

Чесотка: эпидемиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика

Т. М. Шувалова, к. мед. н., заслуженный работник здравоохранения РФ, заведующая организационно–методическим отделом Московского областного кожно–венерологического диспансера

В статье приведены сведения по эпидемиологии, диагностики и профилактике чесотки.

Чесотка – одно из самых распространенных заразных паразитарных заболеваний кожи человека.

Заболеваемость населения чесоткой, как и другими инфекционными и паразитарными болезнями, носит волнообразный характер. Периодические подъемы и спады уровня заболеваемости чесоткой закономерно регистрируются как в течение каждого года (сезонный рост заболеваемости в осенне–зимний период и снижение в весенне–летний), так и на значительно более длительных отрезках времени.

Последнее десятилетие характеризуется резким повышением уровня заболеваемости чесоткой как в Московской области, так и повсеместно в России. Заболеваемость чесоткой в этот период времени приняла эпидемический характер, что частично совпало с эпидемией инфекций, передаваемых половым путем.

Медицинская и социальная значимость этого заболевания настолько велика, что первым отраслевым стандартом в отечественной дерматовенерологии явился «Протокол ведения больных. Чесотка», утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации №162 от 24.04.2003 г. Этот отраслевой стандарт отразил современный научно–обоснованный взгляд на клинику, диагностику, лечение и профилактику чесотки.

Возбудителем чесотки является чесоточный клещ *Sarcoptes scabiei*, проводящий весь свой жизненный цикл только на человеке: большую его часть – в толще эпидермиса и лишь короткий период расселения – на поверхности кожи. Строение клеща и его жизненный цикл определяют характер высыпаний, типичные места их локализации на коже больного, а также пути заражения.

Чесоточный клещ имеет овальную форму, напоминая по виду черепашку размером 0,25–

0,35 мм, с приспособлениями для питания и передвижения по поверхности и внутри кожи.

Местом постоянного обитания самки чесоточного клеща является горизонтальный тоннель в толще рогового слоя кожи, который она прокладывает (выгрызает) в процессе своей жизнедеятельности. В этом тоннеле самка живет, питается живыми клетками эпидермиса, в процессе поглощения которых перед ней образуется пространство для движения вперед и вниз к другим молодым клеткам базального слоя кожи. Ежедневно самка откладывает яйца, из которых в течение 72 часов вылупливаются личинки. Над каждым отложенным яйцом самка прогрызает в крыше хода отверстие, через которое личинка, вылупившись из яйца, выходит на поверхность кожи. Совокупность этих отверстий, расположенных с интервалом около 1 мм, образует пунктирную линию, представляющую собой проекцию тоннеля на поверхности кожи и называемую чесоточным ходом. Самка, постоянно находящаяся в слепом конце прокладываемого ею тоннеля, самостоятельно из него не выходит и погибает в нем через 1,5–2 месяца или извлекается больным при расчесывании пораженного участка кожи.

Личинки, выйдя из хода, расселяются по поверхности кожи и внедряются в волосяные фолликулы или под чешуйки эпидермиса, где происходит их линька и превращение в половозрелые особи. Кожа отвечает на присутствие личинок образованием на этих местах фолликулярных узелков (мелких конусообразных папул) и везикул. Сформировавшиеся половозрелые особи выходят из волосяных фолликулов на поверхность кожи и мигрируют к местам прокладывания чесоточных ходов: кистям, запястьям, стопам, локтям.

Таким образом, на поверхности кожи больного чесоточный клещ находится в течение двух коротких периодов своей жизни: между выходом личинки из чесоточного хода и погружением ее

в волосяной фолликул, а затем между выходом половозрелой особи из устья волосяного фолликула и началом прокладывания чесоточного хода.

В жизни чесоточного клеща отмечаются суточные ритмы: активная фаза – питание, прокладывание хода, откладывание яйца, прогрызание отверстия над ним, а также выход личинок и молодых половозрелых особей на поверхность кожи – приходится на ночное время суток, а отдых – на дневное время. Этим определяется ночной характер зуда при неосложненной чесотке и наибольшая вероятность заражения от больного в ночное время.

Вне тела человека – на вещах и предметах обихода – чесоточный клещ выживает не более трех–пяти дней.

Заражение чесоткой происходит прямым путем при непосредственном телесном контакте здорового человека с больным, чаще всего в постели в ночное время (прямой путь передачи). По этой причине чесотка относится в настоящее время к инфекциям, передающимся половым путем. Непрямой путь передачи (через предметы обихода, постельное и нательное белье) встречается как в семье, так и в организованных коллективах, где люди объединены общими спальнями: в интернатах, общежитиях, детских домах, стационарных медицинских учреждениях.

Заразиться чесоткой здоровый человек может только от больного человека или его вещей, но никак не от животного. Дикие и домашние животные и птицы переносят заболевания, вызываемые клещами (саркоптоз). Однако, попадая на человека, эти клещи вызывают совсем другие заболевания (псевдосаркоптоз), клиническая картина и лечение которых не имеют ничего общего с описываемой «человеческой» чесоткой.

Несмотря на то, что диагностика чесотки базируется на простых, четких и ясных критериях, в медицинской среде широко бытуют превратные представления о симптоматике этого заболевания, в частности, ни на чем не основанное понятие о так называемых парных элементах. Настоящей публикацией мы стремимся исправить это положение и представить научно обоснованные сведения о клинической картине чесотки.

Клиника и диагностика чесотки

Основными клиническими симптомами чесотки являются **зуд, чесоточные ходы и полиморфные высыпания вне ходов**.

Зуд является ведущим субъективным симптомом заболевания, обусловившим его русское и укра-

В какое время суток больной чесоткой наиболее опасен для окружающих как источник заражения?

В ночное время – период активности клещей, когда на поверхность кожи выходят из чесоточного хода вылупившиеся из яиц личинки, а из устьев волосяных фолликулов – прошедшие все линейные стадии половозрелые особи.

От кого можно заразиться чесоткой?

От больного человека при телесном контакте, чаще всего в постели, от его нательного и постельного белья, предметов гигиены.

От кого и от чего нельзя заразиться чесоткой?

От собак, кошек, других домашних и диких животных и птиц. От дверных ручек даже в ЛПУ, от поручней в метро, от гардеробных номерков и т.д.

Каковы основные симптомы чесотки?

Ночной зуд, чесоточные ходы, невоспалительные отдельно расположенные единичные пузырьки, мелкие розовые «фолликулярные» пузырьки, точечные кровянистые корочки – на передней поверхности туловища, сгибательных поверхностях конечностей, ягодицах.

Где типичные места локализации высыпаний на коже при чесотке?

Чесоточные ходы – на кистях (межпальцевые складки, боковые поверхности пальцев, ладони у детей и женщин), запястьях (сгибательные поверхности), стопах (свод и медиальный край), в области ахиллова сухожилия; пузырьки – на кистях; фолликулярные узелки и точечные кровянистые корочки – на передней поверхности туловища, сгибательных поверхностях конечностей, ягодицах.

Каковы сроки жизни клеща вне тела человека при комнатной температуре и 100% влажности?

3–5 дней.

Каковы общие принципы лечения больных чесоткой?

Лечение больных, выявленных в одном очаге должно проводиться одновременно во избежание реинвазии.

Лечение необходимо проводить в вечернее время, что связано с ночной активностью возбудителя.

Препарат втирается в весь кожный покров туловища и конечностей от ключиц до кончиков пальцев рук и ног, включая кожу половых органов у мужчин, а детям от 1 до 3 лет также в кожу лица, шеи, волосистой части головы.

Экспозиция нанесенного на кожу препарата должна быть не менее 8–10 часов. При необходимости по утрам возможно смывание препарата.

Каким способом можно провести дезинсекцию нательного и постельного белья при чесотке?

Кипячение, проглаживание утюгом, временное исключение из пользования (помещение в полиэтиленовые пакеты), замачивание в «Медифоксе».

Является ли возобновление зуда вскоре после лечения достаточным обоснованием для назначения повторных курсов?

Нет, поскольку это чаще всего связано с развитием постмедикаментозного дерматита.

инское названия. Зуд беспокоит больного преимущественно в ночное время, что связано с ночной активностью возбудителя. Интенсивность зуда у разных индивидуумов может быть различной.

Основным объективным симптомом чесотки, на котором базируется ее клиническая, дифференциальная и лабораторная диагностика, является **чесоточный ход**. Морфологической основой этого элемента является горизонтальный тоннель, прокладываемый самкой клеща в толще рогового слоя в процессе ее жизнедеятельности. Клинически чесоточный ход – это прямая или, чаще, извилистая пунктирная линия длиной 0,5–0,8–1,0 см. В конце хода или на всем его протяжении, или в непосредственной близости от ходов иногда обнаруживаются изолированные единичные пузырьки невоспалительного характера с прозрачным содержимым.

Чесоточные ходы и пузырьки **локализируются на строго определенных участках кожного покрова: сгибательных поверхностях запястий, кистях, стопах**. Эти участки кожного покрова должны быть осмотрены специалистом в первую очередь и самым тщательным образом, если возникает вопрос о наличии или отсутствии у пациента чесотки. Особое внимание следует уделить медиальному краю запястий, ладоням у женщин и детей, боковым поверхностям пальцев кистей, межпальцевым складкам (особенно между 1 и 2 пальцами ног), медиальному краю и подошвенной части свода стопы, области ахиллова сухожилия. При обнаружении «подозрительных» элементов, каковыми являются ограниченное линейное шелушение, пузырек, незначительное слабо прощупываемое линейное утолщение кожи или пунктирная линия, необходимо провести **пробу с прокрашиванием** этих элементов 5–10%-ным раствором йода или любого анилинового красителя и последующим отмыванием краски спиртовым тампоном. Вследствие более интенсивного и стойкого окрашивания разрыхленных участков кожи и «проявляется» искомая пунктирная линия. Этот пунктир бесполезно искать на каких-то других участках конечностей, кроме вышеупомянутых частей кистей и стоп, и тем более на коже туловища.

При длительном течении заболевания на участках кожи больного чесоткой, подвергающихся постоянной травматизации одеждой (по передней аксиллярной линии, на ягодицах, молочных железах у женщин, мошонке и крайней плоти у мужчин и проч.), иногда обнаруживаются овальные темно-розовые отечные бляшки размером до 1,0 x 2,0 см. Это так называемые лентикулярные

папулы, считающиеся аналогом чесоточного хода на туловище, из которых впоследствии формируются длительно персистирующие зудящие узелки, обозначаемые как скабиозная лимфоплазия.

Помимо чесоточных ходов и пузырьков, располагающихся на кистях и стопах, и лентикулярных папул, локализующихся на туловище, для клинической картины чесотки характерны множественные высыпания **мелких (1–2 мм в диаметре) розовых конусообразных узелков и точечных кровянистых корочек** (не более 1–1,5 мм в диаметре). Эти элементы приурочены к устьям фолликулов пушковых волос и связаны с пребыванием в них клещей, претерпевающих линейные стадии. Более или менее равномерно и симметрично они располагаются на коже переднебоковых поверхностей туловища, ягодиц, сгибательных поверхностей верхних конечностей, передневнутренней поверхности бедер и голеней. Возможная «парность» некоторых из этих элементов является ничем не обоснованной случайностью и не имеет отношения к чесоточным ходам. При длительном течении заболевания эти высыпания бывают достаточно обильны. К ним присоединяются **осложнения** в виде **дерматитов** на наиболее пораженных и травмируемых расчесами участках туловища и конечностей, **экземы** на кистях, молочных железах у женщин, **пиодермии** на кистях, локтях (импетиго Арди), голенях, пояснице. Голова, шея, спина у взрослых при чесотке никогда не поражаются. Не бывает при чесотке линейных расчесов или крупных экскориаций (более 2 мм в диаметре).

У чистоплотных людей часто встречаются «стертые» малосимптомные формы заболевания. Их клиническая картина характеризуется скудостью симптоматики, но при этом обязательно присутствуют основные типичные элементы (чесоточные ходы, точечные кровянистые корочки) в типичных местах локализации, но в ограниченном количестве. Нет никаких оснований говорить об изменении клинической картины чесотки или о наличии атипичных форм этого заболевания.

Лечение и профилактика чесотки

Упомянутый выше Протокол определил перечень антипаразитарных средств, рекомендованных для лечения чесотки, и алгоритм терапии.

Спектр скабицидов, рекомендованных Протоколом, невелик. Из препаратов отечественного производства – это эмульсионные формы бензил-бензоата, «Медифокса» и мази на основе бензил-бензоата и серная.

В Московской области отдано предпочтение сравнительно новому препарату «Медифокс», сочетающему в себе абсолютную эффективность с безопасностью (не вызывает постмедикаментозных дерматитов), удобством применения, широким спектром инсектицидного действия, что позволяет применять его не только при чесотке, но и при всех видах педикулеза, доступностью для широких слоев населения и бюджетных ЛПУ (низкая стоимость). Препарат высокоэффективен при проведении заключительной дезинсекции в очагах чесотки и педикулеза для обработки одежды, вещей и помещений. В своем выборе, помимо прочего, мы опирались на опыт учреждений здравоохранения г. Москвы, Вооруженных сил РФ, УИНа, отдающих предпочтение препарату «Медифокс» в лечении и дезинсекции при паразитарных инфекциях.

Протоколом определены общие принципы профилактики и лечения чесотки. **В профилактике** чесотки важнейшая роль отводится санитарному просвещению населения: внедрению гигиенических навыков, предупреждению самодиагностики и самолечения, а также активному выявлению больных при различных видах профилактических осмотров, включающих осмотры детских коллективов, учебных заведений, декретированных контингентов, пациентов амбулаторных и стационарных ЛПУ, а главное – лиц, бывших в тесном контакте с больными чесоткой в семейных очагах и организованных коллективах. В семейных очагах и организованных коллективах определяют группы людей, подлежащих обязательному профилактическому лечению – это все члены семьи и лица, живущие с больным в одном помещении.

Карантин по чесотке на детские учреждения не накладывается, больные изолируются от коллектива только на период лечения.

Важным моментом является проведение дезинсекционных мероприятий в очаге с применением инсектицидов или камерной дезинсекции, в отдельных случаях – временным исключением вещей из обращения на 3–5 дней, для чего их помещают в герметически завязанные пакеты.

Лечение больных, выявленных в одном очаге, должно проводиться одновременно во избежание реинвазии.

Каждому больному необходимо детально объяснить методику применения того или иного препарата и вручить памятку по лечению и профилактике.

Лечение необходимо проводить в вечернее время, что связано с ночной активностью возбудителя.

Экспозиция нанесенного на кожу препарата должна быть не менее 8–10 часов. При необходимости по утрам возможно смывание препарата.

Лечение осложнений (дерматит, пиодермия, экзема) проводится одновременно с лечением чесотки.

Лечение больных проводится амбулаторно или стационарно. Амбулаторное лечение более эффективно при наблюдении медперсонала, особенно в скабиозории. Госпитализация больных чесоткой проводится по клиническим и социально-эпидемиологическим показаниям: при осложненной чесотке, при отсутствии возможности изоляции больного в семье, коллективе, общежитии, асоциальным лицам. При выявлении чесотки у стационарных больных, находящихся в отделениях разных профилей, лечение проводится на месте.

Критериями излеченности при чесотке являются прекращение зуда и исчезновение клинических проявлений заболевания. Контроль излеченности осуществляется после курса лечения и спустя 2 недели. При осложнениях, постскабиозном зуде и лимфоплазии срок наблюдения увеличивается индивидуально для каждого больного.

Сохранение зуда после полноценного лечения не является показанием для назначения дополнительного курса специфической терапии. Постскабиозный зуд может быть реакцией организма на убитого клеща или, что более вероятно, следствием развития постмедикаментозного дерматита. При соответствующей постановке вопросов пациент, как правило, указывает на изменение характера и локализации зуда, часто сообщает о возобновлении его после водных процедур с применением горячей воды, энергичного растирания мочалкой. В связи с этим должны быть категорически исключены повторные курсы лечения любыми акарицидными средствами как минимум в течение 2–х недель с момента окончания полноценного специфического лечения. В этот период должны применяться антигистаминные препараты внутрь, местно – стероидные мази.

Опыт показывает, что при чесотке не бывает рецидивов и постановка такого диагноза неосновательна. Причиной возобновления заболевания чаще всего является реинвазия от нелеченных контактов, неполноценная обработка белья, а также недолеченность больного в связи с несоблюдением схем лечения (применение заниженных концентраций препаратов, частичная обработка кожного покрова, сокращение длительности курса).

В семейном очаге при хороших социально-бытовых условиях дезинсекционные мероприятия

могут ограничиться влажной уборкой, кипячением нательного и постельного белья, проглаживанием утюгом верхней одежды, временным исключением вещей из пользования (помещение в полиэтиленовые пакеты).

Во исполнение и развитие отраслевого стандарта Минздрав Московской области издал в 2005 году Приказ «О совершенствовании медицинской помощи больным чесоткой в Московской области», в котором более подробно определен алгоритм действий медперсонала ЛПУ при выявлении случаев чесотки в приемном отделении или стационаре любого профиля. Приказ однозначно определяет, что:

1. Выявление у пациента чесотки в приемном покое при поступлении в стационар любого профиля или во время пребывания в стационаре не должно являться основанием для отказа в госпитализации или досрочной выписки больного из стационара.

2. Для проведения лечения больных чесоткой не требуется специально оборудованных помещений.

3. Для лечения чесотки как в приемном покое, так и непосредственно в стационарном отделении любого профиля рекомендовано применять отечественный антипаразитарный препарат «Медифокс», который обладает широким спектром инсектоакарицидного действия, вызывая гибель не только чесоточных клещей, но и вшей.

4. Для лечения чесотки используется 0,4%-ная водная эмульсия «Медифокса».

Для ее приготовления необходимо 8 мл 5%-ного концентрата эмульсии «Медифокса» добавить к 92 мл кипяченой воды и тщательно перемешать. Этого количества достаточно для однократной обработки одного больного. Срок хранения рабочей эмульсии не превышает 8 часов.

Лечение может проводиться самим больным или медицинским персоналом. Схема лечения включает двукратное втирание эмульсии: в первый и четвертый день. Детям от 1 до 3 лет рабочая эмульсия втирается в весь кожный покров, включая лицо, шею и волосистую часть головы. Взрослым и детям старшей возрастной группы втирание производят в весь кожный покров тела от ключиц до кончиков пальцев рук и ног. Необходимо обращать внимание мужчин на тщательную обработку кожи половых органов: мошонки, крайней плоти, головки полового члена, которые они обычно щадят.

Однократная обработка приводит к гибели всех активных стадий клеща, вследствие чего больной становится неопасным для окружающих.

Он может быть возвращен в общую палату, и без ограничения посещать места общего пользования (туалет, душевая, столовая и т.п.) и лечебно-диагностические кабинеты.

Мытье пациента необходимо проводить перед началом лечения и через 12 часов после второй обработки.

После первой и повторной обработки производится смена нательного и постельного белья.

5. Высыпания, типичные для чесотки, разрешаются в течение 10–14 дней. Зуд, как правило, исчезает после первой обработки. При сохранении зуда после двух обработок больного следует проконсультировать у дерматолога.

6. Дезинсекционные мероприятия направлены на уничтожение возбудителя на одежде, нательном белье и постельных принадлежностях и в помещениях, где находился больной чесоткой. Они проводятся с помощью инсектоакарицидных средств «Медифокс–Супер» и «Медифокс».

Лица, находившиеся в контакте с больным чесоткой, включая медицинский персонал, особенно работающий в ночную смену, подлежат осмотру специалистом дерматовенерологом двукратно с интервалом в 2 недели.

Лицам, находившимся в более тесном контакте с больным чесоткой (сдвинутые койки, общий шкаф для верхней одежды), целесообразно провести однократное профилактическое лечение с последующей сменой нательного и постельного белья.

Резюме: Внедрение в практику ЛПУ Московской области «Отраслевого стандарта. Чесотка» и Приказа МЗ МО «О совершенствовании медицинской помощи больным чесоткой в Московской области» упорядочило работу медицинского персонала по диагностике, лечению и профилактике чесотки.

Примечание: В статье использованы опубликованные материалы д. мед. н. Соколовой Т. В. с ее любезного согласия.

Scabies: epidemiology, clinical picture, diagnostics, therapy and prevention

T. M. Shuvalova, candidate of medical science, honorary figure of the RF public health sphere, head of the organizational and methodic sector of Moscow Region dermatovenerologic dispensary

Information on epidemiology, diagnostics and prevention is given in the article.