участок кожного покрова.

У мужчин узелковые элементы могут располагаться на мошонке и половом члене, напоминая сифилитические папулы. Постановке диагноза чесотки помогают жалобы больного на зуд преимущественно в ночное время, наличие типичных чесоточных ходов и расчесов на других участках кожного покрова, отсутствие характерного для сифилиса регионарного склероаденита, отрицательные серологические реакции. Однако необходимо также помнить о возможности одновременного заражения двумя заболеваниями, когда клинические проявления сифилиса маскируют проявления чесотки и наоборот.

Проявления чесотки могут локализоваться на разгибательных поверхностях локтевых суставов в виде импетигинозных высыпаний и гнойных корок (признак Арди) или точечных кровянистых корочек на локтях или в их окружности (симптом Горчакова).

С большим трудом ходы обнаруживаются у чистоплотных людей; у лиц, часто моющихся по роду своей производственной деятельности (спортсмены, работники горячих цехов, шахтеры и т.д.); применяющих мыла, содержащие антипаразитарные и антимикробные средства; имеющих контакт с бензином, керосином, смазочными маслами, дегтем, скипидаром и другими веществами, обладающими антипаразитарным действием.

Помимо описанной выше типичной клинической картины заболевания различают чесотку без ходов, которую лишь условно можно называть малосимптомной (стертой), и атипичную форму заболевания. Малосимптомная (стертая) чесотка встречается значительно реже, преимущественно на ранних стадиях заболевания у пациентов, выявленных активно среди контактных лиц и во время массовых профилактических осмотров. Давность заболевания обычно не превышает 2 недель.

Клинические проявления малосимптомной чесотки характеризуются полным отсутствием чесоточных ходов. При осмотре выявляются высыпания в виде мелких, фолликулярных папул, изолированных везикул, уртикарных элементов, эрозий, кровянистых корочек, расчесов, расположенных на симметричных участках кожи туловища и конечностей. Высыпания обычно имеют типичную для чесотки локализацию. Зуд умеренный или слабо выраженный.

Атипичная форма заболевания развивается при попадании на кожу человека чесоточных клещей от животных или других разновидностей клещей (например, пузатый клещ). Чесотка, вызванная паразитами животных и птиц (клещи лошадей, овец, коз, собак, крыс, кур, голубей и т.д.), имеет свои клинические особенности. Инкубационный период очень короткий и составляет всего несколько часов, так как клещи только наносят укусы, вызывая сильный зуд, но не проникают в эпидермис и не образуют ходов. Этих клещей можно обнаружить на животном, в помещении и на белье больного. Высыпания обычно представлены более крупными, чем при обычной чесотке, ярко-красного цвета папулами, волдырями, везикулами и кровянистыми корочками. Локализация высыпаний не типична и не соответствует участкам кожи, контактировавшим с животными. В соскобах с кожи никогда не бывает яиц, личинок, нимф, так как клещ не размножается на несвойственном ему хозяине. Возможно самоизлечение после прекращения контакта с больным животным и при частом купании. Однако в большинстве случаев проводится лечение обычными противочесоточными препаратами, обязательными являются дезинсекция белья, помещения, лечение больных животных и проведение обычных диспансерных мероприятий.

Иногда возникают поражения людей пузатым клещом, вызывающим так называемую "зерновую чесотку". На кожу человека пузатый клещ попадает чаще всего при соприкосновении с зерном, когда спят на соломе, в более редких случаях с пылью, инфицированной клещом. Зерновая чесотка протекает как обычная крапивница, часто с крупными волдырями, пузырьками на их поверхности, которые быстро превращаются в пустулы, иногда несколько напоминающие таковые при ветряной оспе. Всегда имеется очень сильный зуд. Локализуется зерновая чесотка преимущественно на коже туловища и шеи, редко поражаются лицо и конечности. В отличие от обычной чесотки, пузатый клещ не буравит кожу, а лишь кусает ее. Лечение проводится так же, как и при обычной чесотке.

Редкой разновидностью заболевания является так называемая "норвежская" (корочковая, крустозная) чесотка, впервые описанная в 1847 году норвежскими учеными Бэком и Даниэльсоном у больных проказой. В дальнейшем эта форма чесотки была отмечена у лиц, страдающих болезнью Дауна, сенильной деменцией, сирингомиелией, бери-бери, слабоумием, у пациентов с иммунной недостаточностью, а также на фоне длительной гормональной и цитостатической терапии.

Для указанной формы заболевания характерны появление массивных желтовато-грязного или буро-черного цвета корок, толщиной от нескольких миллиметров до 2 - 3 см, а также типичная для чесотки локализация высыпаний. В то же время может поражаться кожа лица, шеи, волосистой части головы и процесс принимает генерализованный характер, местами напоминая сплошной роговой панцирь, ограничивающий движения и делающий их болезненными. Однако имеют место случаи и с локальным расположением корок (складки кожи, локти).

Между слоями корок и под ними обнаруживается большое количество чесоточных клещей, а на нижней поверхности наслоений - извилистые углубления, соответствующие чесоточным ходам. При снятии корок обнаруживаются обширные мокнущие, эрозивные поверхности. Кожа у больных норвежской чесоткой сухая, ноги резко утолщены, в области ладоней и подошв выражен гиперкератоз. Болезнь часто сопровождается вторичной пиодермией, лимфаденитом, в общем анализе крови регистрируется эозинофилия, лейкоцитоз, ускоренная СОЭ. При ярко выраженной клинической картине зуд слабый или отсутствует. Эта форма чесотки контагиозна, причем у зараженных контактных лиц развивается типичная чесотка.

Иногда у больных чесоткой наблюдаются посткабиозные узелки (посткабиозная лимфоплазия кожи, персистирующая чесотка). Причиной данного процесса является особая предрасположенность кожи отвечать на какой-то раздражитель реактивной гиперплазией лимфоидной ткани. Клинические проявления персистирующей чесотки представлены своеобразными узелковыми элементами, возникающими после или в процессе основного заболевания. Узелки округлых или овальных очертаний, размером от крупной горошины до фасоли, синюшно-розового или буровато-красного цвета, имеют гладкую поверхность и плотную консистенцию. Количество высыпных элементов колеблется от единичных до множественных. Наиболее частой локализацией являются закрытые участки тела (мужские гениталии, внутренняя поверхность бедер, живот, подмышечные впадины, область на груди вокруг сосков). Течение процесса доброкачественное, но крайне длительное. Описаны случаи с длительностью заболевания от нескольких месяцев до нескольких лет. Характерны спонтанный регресс узелковых элементов и повторное появление их на тех же самых местах. В крови нередко обнаруживается лимфоцитоз. Узелки обычно резистентны к местной терапии, в том числе и к противочесоточной. Для их лечения рекомендуется применять криотерапию или введение производных кортизона в основание узелков.

Сильный зуд, сопровождающий чесотку, приводит к расчесам, вследствие чего чесотка часто осложняется вторичной инфекцией (фолликулитами, импетиго, эктимами, фурункулами, карбункулами, лимфаденитом, лимфангоитом). Последнее обстоятельство нередко изменяет клиническую картину чесотки и значительно затрудняет диагностику (установлению правильного диагноза помогают ночной характер зуда и локализация процесса). При распространенной и осложненной чесотке обнаруживаются эозинофилия, лейкоцитоз, ускоренная СОЭ, а иногда - альбуминурия. Чесотка может осложняться и микробной экземой (у женщин преимущественно в области сосков, у мужчин - на внутренней поверхности бедер). В этих случаях очаги поражения имеют резкие границы, иногда мокнут, покрыты большим количеством гнойничков и корок. Иногда с самого начала заболевания чесотка сопровождается дерматитом.

Чесотка у детей

Определенные трудности возникают при диагностике чесотки у детей, когда клиническая картина заболевания маскируется пиодермией, экземой, крапивницей, почесухой. Течение чесотки у детей, в отличие от взрослых, имеет свои особенности: процесс распространенный; высыпания локализуются на любом участке кожного покрова, включая волосистую часть головы, лицо, шею, ладони и подошвы; более обильные на нижних конечностях (бедра, голени, лодыжки, внутренние края стоп); имеются уртикарные элементы; более выражены экссудативные явления; часто заболевание осложняется дерматитом, экземой, пиодермией.

Клинические проявления чесотки у детей различных возрастных групп имеют свои характерные особенности.

В первые 6 месяцев жизни ребенка основными элементами являются волдыри, везикулы, пузыри и чесоточные ходы. Высыпания локализуются на любом участке кожного покрова, преобладая на коже ладоней, подошв, в области тыла стопы и на ее внутреннем своде. Наличие уртикоподобных высыпаний дает повод к дифференциальной диагностике чесотки с детской почесухой и крапивницей.

У детей грудного и раннего детского возраста (до 3 лет) высыпания на лице и волосистой части головы клинически напоминают картину острой мокнущей экземы, не поддающейся обычной противоэкзематозной терапии. А при появлении волдырей, отечных папул, пузырьков возникает необходимость проводить дифференциальный диагноз со строфулюсом. Характерной особенностью клинического течения чесотки у детей раннего детского возраста является отсутствие высыпаний в области межпальцевых складок кистей, на боковых поверхностях пальцев рук и на переднем крае подмышечной складки. Иногда в этой возрастной группе наблюдается пемфигоидная форма чесотки, характеризующаяся появлением крупных, до грецкого ореха, пузырей, с прозрачным содержимым и чесоточным ходом в покрышке, локализующихся на излюбленных для чесотки участках кожного покрова. Кожный зуд бывает резко выражен, что приводит к нарушению сна. Редкой, но возможной локализацией чесотки у детей грудного и раннего детского возраста является поражение чесоточным клещом ногтевых пластинок, которые утолщаются, разрыхляются, на поверхности образуются продольные и поперечные трещины.

У детей дошкольного и школьного возраста в большинстве случаев клинические проявления чесотки бывают минимальными и характеризуются появлением единичных серопапул и кровянистых корочек. Чесоточных ходов мало или они слабо выражены.

Диагностика

Диагноз чесотки должен основываться на клинических проявлениях, эпидемиологических данных и результатах лабораторного исследования. Поиски чесоточного клеща должны производиться у каждого больного, однако отрицательные результаты еще не говорят об отсутствии у больного чесотки при наличии типичной клинической картины заболевания и больных среди контактов. Обязательное подтверждение чесотки лабораторным методом осуществляется особенно в тех случаях, когда диагноз заболевания затруднителен.

Существуют несколько методов лабораторной диагностики чесотки.

Метод извлечения клеща иглой: под контролем лупы иглой вскрывают слепой конец чесоточного хода на месте буроватого точечного возвышения, затем острие иглы продвигают по направлению чесоточного хода, делая попытку вывести клеща наружу, который своими присосками прикрепляется к игле и легко извлекается. Полученного клеща помещают на предметное стекло в каплю 10% едкого натрия, накрывают покровным стеклом и микроскопируют.

Метод тонких срезов: острой бритвой или маленькими ножницами срезают участок рогового слоя эпидермиса с чесоточным ходом или пузырьком и после обработки 20% едким натрием в течение 5 минут исследуют под микроскопом. Этот метод позволяет получить не только клеща, но и его яйца, оболочки, экскременты.

Метод соскоба патологического материала: на предметное стекло наносят каплю глицерина или 20% едкого натрия. Лезвием, ланцетом или ложечкой Фолькмана делают соскоб чесоточного элемента, не затрагивая сосочкового слоя дермы. Содержимое переносят на предметное стекло, накрывают покровным, слегка надавливают, чтобы капля глицерина или щелочи равномерно растеклась под покровным стеклом, и через 10 минут микроскопируют.

Метод подслойного соскоба элементов до появления крови: соскобы производят глазной ложечкой с заостренными краями с 3 - 4 однородных свежих элементов до появления крови. Материал помещают на предметное стекло в каплю 20% едкой щелочи (натриевой или калиевой) с глицерином в равных объемах, накрывают покровным стеклом и микроскопируют через 10 - 20 минут, а при отрицательных результатах еще через 2, 4, 24 часа после приготовления препарата.

Метод "щелочного препарирования кожи" заключается в нанесении 10% щелочи на чесоточные высыпания на коже. Через 2 минуты мацерированный эпидермис соскабливают скальпелем, переносят на предметное стекло в каплю воды и исследуют под микроскопом.

Метод лабораторной диагностики с применением молочной кислоты <\*>: стеклянной палочкой или глазной ложечкой каплю молочной кислоты наносят на высыпной элемент (чесоточный ход, папулу, пузырек, корочку и т.д.). Через 5 минут разрыхленный эпидермис соскабливается острой глазной ложечкой до появления крови, захватывая и участок на границе здоровой и пораженной кожи. Полученный материал переносят на предметное стекло в каплю молочной кислоты, накрывают покрывным стеклом и микроскопируют.

--------------------------------

<\*> Метод разработан ЦКВИ совместно с кафедрой энтомологии биологического факультета МГУ.

Способ удобен тем, что молочная кислота используется одновременно и как средство, разрыхляющее эпидермис перед соскобом и препятствующее его рассыпанию, и как вещество, просветляющее и фиксирующее материал для микроскопирования, и как препарат, посредством которого можно снимать остатки красящих веществ, применяемых для прокрашивания чесоточных ходов.

Молочная кислота не обладает раздражающим действием, а бактерицидные ее свойства препятствуют развитию пиогенных осложнений на местах соскобов. Метод отличается быстротой и надежностью диагностики заболевания.

У отдельных больных чесоточные ходы недостаточно выражены. В этих случаях рекомендуется применять смазывание подозрительного элемента йодной настойкой, анилиновыми красителями, тушью или 0,1% раствором флюоресценатнатрия. Разрыхленный слой эпидермиса на месте чесоточного хода более интенсивно впитывает красящее вещество, вследствие чего более контрастно прокрашивается. После смазывания кожи 0,1% раствором флюоресценатнатрия и при освещении люминесцентной лампой чесоточные ходы приобретают интенсивное желтоватое свечение.

При подозрении на чесотку целесообразно проводить пробное лечение противочесоточными препаратами. В случае положительного эффекта больной регистрируется как больной чесоткой, проводятся соответствующие противоэпидемические мероприятия.

Лечение

Наибольшее распространение при лечении больных чесоткой получили методы терапии бензилбензоатом и по Демьяновичу, обладающие высокой эффективностью, хорошей переносимостью и быстротой оказываемого действия. Методами выбора являются лечение чесотки серной мазью, мазью Вилькинсона и полисульфидным линиментом.

Независимо от метода терапии необходимо обрабатывать противочесоточным препаратом весь кожный покров, а не только те участки, на которых имеются высыпания. Втирание лекарственных препаратов необходимо проводить в теплом помещении. В тех случаях, когда отсутствует эффект от применения одного препарата, необходимо назначить другой.

 Методика лечения больных чесоткой бензилбензоатом утверждена

Фармакологическим комитетом Минздрава СССР 18 декабря 1968 г.

Бензилбензоат-бензиловый эфир бензойной кислоты (C H O )

 14 12 12

представляет собой жидкость светло-желтого цвета с приятным

запахом, растворимую в спирте и не растворимую в воде.

Применяется бензилбензоат в виде 20% свежеприготовленной водно-мыльной суспензии всем больным, а детям до 3 лет в виде 10% суспензии.

Способ приготовления: 2 г зеленого мыла, а при его отсутствии 2 г измельченного хозяйственного мыла растворяют в 78 мл теплой кипяченой воды, добавляют 20 мл бензилбензоата и взбалтывают. Получается суспензия молочного цвета со слабым запахом. Бензилбензоат, приготовленный в виде суспензии, хранится в темном месте при комнатной температуре не более 7 суток с момента приготовления. Выпускается во флаконах по 100 г.

Способ применения: больной или медицинский работник, проводящий втирание, перед началом лечения моет руки теплой водой с мылом. Суспензия бензилбензоата перед употреблением тщательно взбалтывается, а затем втирается руками в весь, кроме головы, кожный покров. 10% суспензию, применяемую для лечения детей до 3 лет, рекомендуется слегка втирать и в кожу волосистой части головы и лица, но так, чтобы препарат не попал в глаза.

Втирание бензилбензоата в кожу должно проводиться в определенной последовательности: начинают с одновременного втирания препарата в кожу обеих кистей, затем в левую и правую верхние конечности, потом в кожу туловища (грудь, живот, спина, ягодичная область и половые органы) и, наконец, в кожу нижних конечностей вплоть до пальцев стоп и подошв.

В первый день проводят два последовательных втирания в течение 10 минут с 10-минутным перерывом между ними для обсыхания кожи. По окончании процедуры больной надевает чистое белье и продезинфицированную верхнюю одежду. Обязательно меняются постельные принадлежности. Лечение должно проводиться в течение 2-х дней. Руки дополнительно обрабатываются после каждого мытья. Через 3 дня после окончания лечения больной принимает душ и вновь меняет нательное и постельное белье. При распространенных и осложненных формах заболевания, когда в процессе лечения врач отмечает появление свежих высыпаний на коже, а больной жалуется на продолжающийся зуд в вечернее и ночное время, рекомендуется удлинить курс лечения до 3-х дней или назначить повторный 2-дневный курс через 3 дня после окончания первого.

Вышеуказанный метод лечения является общепринятым.

В связи с выходом из ходов большого количества личинок на поверхность рекомендуется купание больного перед каждым втиранием препарата. Установлено, что все подвижные стадии развития клеща (самки, самцы, нимфы, личинки) и яйца с эмбрионами гибнут уже после однократного втирания препарата, но небольшая часть личинок в яйцевых оболочках, готовых к вылуплению, остается неизмененной даже после двухдневного курса. Их вылупление способствует сохранению симптомов заболевания у некоторых больных и требует дополнительного лечения. Поскольку сформировавшиеся личинки выходят из яиц через 1,5 - 2,5 суток и тогда становятся доступными для действия препарата, рекомендуется следующая методика лечения. Длительность курса 6 дней. 20% водно-мыльная эмульсия бензилбензоата в количестве 100,0 втирается однократно только в первый и четвертый дни курса. Обязательно купание больного перед каждым втиранием препарата. Во время второго и третьего дней курса специфическое лечение не проводится. Эти дни с успехом могут быть использованы для лечения сопутствующих чесотке осложнений. Смена нательного и постельного белья проводится дважды: после первого втирания препарата и через 2 дня после последнего, т.е. в конце курса, когда больной должен повторно вымыться.

Вся одежда больного должна быть продезинфицирована (кипячение, стирка в горячей воде, проглаживание утюгом, особенно с внутренней стороны и т.д.).

Лечение чесотки по методу Демьяновича заключается в последовательном втирании в кожу туловища и конечностей 60% раствора гипосульфита натрия (раствор N 1) и 6% раствора концентрированной соляной кислоты (раствор N 2), а у детей концентрации растворов соответственно составляют 40% (N 1) и 4% (N 2).

Способ приготовления: для приготовления 60% раствора гипосульфита натрия (раствор N 1) берется 60 г гипосульфита и 40 мл воды. Для ускорения приготовления раствора гипосульфита вода должна быть теплой. Для приготовления раствора N 2 берется 6 мл чистой концентрированной соляной кислоты и 94 мл воды. Растворы готовятся в отдельных бутылках с надписью "раствор N 1 (гипосульфит)" и "раствор N 2 (соляная кислота)". Раствор соляной кислоты необходимо хранить в бутылке с узким горлом и притертой пробкой.

Для лечения детей приготавливают 40% раствор гипосульфита - N 1 (40 г гипосульфита и 60 мл воды) и 4% раствор соляной кислоты - N 2 (4 мл чистой концентрированной соляной кислоты и 96 мл воды).

Способ применения: раствор гипосульфита перед употреблением слегка подогревают и втирают в кожу руками в следующей последовательности: 1) в левую верхнюю конечность, 2) в правую верхнюю конечность, 3) в туловище, 4) в ягодичную область и нижнюю конечность с одной стороны, то же на другой стороне. Втирание в каждую область длится 2 минуты (для всех областей 10 минут). После 10-минутного обсыхания на коже появляется масса кристалликов гипосульфита. Второе втирание производится тем же раствором и в той же последовательности.

После повторного 10-минутного перерыва приступают к втиранию в кожу 6% раствора соляной кислоты, которое осуществляется в том же порядке по одной минуте на каждую область 3 раза с промежутками по 5 минут для обсыхания. В особо запущенных случаях можно произвести четвертое втирание 6% раствора соляной кислоты в той же последовательности.

Втирание растворов надо производить тщательно, не смешивания их, особенно в местах излюбленной локализации чесотки. Растворы надо брать понемногу, наливания по мере надобности на ладонь. Таким образом, на обработку по методу Демьяновича требуется более часа.

По окончании втирания и после обсыхания кожи больной одевает чистое белье и не моется в течение 3-х дней, но в кисти рук растворы повторно втираются после каждого мытья. Через 3 дня больной моется горячей водой и вновь меняет белье. При недостаточной эффективности курс лечения повторяется.

При лечении детей рекомендуется избегать энергичных втираний. У грудных детей вместо втираний лучше производить смачивание кожной поверхности указанными растворами, повторяя курс лечения через 3 - 4 дня. Лечение рекомендуется проводить менее интенсивно, но более длительно.

Для лечения чесотки можно использовать и противочесоточные мази, содержащие серу: мазь Вилькинсона (дегтя жидкого 15 частей, кальция карбоната 10 частей, серы очищенной 15 частей, мази нафталанной 30 частей, мыла зеленого 30 частей, воды 4 части) или 33% серную мазь.

Перед началом мазевого лечения больной моется теплой водой с мылом. Мази втирают ежедневно в течение 5 - 7 дней, особенно в участки кожи излюбленной локализации чесоточного клеща (межпальцевые складки рук, область лучезапястья, живот и др.). В области с более нежной кожей (половые органы, околососковая область, пахово-бедренные и другие складки) мазь следует втирать очень осторожно во избежание раздражения кожи. На 6 или 8 день больной моется с мылом и меняет нательное и постельное белье. Для лечения детей следует применять 10 - 15% серную мазь, мазь Вилькинсона не рекомендуется.

 Лечение чесотки полисульфидным линиментом. Действующим началом

этого линимента является полисульфид натрия (Na S ), для

 2 4

приготовления которого берут 600 мл воды, добавляют 200 г чистого

едкого натра и сразу же 200 г порошкообразной серы ("серный цвет")

и помешивают стеклянной палочкой. Полученный раствор прозрачный,

желтовато-коричневого цвета. Для получения раствора полисульфида

можно взять указанные выше ингредиенты в других весовых

количествах, но с сохранением соотношения (вода:NaOH:сера -

3:1:1). Содержание полисульфида в растворе составляет около 27%.

Раствор полисульфида годен к употреблению до 1 года при хранении

его в плотно закрытой посуде.

Основой линимента является 5% мыльный гель. Для его приготовления берут 50 г измельченного мыла (желательно "детское"), подогревают в 1 л воды до полного растворения, затем охлаждают в открытой посуде при комнатной температуре. Полисульфидный линимент применяют 5% концентрации действующего начала (для детей) и 10% (для взрослых).

Необходимую концентрацию линимента готовят следующим образом: к 100 частям 5% мыльного геля добавляют 10 частей (для 10% концентрации) или 5 частей (для 5% концентрации) раствора полисульфида натрия и 2 части подсолнечного масла. Указанные ингредиенты берутся не в весовых частях, а в миллилитрах. Смесь сильно встряхивают до получения однородной массы желтого цвета.

Способ применения: препарат втирают у детей во всю поверхность кожи, а у взрослых исключение составляют лицо и волосистая часть головы, в течение 10 - 15 минут. На одно втирание необходимо 100 мл линимента. Повторное втирание проводят на второй день. Больной не моется в течение 3 дней с момента первого втирания, а на 4-й день принимает душ или ванну, меняет нательное и постельное белье.

Для лечения чесотки применяется также мыло "К" (смесь в равных объемах пасты "К", т.е. бисэтилксантогена и мыла), которое втирают в кожу в виде 5% водной эмульсии ежедневно в течение 5 дней, на 7 день больной моется и меняет белье. Следует применять свежеприготовленную эмульсию, возобновляя ее не реже чем через каждые два дня. При применении более концентрированной эмульсии возможно появление дерматита.

Лечение осложненной чесотки

Методы лечения осложненной чесотки различны в зависимости от характера поражения. Ограниченная пиодермия и незначительная экзематизация не препятствуют применению противочесоточных препаратов в комплексе со средствами, направленными на купирование осложнений. В тех же случаях, когда чесотка осложняется распространенной пиодермией с обилием гнойничков, корок, обширной экзематизацией, лечение ее затрудняется: нельзя проводить интенсивных втираний, так как при этом возможна дисеминация пиогенной инфекции и лечение чесотки менее эффективно ввиду большой толщины корок, мешающих проникновению препарата в эпидермис. Здесь в первую очередь мероприятия должны быть направлены на купирование пустулизации, мокнутия, осторожное удаление корок, по показаниям назначают антибиотики, сульфаниламиды, а местно - анилиновые красители и дезинфицирующие мази.

При резко выраженном дерматите или экзематизации, сопутствующих чесотке, следует проводить лечение, уменьшающее проявления осложнений (внутрь препараты кальция, тиосульфат натрия, димедрол, супрастин, тавегил, пипольфен, диазолин и т.д.).

При дерматите, наступившем в процессе терапии, лечение следует прекратить независимо от метода противочесоточной терапии еще до его окончания и приступить к противовоспалительной терапии (антигистаминные средства, препараты кальция, местно - примочки, взбалтываемые смеси, стероидные мази). При затухании воспалительных явлений лечение чесотки может быть возобновлено, но для предотвращения рецидива дерматита его следует проводить препаратами более слабой концентрации.

Методика лечения осложненной чесотки полисульфидным линиментом та же, что и при неосложненной, так как препарат не вызывает обострения экземы, а на элементы поверхностной пиодермии оказывает положительное терапевтическое действие.

Вопрос о выдаче больничного листа больным чесоткой решается врачом индивидуально в каждом случае с учетом характера работы больного, условий проживания, эффективности лечения, наличия осложнений, распространенности процесса и т.д. Обязательному отстранению от работы с оформлением листа нетрудоспособности подлежат больные, работа которых связана с контактом с населением (работники детских, пищевых, некоторых коммунальных, медицинских учреждений и т.д.) и с выездом в командировки.

Профилактика

Врачи кожно-венерологических диспансеров (отделений, кабинетов, а при их отсутствии врачи, на которых возложена обязанность врача дерматовенеролога) осуществляют раннюю диагностику чесотки, ее регистрацию, выявление источников инфекции и всех лиц, бывших в контакте с больным, лечение, диспансерное наблюдение за больными и контактами в очаге заболевания. Они поддерживают самую тесную связь с работниками СЭС и дезотделений по наблюдению за очагами заболевания, за своевременностью, полнотой и качеством дезинфекционных мероприятий.

Выявление заболевших чесоткой следует проводить активным путем:

а) во время осмотра лиц, бывших в контакте с больным чесоткой;

б) ежемесячно во время профилактических осмотров детских коллективов (школы, детские сады, ясли, пионерские лагеря и т.п.);

в) с августа по октябрь включительно каждые 7 дней следует проводить профилактические осмотры в школах, интернатах, детских дошкольных учреждениях, школах механизации, профессионально-технических училищах;

г) при обращении больных в поликлиники, амбулатории, медсанчасти, во время приема на стационарное лечение в лечебно-профилактические учреждения любого профиля, в том числе и детские;

д) при проведении массовых профилактических осмотров населения, в том числе и среди декретированного контингента;

е) путем медицинского наблюдения за коллективами, проживающими в общежитиях;

ж) в сельской местности по эпидемиологическим показаниям - во время подворных обходов.

На каждого выявленного больного врач (средний медицинский работник) заполняет извещение по форме 089/у и направляет в территориальный кожно-венерологический диспансер, в сельской местности - в кожный кабинет (при его отсутствии в центральную районную больницу). Одновременно врач (средний медицинский работник), выявивший больного чесоткой, пересылает копию извещения в территориальную санитарно-эпидемиологическую станцию.

При выявлении больного в организованном коллективе (детские сады, ясли, школы, интернаты, общежития и др.) наряду с заполнением на него извещения по форме 089/у в срочном порядке (телеграммой, по телефону, нарочным) ставится в известность СЭС с целью безотлагательного проведения необходимых противоэпидемических мероприятий в очаге.

При обнаружении чесотки у школьников и детей, посещающих сады, ясли, они должны быть отстранены от посещения школы или детского учреждения на время проведения полноценного лечения (отсутствие свежих элементов, регрессирование имевшихся высыпаний). Только после проведения всего комплекса лечебно-профилактических мероприятий, подтвержденных справкой от врача дерматовенеролога (или врача, на которого возложены его обязанности), дети могут быть снова допущены в детские коллективы.

Все сведения об источнике, о членах семьи и других лицах, проживающих с больным в одной комнате или имевших с ним бытовой или половой контакт, вносятся в медицинскую [карту](https://e-ecolog.ru/docs/ehQzai5uc11Hc6tXehmn2#100434) амбулаторного больного (форма N 025/у) и передаются участковым медицинским сестрам для розыска и вызова их на обследование в течение первых 3 суток.

Лечение больного чесоткой осуществляется врачом дерматовенерологом, а в тех случаях, когда его нет, - врачом, исполняющим его обязанности. Стационарным больным, находящимся в соматических больницах, лечение проводится на месте, о чем ставится в известность врач дерматовенеролог.

На лечение больные направляются в том же белье и одежде, в которых они находились дома. Всех больных, выявленных в одном очаге, необходимо лечить одновременно.

Лечение больных чесоткой в зависимости от эпидемиологической ситуации может проводиться амбулаторно (в скабиозории) в тех случаях, когда у больного наблюдается нераспространенная, неосложненная форма заболевания и имеются необходимые санитарно-бытовые условия для изоляции его от окружающих лиц на время лечения и диспансерного наблюдения.

Скабиозории для амбулаторного лечения больных чесоткой организуют больницы или кожно-венерологические диспансеры, медсанчасти и другие лечебно-профилактические учреждения с использованием санитарных пропускников (с душем), дезинфекционных камер, имеющихся в лечебно-профилактических и санитарно-противоэпидемических учреждениях.

В штате скабиозория целесообразно иметь: врача дерматовенеролога, медицинскую и патронажную сестру, медрегистратора, двух дезинфекторов и санитарку. При необходимости могут создаваться передвижные скабиозории с дезинфекционной камерой на автошасси. В штате такого скабиозория должен быть врач дерматовенеролог, медицинская сестра, дезинструктор, дезинфектор, санитарка.

Для четкой организации работы скабиозория ведут регистрацию обследуемых лиц (фамилия, имя, отчество, пол, место учебы, работы, должность, домашний адрес, количество контактных лиц, наименование лечебного учреждения, направившего больного).

Лечение больных проводится стационарно, когда этого требуют клинические и эпидемические показания (распространенная, осложненная формы чесотки, отсутствие возможности изоляции больного от других членов семьи, проживающие в общежитии, асоциальные лица и др.).

Необходимо проводить медицинский контроль излеченности через 3 дня после окончания лечения и в дальнейшем через каждые 10 дней в течение 1,5 месяца.

Важное значение в эпидемиологическом плане имеет выявление, осмотр и наблюдение за всеми лицами, бывшими в контакте с больными. Указанная работа должна характеризоваться последовательностью и преемственностью. Лиц, бывших в контакте с больными чесоткой, необходимо осматривать через каждые 10 дней в течение 1,5 месяца.

Как показал опыт прошлых лет, большую роль в организации борьбы с чесоткой имеет профилактическое лечение всех контактных. Вопрос о профилактическом лечении лиц, бывших в контакте с больными чесоткой, должен решаться дифференцированно с учетом эпидемиологической обстановки. К указанному лечению привлекаются те из них, которые находились в половом и тесном бытовом контакте с заболевшим (пользовались его одеждой, предметами санитарно-гигиенического обихода, постельными принадлежностями, общей постелью и т.п.), а также целые группы, классы (детские сады, ясли, школы, учебные заведения и т.п.), где зарегистрировано несколько случаев заболевания чесоткой или если там в процессе наблюдения за очагом выявляются свежие случаи чесотки. Контингент пролеченных профилактически может расширяться при неблагоприятной эпидобстановке. В случае лечения больного чесоткой в домашних условиях лечащий врач организует текущую дезинфекцию, которую выполняет сам больной или ухаживающий за ним член семьи. Лечащий врач (средний медицинский работник) обязан дать четкие рекомендации по проведению текущей дезинфекции, являющейся важным моментом в борьбе с распространением чесотки.

У каждого больного обязательно должны быть отдельные кровать, постельные принадлежности и предметы индивидуального пользования (мочалка, полотенце и т.д.). Обеззараживание постельных принадлежностей, полотенец нательного белья производится кипячением в 1 - 2% растворе соды или любом стиральном порошке в течение 10 - 15 минут с момента закипания. Верхнюю одежду (платья, костюмы, брюки, джемпера и т.д.) проглаживают с обеих сторон горячим утюгом, обращая внимание на карманы. Часть вещей (плащи, пальто, шубы, изделия из кожи, замши и т.д.) может быть обеззаражена путем вывешивания на открытом воздухе в течение 5 дней. При дезинфекции некоторых вещей (мягкие детские игрушки, обувь, верхняя одежда) можно пользоваться временным исключением их из пользования на 5 - 7 дней, помещая в отдельный полиэтиленовый мешок.

В комнате больного ежедневно проводится влажная уборка помещения 1 - 2% мыльно-содовым раствором, включающая мытье пола, протирание предметов обстановки. Уборочный материал после употребления погружают в дезинфицирующий раствор, руки тщательно моют с мылом.

Текущая дезинфекция помещения в скабиозориях, стационарах, изоляторах проводится средним медицинским персоналом в том же порядке и последовательности. Нательное белье, одежду, обувь, снятые с больного, подвергают камерной обработке. После окончания лечения больного камерной дезинфекции должны также подвергаться матрацы, подушки, одеяла, которыми он пользовался.

Заключительная дезинфекция проводится работниками дезотделений СЭС в очагах чесотки после госпитализации больного или по окончании амбулаторного лечения и обязательного осмотра всех контактных лиц. В случае изоляции больного в общежитии или детском коллективе (ясли, сады, школы-интернаты, пансионаты и т.д.) заключительная дезинфекция проводится дважды: после выявления больного - во всей группе, по окончании его лечения - в изоляторе.

Мероприятия, проводимые по борьбе с чесоткой

санитарно-эпидемиологической службой

Санитарно-эпидемиологическая служба осуществляет свои мероприятия по борьбе с чесоткой в тесном контакте с территориальными кожно-венерологическими учреждениями.

Главными задачами СЭС (сан.-эпид. отделов районных больниц) являются:

1) эпидемиологическое наблюдение за очагами чесотки, зарегистрированными в организованных коллективах в течение 1,5 месяца;

2) контроль за качеством проведения профилактических осмотров населения по выявлению чесотки, особенно среди детей, подростков и декретированных контингентов;

3) контроль за полнотой и своевременностью привлечения к обследованию всех лиц, бывших в контакте с больным чесоткой;

4) осуществление контроля за качеством проведения текущей дезинфекции в очагах и скабиозориях; профилактической дезинфекции в банях, душевых, парикмахерских, прачечных и других коммунальных учреждениях, а также спортивного и туристского инвентаря (спальных мешков, палаток и т.д.), выдаваемых на прокат;

5) контроль за соблюдением санитарно-гигиенических и противоэпидемических правил в лечебно-профилактических, детских учреждениях, школах, ПТУ, высших и средних учебных заведениях, общежитиях, на промышленных предприятиях, железнодорожном и водном транспорте, в коммунально-бытовых учреждениях и т.д.;

6) организация проведения заключительной дезинфекции во всех очагах чесотки. Заключительная дезинфекция выполняется в городах в сроки не позднее 6 часов после получения уведомления о необходимости ее проведения, а в сельской местности - не позднее 12 часов.

При нарушении санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в указанных выше учреждениях работниками СЭС направляется повестка их руководителям для представления объяснения по форме 313/у, после чего составляется [протокол](https://e-ecolog.ru/docs/ehQzai5uc11Hc6tXehmn2#101107) об имеющихся нарушениях по форме 309/у.

Заключительная дезинфекция проводится в соответствии с правилами, утвержденными Главным санитарным управлением Минздрава СССР.

На каждой административной территории (республика, край, область, город, район) по эпидемиологическим показаниям составляется комплексный план по борьбе с чесоткой.