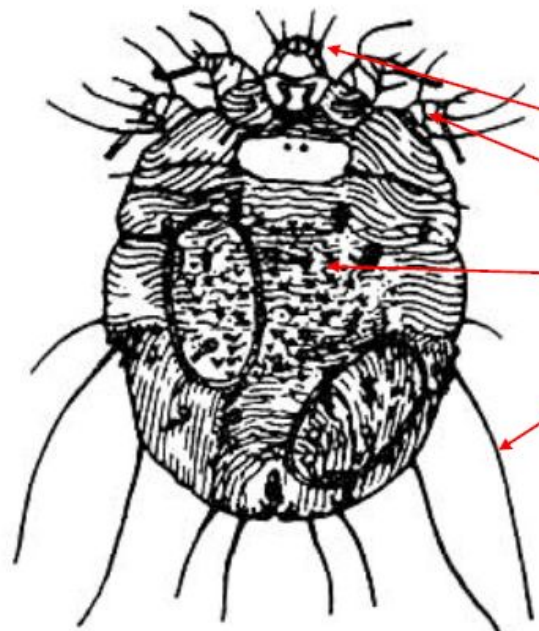








- Чесотка (лат. scabies) — заразное кожное заболевание, акариоз из группы акародерматитов, вызываемое микроскопическим паразитом — чесоточным клещом или чесоточным зуднем (лат. *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*). Название возбудителя происходит от др.-греч. σάρξ (мясо, мякоть), κόπτειν (грызть, терзать, резать) и лат. scabere (расчесывать). Характерными признаками заболевания являются зуд и папуловезикулезная сыпь, часто с присоединением вторичных гнойничковых элементов вследствие инфицирования при расчесывании. Само слово «чесотка» является однокоренным с глаголом «чесаться»[1]. Высокая степень заразности чесотки у человека объясняется коротким промежутком времени внедрения чесоточного клеща в кожу человека. Этот промежуток составляет всего 15-20 минут.



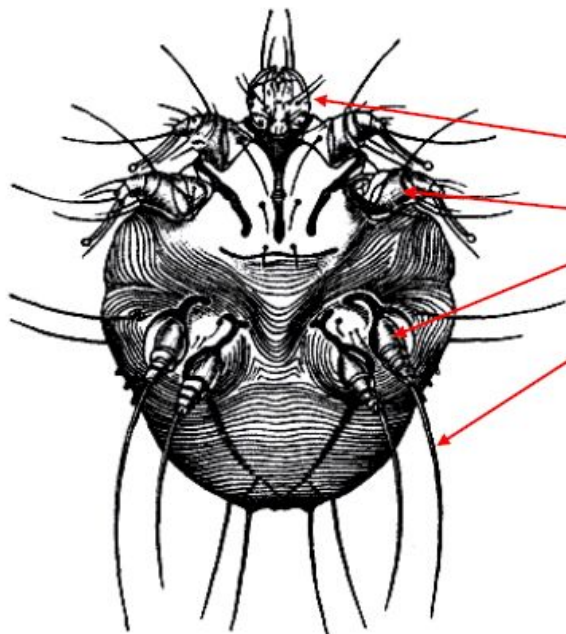
*Чесоточный клещ  
(вид сверху)*

ротовой аппарат

ходильные ноги

чешуйки

щетинки



*Чесоточный клещ  
(вид снизу)*

ротовой аппарат

ходильные ноги

щетинки



- Для заболеваемости чесоткой характерна сезонность. В России это осень-зима. Те же данные получены по результатам 20-летнего наблюдения в армии Израиля[7]. Сезонность заболевания объясняется отчасти биологическими особенностями самих клещей, плодовитость которых достигает максимума в сентябре-декабре, а также тем фактом, что прохладные условия способствуют лучшей выживаемости зудней во внешней среде. Кроме того, холод способствует скученности людей и снижению потоотделения (с потом выделяются противомикробные пептиды, к которым отчасти чувствительны и чесоточные клещи).[8] В странах Западной Африки пиковая заболеваемость также отмечена в холодные и засушливые сезоны. Там же, где выраженной климатической сезонности не наблюдается, заболеваемость чесоткой распределена равномерно в течение года (Бангладеш, Гамбия, Бразилия)[9][10][11][12].
- Чесотка может протекать как эпидемически, так и эндемически. Спорадические вспышки характерны для индустриально развитых стран, где заболевание локализуется в основном в организованных коллективах, объединенных общими спальнями (воинские казармы, интернаты, детские дома, общежития, тюрьмы, лечебные учреждения и т. п.) или в асоциальных слоях общества. Коллективы, члены которых объединяются только в дневное время (группы в детских дошкольных учреждениях, классы в средних и высших учебных заведениях, трудовые коллективы), эпидемиологической опасности, как правило, не представляют. Общий уровень заболеваемости в таких странах невысок. По данным Англии и Уэлса за 1994—2003 гг. отмечена заболеваемость на уровне 351 случай на 100 тыс. человек в год у мужчин и 437 — у женщин.[13]. В России ежегодная заболеваемость, судя по реализации скабицидных средств в аптечной сети, превышает миллион случаев.[1] .
- Однако в ряде стран заболеваемость намного выше и может достигать 40-80 %. Особенно много больных среди народов Субсахарной Африки и аборигенов Австралии и Новой Зеландии[14][15], что, вероятно, связано с особенностями их иммунитета и строением рогового слоя кожи.
- В целом на конец XX в. чесоткой страдали около 300 млн человек (5 % населения планеты)[8].
- В мире чесоткой больше болеют дети младшего возраста, что связано с отсутствием у них иммунитета к возбудителю и с более частыми прямыми контактами с кожей больных.[8] В России ситуация несколько иная. Основной риск составляет юношеская возрастная группа, которая, образуя всего десятую часть населения, берет на себя до 25 % всей заболеваемости. Второе место традиционно занимает школьный возраст, третье — дошкольный, четвертое — зрелый. Существенно, что при чесотке распределение заболеваемости по социальным группам согласуется с возрастным. Наибольшая заболеваемость у студентов, ниже — у школьников и дошкольников.[2] Такая ситуация объясняется особенностями сексуальной активности и развития противозудного иммунитета в различных возрастных группах.

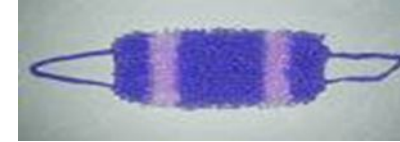
- Пути передачи
- Заражение чесоткой почти всегда происходит при продолжительном прямом контакте кожа-кожа[16]. Преобладает половой путь передачи. Дети нередко заражаются, когда спят в одной постели с больными родителями. В скученных коллективах реализуются и другие прямые кожные контакты (контактный спорт, возня детей, частые и крепкие рукопожатия и т. п.). Хотя ряд руководств продолжает воспроизводить устаревшие сведения о передаче чесотки через бытовые предметы (предметы обихода, постельные принадлежности и т. п.), специалисты сходятся на мнении, что такой путь заражения крайне маловероятен.[8] Исключением являются случаи норвежской чесотки, когда на теле больного обитает до нескольких миллионов клещей (в типичных случаях это 10-20 клещей).
- Ключевой эксперимент, доказавший, что в передаче чесотки доминирующую роль играет прямой контакт с кожей больного, был выполнен в 1940 г. в Великобритании под руководством Mellanby. Из 272 попыток заразить добровольцев, укладывая их в постель, с которой только что поднимались больные с выраженной чесоткой, только 4 попытки привели к заболеванию[17].
- Такие особенности передачи паразитоза объясняются следующими данными о его биологии:
  - чесоточный клещ неактивен днём; самки выбираются на поверхность только в поздневечернее и ночное время суток;
  - клещу необходимо около 30 мин для проникновения в кожу хозяина;
  - во внешней среде клещ быстро погибает (при 21°C и влажности 40-80 % паразит гибнет через 24-36 часов), чем теплее и суше, тем быстрее; активность клещ утрачивает ещё раньше.[18][19].
  - В настоящее время все больше руководств и медицинских обзоров включают чесотку наряду с фтириазом в список заболеваний, передающихся половым путём[20][21], хотя для передачи этих паразитозов имеет значение не столько сам коитус, сколько длительное соприкосновение телами в постели.

## **Прямой путь заражения.**



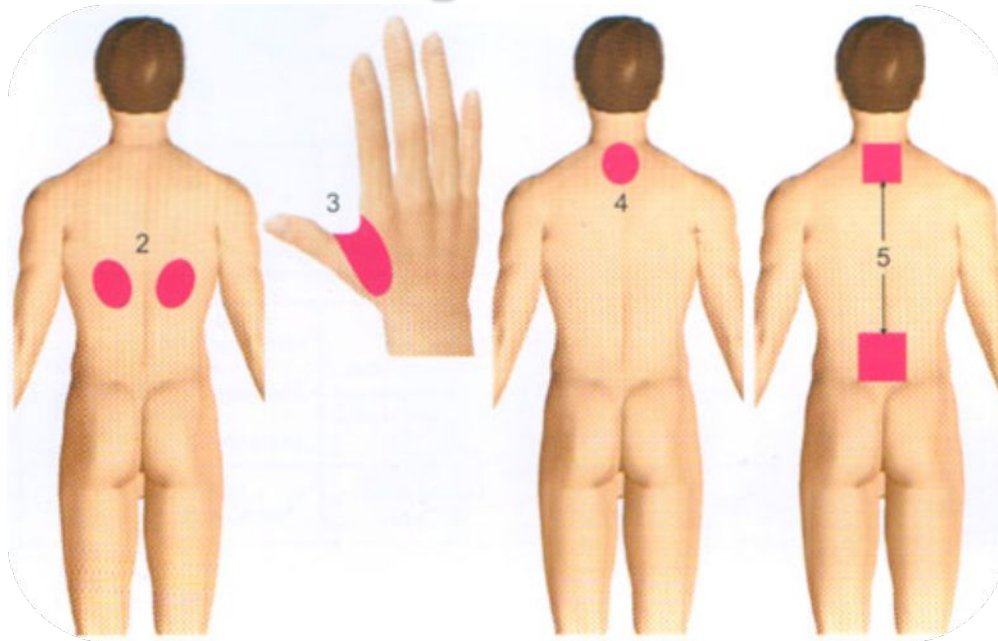
**Телесный контакт.**

## **Непрямой путь заражения.**



**Предметы личного  
пользования.**

# ***Локализация чесотки***



**Излюбленная локализация чесотки:**

- \* Межпальцевые промежутки;**
- \* Запястья;**



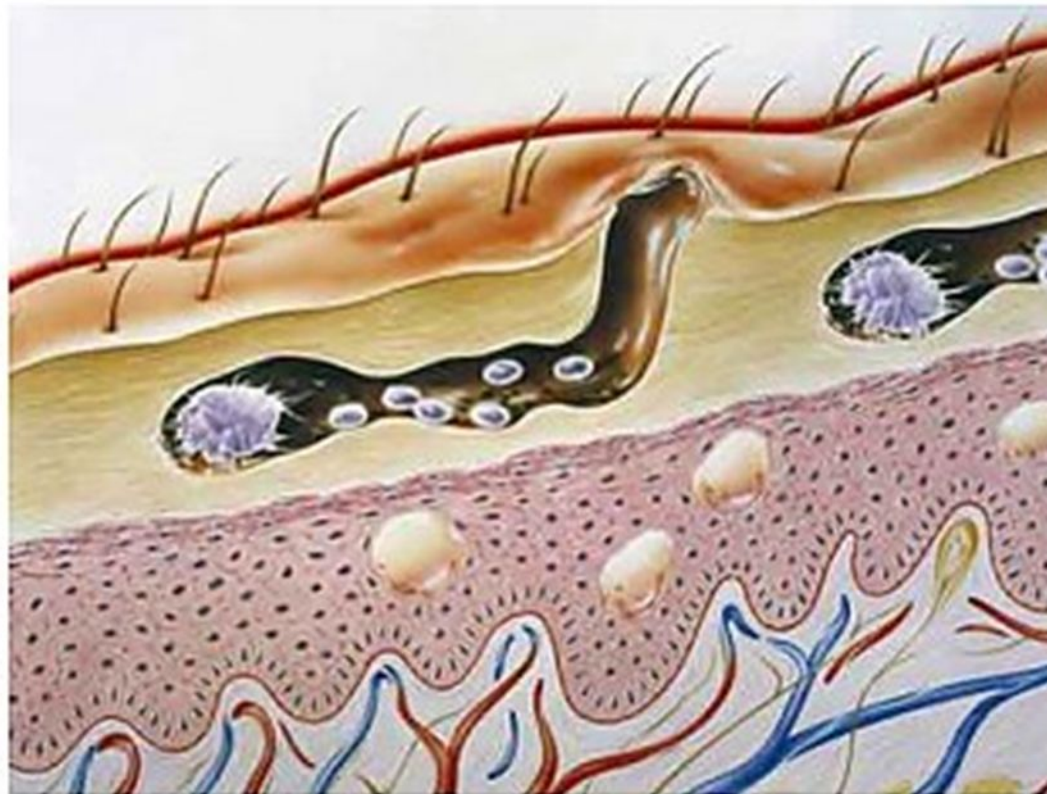
- Биология и жизненный цикл чесоточного клеща[править | править вики-текст]
- Возбудителем чесотки является чесоточный клещ — облигатный паразит человека. Для паразита характерен половой диморфизм: самки вдвое крупнее самцов, достигают 0,3-0,5 мм. Ротовые органы несколько выступают вперед, по бокам имеется 2 пары передних ножек с присосками, 2 задние пары ножек располагаются на брюшной поверхности, у самок снабжены длинными щетинками, у самцов на 4 паре ножек вместо щетинок присоски. Яйца клеща имеют овальную форму, личинка, вышедшая из яйца, имеет овоидную форму и 3 пары ножек (4 пара отсутствует), размер её не превышает 0,15 на 0,1 мм[1].
- Спаривание клещей происходит на поверхности кожи. Сразу после спаривания самцы погибают. Оплодотворенная самка формирует в роговом слое кожи чесоточный ход, в котором откладывает по 2-4 яйца за ночь. Кератин кожи клещи растворяют с помощью специальных протеолитических ферментов, содержащихся в их слюне (образующимся лизатом они и питаются). Самцы формируют короткие боковые ответвления в чесоточном ходе самки. Продолжительность жизни самки не превышает 4-6 недель. Личинки вылупляются через 2-4 дня и сразу начинают формировать ходы в самом верхнем слое кожи. Ещё через 3-4 дня личинки линяют и превращаются в протонимфу, которые в свою очередь линяют через 2-5 дней в телеонимфу. Телеонимфа развивается во взрослого самца или самку через 5-6 дней. Итого формирование взрослого клеща происходит за 10-14 дней.
- Заразительным клещ может быть на любой стадии развития, однако чаще от человека к человеку чесотка передается с оплодотворёнными взрослыми самками.
- Клещи не активны в дневное время. Самка начинает «рыть» ход (по 2-3 мм в день) вечером; тогда же усиливается зуд у больных типичными формами чесотки. Ночью самки выходят на поверхность кожи для спаривания и перемещения на другие участки тела (на поверхности теплой кожи клещи перемещаются со скоростью 2,5 см в минуту.[22] Тогда же возникает наиболее благоприятная ситуация для заражения.

# Схема расположения чесоточного клеща в коже

1 – самка;

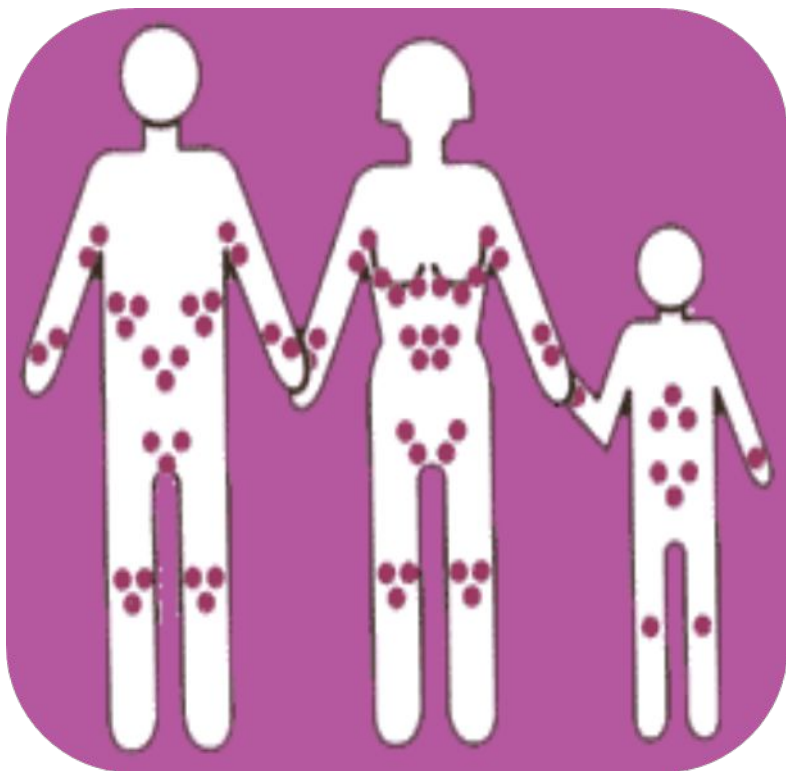
2 – яйца и личинки;

3-вентиляционные  
отверстия;



- Патогенез[править | править вики-текст]
- Клиническая картина при чесотке обусловлена иммунно-аллергической реакцией организма хозяина на продукты жизнедеятельности клеща, поэтому вся симптоматика развивается только после сенсибилизации больного. Этим объясняется длительный бессимптомный период (до 4 недель), предшествующий появлению первых признаков заболевания, при первичном заражении. В случаях же повторного заражения реакция на возбудителя может развиваться в течение суток[23]. Развитием защитного иммунитета объясняется и трудность повторного заражения в эксперименте, а также тот факт, что при повторном заражении на теле больного обнаруживается значительно меньшее количество клещей[24].
- Зуд при чесотке обусловлен в основном аллергической реакцией IV типа (гиперчувствительностью замедленного типа) на слюну, яйца и экскременты клещей. Расчесы, вызванные зудом, нередко ведут к присоединению бактериальной флоры (стафилококков и стрептококков) с развитием гнойничков (пидермии). Таким образом, сыпь при чесотке приобретает полиморфность.
- Интересно, что те же аллергены обнаружены и в бытовой пыли, населенной микроскопическими бытовыми клещиками, которые также питаются эпителием человека, составляющим основу домашней пыли[25][26].
- При выраженном поражении клещами повышается уровень интерлейкина-4[27]. У больных также наблюдается Th2-тип иммунного ответа, что связано с повышением у них сывороточных IgE и IgG в комбинации с эозинофилией. Однако этот выраженный гуморальный иммунный ответ не обладает значительным защитным действием[28]. При чесотке более значим клеточный иммунный ответ, который изучен на гистологическом уровне: клещей окружает воспалительный инфильтрат, состоящий из эозинофилов, лимфоцитов, гистиоцитов и небольшого количества нейтрофилов.
- При норвежской форме чесотки наблюдается выраженный гиперкератоз, а в участках воспалительного инфильтрата обнаруживается большое количество клещей (до нескольких миллионов на теле одного больного). Норвежская чесотка возникает у больных, не ощущающих выраженного зуда, либо не способных совершать расчесы. Такие состояния встречаются при иммунодефицитах, когда иммунная реакция на клещей вяла (СПИД, регулярный приём глюкокортикостероидных и других иммуносупрессивных препаратов), при нарушении периферической чувствительности (проказа, сириномиелия, параличи, спинная сухотка), конституциональных аномалиях ороговения, а также у немощных больных (старческое слабоумие, малоумие, ограниченная подвижность и т. п.).
- При длительном существовании инфильтрата формируется так называемая скабиозная лимфоплазия в форме узелков (нодулярная чесотка), когда инфильтраты становятся очень плотными и распределяются вокруг подкожных сосудов и в жировой клетчатке, напоминая элементы при лимфоме или псевдолимфоме.
- Клиника

# ***Локализация чесотки***



**Излюбленная  
локализация чесотки:**

- \* Межпальцевые промежутки;**
- \* Запястья;**
- \* Локтевые ямки;**

- Клиника
- Чесоточный ход под лупой
- Характерным, но не обязательным, клиническим симптомом при чесотке являются кожный зуд, усиливающийся в вечернее время. На коже формируется эритематозная папуловезикулезная сыпь, при расчесывании присоединяются гнойничковые элементы и образуются корки с формированием полиморфных высыпаний. Патогномичным признаком является наличие чесоточных ходов.
- Как только самка клеща попадает на кожу человека, она незамедлительно начинает «рыть» ход в роговом слое кожи со скоростью 0,5-5 мм в сутки. В результате на поверхности кожи при внимательном рассмотрении можно обнаружить слегка возвышающиеся над поверхностью кожи линии белесовато-серого цвета, размерами от 1 мм до 1 см. Передний слепой конец хода различим по наличию в нём клеща, который виден сквозь эпидермис в виде темной точки. Чесоточные ходы становятся видимыми через несколько дней при формировании перитоннельной реакции организма хозяина. Чаще чесоточные ходы можно обнаружить в межпальцевых промежутках, на внутренней стороне запястий и на коже пениса. Иногда чесоточные ходы обнаружить не удается (чесотка без ходов).
- Первичная сыпь представлена мелкими эритематозными папулами, которые могут быть рассеянными или множественными, сливными. Со временем папулы могут преобразовываться в везикулярную (пузырьки), редко буллезную (пемфигоидная) сыпь. Выраженность сыпи не коррелирует с количеством паразитов, а обусловлена аллергической реакцией на продукты их жизнедеятельности.
- Скабиозная лимфоплазия на коже полового члена
- Сыпь распределяется чаще всего (в порядке убывания) в межпальцевых промежутках кистей, на сгибательной стороне запястий, у мужчин быстро переходит с кистей на пенис и мошонку. Затем поражаются локти, стопы, подмышки, зоны под грудью у женщин, пупочная область, линия пояса, ягодицы. В итоге задействоваться может все тело, кроме лица и волосистой части головы (хотя у детей до 3 лет поражаются и эти области).
- Наличие зуда, первичной сыпи и чесоточных ходов является основным клиническим симптомокомплексом типичной формы чесотки.
- Папулы и везикулы часто развиваются во вторичные чесоточные элементы: экскориации (расчесы), экзематозные элементы, вторичные гнойничковые высыпания и корки. Первичные и вторичные элементы при этом сосуществуют на одном больном.

# Чесотка (scabies)



Чесоточный клещ под микроскопом



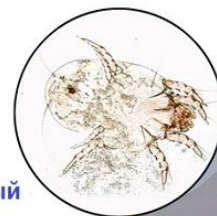
Места поражения кожного покрова



Чесоточные «ходы»



Клинические проявления на коже



Чесоточный клещ



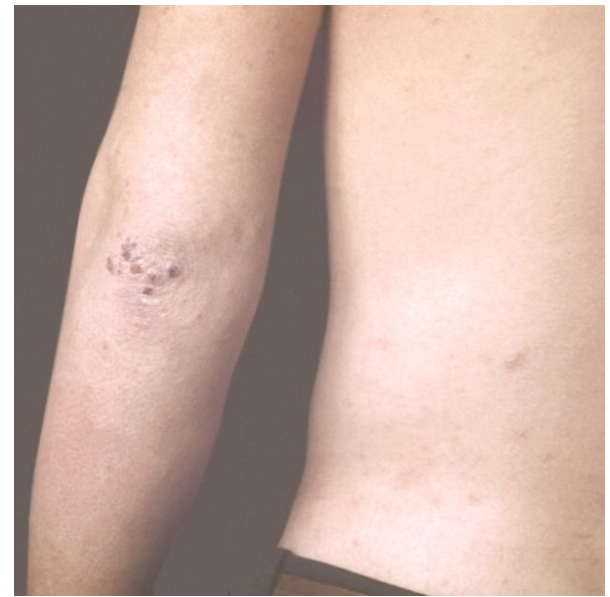
Клещ роет норы под кожей и откладывает яйца



Чесоточный ход



- В отечественной дерматологии принято выделять характерные эпонимические симптомы, облегчающие постановку диагноза:
- симптом Арди — пустулы и гнойные корочки на локтях и в их окружности;
- симптом Горчакова — там же кровянистые корочки;
- симптом Михаэлиса — кровянистые корочки и импетигиозные высыпания в межъягодичной складке с переходом на крестец;
- симптом Сезари — обнаружение чесоточных ходов в виде легкого возвышения при их пальпации.
- Расчесы нередко приводят к выраженному бактериальному инфицированию первичных элементов с развитием пиодермии, которая в редких случаях может вести к постстрептококковому гломерулонефриту и возможно к ревматическому поражению сердца. Иногда пиодермия при чесотке сопровождается возникновением фурункулов, эктимы и абсцессов, сопровождающихся лимфаденитом и лимфангитом. У ряда больных развивается микробная экзема или аллергический дерматит, которые наряду с пиодермией, в отечественной дерматологии относят к осложненным формам чесотки. Осложнения чесотки в виде дерматита и пиодермии возникают примерно у 50 % больных.
- При чесотке описаны и другие осложнения: импетиго, пиогенная пневмония, септицемия, панариций, рожистое воспаление, орхоэпидидимит, внутренние абсцессы, регионарный лимфаденит.
- У детей, особенно грудных, наряду с папуловезикулами и чесоточными ходами имеется везикулоуртикарная сыпь, развиваются мокнутия, возникают паронихии и онихии. У детей в первые 6 мес. жизни клиническая картина чесотки часто напоминает крапивницу и характеризуется большим количеством расчесанных и покрытых в центре кровянистой корочкой волдырей, локализующихся на коже лица, спины, ягодиц. Позже превалирует мелкая везикулезная сыпь, иногда пузыри (пемфигоидная форма). В отдельных случаях чесотка у детей напоминает острую экзему, сопровождается интенсивным зудом не только в местах локализации клещей, но и на отдаленных участках кожи. В связи с этим нередко отмечаются нарушение сна, чаще наблюдаются осложнения в виде аллергического дерматита, пиодермии типа импетиго. Могут возникать лимфадениты и лимфангиты, наблюдаются лейкоцитоз и лимфоцитоз, эозинофилия, ускорение СОЭ, альбуминурия. У грудных детей может развиться сепсис. В последние годы у детей отмечается рост случаев атипичной чесотки со стертыми формами.



- К нетипичным формам чесотки относят также норвежскую чесотку, чесотку «чистоплотных» (чесотку «инкогнито») и псевдосаркоптоз.
- Норвежская (корковая, корушковая, корушковая) развивается чаще у лиц с предрасполагающими расстройствами иммунитета или чувствительности кожи, однако в примерно 40 % случаев наблюдается у людей, не относящимся к группам риска, что предполагает возможную генетическую предрасположенность у таких больных. У 58 % больных норвежской чесоткой наблюдается эозинофилия, повышение уровня IgE (в среднем в 17 раз) выявляется в 96 % случаев.. Клинически норвежская чесотка выглядит как псориазоформный дерматит с акральным распределением и наличием вариабельных белёсых чешуек. Обычно также вовлекаются и подногтевые зоны с развитием выраженного гиперкератоза, ведущего к утолщению и дистрофии ногтевой пластинки. В ряде случаев при норвежской чесотке преимущественно поражаются области скальпа, лица, шеи и ягодиц. Около половины больных норвежской чесоткой совершенно не чувствуют зуда. В связи с тем, что при норвежской чесотке на теле больного может существовать более миллиона живых паразитов (при типичных формах количество клещей в среднем составляет 15 особей), такая форма болезни является исключительно заразной.

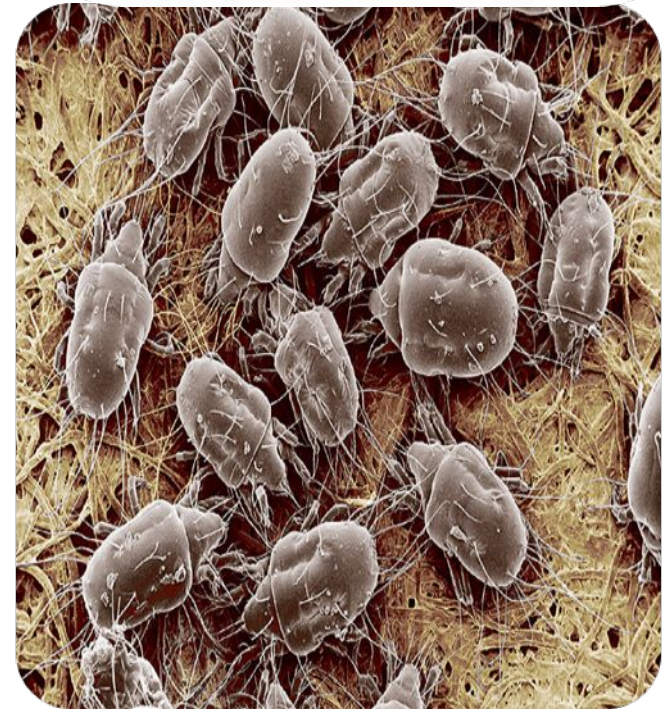






Диагноз чесотки ставится на основании клинических проявлений, эпидемиологических данных, данных лабораторных методов обследования. Подтверждение диагноза лабораторно особенно важно при стертой клинической картине. Существуют следующие методы лабораторного подтверждения заболевания:

- Традиционное извлечение клеща иглой из слепого конца чесоточного хода, с последующей микроскопией возбудителя. Данный метод малоэффективен при исследовании старых полуразрушенных папул.
- Метод тонких срезов участков рогового слоя эпидермиса в области чесоточного хода при микроскопии позволяет выявить не только клеща, но и его яйца.
- Метод послойного соскабливания из области слепого конца чесоточного хода до появления крови. С последующей микроскопией материала.
- Метод щелочного препарирования кожи, с нанесением на кожу щелочного раствора, с последующей аспирацией мацерированной кожи и микроскопией.
- В каждом случае, когда пациент предъявляет жалобы на кожный зуд, следует в первую очередь исключать чесотку, особенно если зуд возник и у других членов семьи или организованного коллектива.
- Обнаружение чесоточных ходов достоверно подтверждает диагноз. Для полного подтверждения диагноза рекомендуется вскрыть чесоточный ход скальпелем, покрытым маслянистым веществом, осторожно процарапывая лезвием роговой слой кожи вдоль чесоточного хода. Полученные соскобы помещаются на предметное стекло и микроскопируются. Лучшие результаты получают при соскобах «свежих», не расчесанных чесоточных ходов на межпальцевых промежутках рук. Хотя этот метод обладает 100 % специфичностью, его чувствительность невысока.
- Хлорид калия позволяет растворить кератин, способствуя лучшему обнаружению клещей и яиц, однако при этом растворяются экскременты клещей, которые также имеют диагностическую ценность.
- Чесоточные ходы легче обнаружить, если прокрасить кожу йодной настойкой — ходы визуализируются в виде полосок коричневого цвета на фоне окрашенной в светло-коричневый цвет здоровой кожи. За рубежом для этих целей используют чернила.
- Видеодерматоскоп при увеличении в 600 раз позволяет обнаружить чесоточные ходы почти во всех случаях.
- В связи с тем, что клещей удается обнаружить не всегда, ряд авторов предлагает следующий практический подход для диагностики: диагноз чесотки устанавливается при наличии папуловезикулезной сыпи, пустулезных элементов и кожного зуда (особенно усиливающегося в ночное время), а также при положительном семейном анамнезе.



# Лечение чесотки

- Лечение
- Лечение больных чесоткой направлено на уничтожение возбудителя с помощью акарицидных препаратов (скабицидов).
- Опыт показывает, что при чесотке не бывает рецидивов, причинами возобновления заболевания являются реинвазия от непролеченных контактных лиц в очаге или вне его, недолеченность больного в связи с несоблюдением схем лечения, частичная обработка кожного покрова, сокращение продолжительности курса терапии.
- Лечение надо проводить исключительно под руководством врача.
- Лечение всех больных, проживающих вместе, должно проводиться одновременно.
- Необходимо четко придерживаться схемы обработок, расписанной в инструкции к препарату или как назначит врач.
- Препарат наносится на все тело, кроме лица и волосистой части головы, а у детей до 3 лет обрабатывать надо и эти участки.
- Важно коротко подстричь ногти и густо наносить препарат под ними (при расчесывании под ногтями скапливаются яйца зудней).
- Втирание любого препарата осуществляется руками, что обусловлено высокой численностью чесоточных ходов на кистях. Если промежность и пах густо покрыты волосами, препарат лучше втирать щеткой.
- Лечение необходимо проводить в вечернее время, что связано с ночной активностью возбудителя.
- Мытье больного рекомендуется проводить перед началом и по окончании курса лечения, при необходимости больной может смывать препарат каждое утро, при этом экспозиция его на коже должна быть не менее 12 часов, включая весь ночной период.
- Смена нательного и постельного белья проводится по окончании курса терапии.
- Детям, школьникам, солдатам и т. п. желателен 10-дневный карантин.
- Через 2 недели рекомендован повторный осмотр врача, для решения вопроса о повторном курсе лечения.



- 1) Бензилбензоат в медицинской практике впервые появился в составе Перуанского бальзама. Сегодня его используют в виде различных лекарственных форм, приготовленных *ex tempore* или промышленным путём. В России это водно-мыльная суспензия и эмульсионная мазь, за рубежом — мыльно-спиртовые растворы, масляные взвеси, водные растворы с добавлением ДДТ и анестезина. Экспериментально доказано, что после однократной обработки бензилбензоатом гибнут все активные стадии клеща. Однако яйца выживают. С учетом максимального срока пребывания личинок в яйце (58 часов) предложена этиологически обоснованная схема лечения бензилбензоатом: водно-мыльную суспензию или мазь тщательно втирают руками один раз в день на ночь в первый и четвёртый дни курса. Мытье и смену нательного и постельного белья рекомендуют на 5-й день. Второй и третий дни курса с успехом используют для лечения сопутствующих чесотке осложнений. Для гибели активных стадий клещей и эмбрионов достаточно 8-10-часовой экспозиции препарата. В связи с этим утром больным можно помыться. Общая эффективность (излечение) при стандартной схеме не превышает 50 %, поэтому курсы часто приходится повторять через 10 дней. Из частых побочных эффектов можно назвать местное раздражение кожи с чувством жжения.[49][3]
- 2) Пиретрины и пиретроиды. Активным компонентом здесь являются пиретрины. Именно они входят в пластины, спирали и фумигаторы против гнуса, в инсектицидные спреи. Эффективны они и в качестве скабицидов. В большинстве развитых стран пиретроид перметрин является предпочтительным препаратом для лечения чесотки благодаря его низкой токсичности и высокой скабицидной активности.[50][51] В США перметрин используется для лечения чесотки с 1989 г. По Кохрановским данным перметрин является самым эффективным противочесоточным средством для наружного применения[41].. Он убивает и активные формы клеща, и яйца, поэтому часто достаточно однократного его применения (более 95 % излечения [52]).
- В России препарат перметрина зарегистрирован под названием «Медифокс» (5 % и 20 %), однако качество его значительно уступает зарубежному перметрину (5 %). Поэтому протокол лечения (Приказ МЗ 24.04.2003 г. № 162) другой. Медифокс 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* путём 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.
- Синтетический пиретроид входит и в состав Спрегаль. Спрегаль — комбинированный французский препарат. Действующим началом является эсдепалетрин — нейротоксический яд, нарушающий катионный обмен мембран нервных клеток членистоногих. Второй компонент — пиперонил бутоксид — усиливает действие эсдепалетрина. Препаратом опрыскивают на ночь всю поверхность тела, кроме лица и волосистой части головы, с расстояния 20-30 см от поверхности кожи. Особенно тщательно Спрегаль втирают в места излюбленной локализации чесоточных ходов (кисти, запястья, стопы, локти). При локализации высыпаний на лице их обрабатывают ватным тампоном, смоченным препаратом. Следует избегать попадания препарата на слизистые оболочки. При лечении детей салфеткой закрываются рот и нос. Спустя 12 часов необходимо тщательно вымыться с мылом.

- 3) Линдан в РФ зарегистрирован как Якутин (фирма «Мерк», Германия), в продаже почти не встречается[53]. В мире его используют широко, поскольку препарат недорог. Однако с 70-х накопилось немало данных о его нейротоксических побочных эффектах (в связи с этим с 2001 г. запрещен к применению в качестве пестицида на территории ЕС), поэтому назначать линдан следует с осторожностью, при отсутствии альтернатив.[8]
- Меры по безопасному применению линдана:
  - нельзя наносить сразу после приема ванны/душа;
  - наносится не более чем на 6 ч.;
  - нельзя повторно наносить препарат через короткие промежутки времени;
  - необходимо следить, чтобы дети не обсасывали пальцы;
  - с исключительной осторожностью применяется у новорожденных, беременных, при выраженных расчесах и экскориативных изменениях кожи (как при экземе, ихтиозе, псориазе), у пациентов с судорожными расстройствами и другими неврологическими заболеваниями.[8]
- 4) Кротамион в РФ зарегистрирован как Юракс (фирма «Бристол-Майерс Сквибб», США), который также малопопулярен[53]. По данным рандомизированных клинических испытаний по эффективности сильно уступает Перметрину.[54] Из побочных эффектов возможны непродолжительная эритема и конъюнктивит.[8]
- 5) Серная мазь (5-10 %). В настоящее время в развитых странах больше не используется из-за неприятного запаха, прокрашивания одежды, раздражающего действия на кожу и слизистые, чрезкожное всасывание с потенциальным воздействием на почки. Однако в Африке и беднейших странах Юж. Америки серную мазь по-прежнему применяют благодаря её дешевизне.[8] До сих пор серную мазь назначают в России, на Украине и в Белоруссии. Схема применения: взрослым 20 % концентрация, детям – 10 %, мазь втирают по всей коже ежедневно на ночь в течение 5-7 дней. На шестой или восьмой день больной моется и меняет нательное и постельное белье.

# Профилактика чесотки



Объём профилактических мероприятий определяется в зависимости от эпидемиологической ситуации. При обнаружении чесотки заполняется форма экстренного извещения и извещаются органы СЭС по месту жительства больного.

- Лица из одного очага лечатся совместно с целью профилактики повторного заражения. Все лица контактировавшие с пораженными проводят однократную профилактическую обработку кожных покровов противоклещевыми препаратами.
- После лечения больного многие руководства рекомендуют обработку всех вещей и белья, с которыми контактировал больной (специальные спреи, стирка в горячей воде). В соответствии с данными по выживаемости чесоточных клещей во внешней среде, а также в связи с крайне низкой вероятностью передачи чесотки через бытовые предметы (непрямой контактный путь передачи), данные рекомендации обсуждаются в каждом конкретном случае.[8] Новейшие руководства не рекомендуют обрабатывать матрасы, мягкую мебель и ковры; постельное и нижнее белье следует простирать в горячей воде, если с момента его использования прошло менее 48 часов.
- Примечание: Вопреки распространенному заблуждению чесотка не связана с низким уровнем гигиены. Чесоточный клещ не восприимчив к воде или мылу. При ежедневном приеме душа/ванны количество клещей и вероятность заражения не снижаются.[67]



- Прогноз
- В случае сохранного иммунного статуса заболевание не представляет непосредственной угрозы для жизни. Своевременное адекватное лечение позволяет полностью устранить симптомы и последствия заболевания. Трудоспособность полностью восстанавливается.
- В редких случаях, наблюдаемых в основном в беднейших странах, осложненная чесотка может приводить к постстрептококковому гломерулонефриту и возможно к ревматическому поражению сердца (см. раздел «Клиника»).
- У детей чесотка может осложняться тяжёлой пиодермией и сепсисом, вплоть до смерти больного[68]. Прогноз при норвежской чесотке сомнительный, лечение малоэффективно, нередки случаи смерти, наступающей вследствие интоксикации больного, поражения сердечной деятельности.