

МАЛЯРЧУК АЛЕКСАНДР ПЕТРОВИЧ

**«Оптимизация диагностики, лечения и профилактики чесотки на
основе изучения заболеваемости и мониторингования основополагающих
документов органов управления здравоохранением РФ»**

14.01.10 – кожные и венерические болезни

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Москва 2016

Работа выполнена в Медицинском институте усовершенствования врачей Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения «Московский государственный университет пищевых производств» Министерства образования и науки Российской Федерации.

Научный консультант:

доктор медицинских наук, профессор **Соколова Татьяна Вениаминовна**

Официальные оппоненты:

1. **Иванова Маиса Афанасьевна**, доктор медицинских наук, профессор, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» МЗ РФ, отделение нормирования труда медицинских работников, заведующая отделением
2. **Суколин Геннадий Иванович**, доктор медицинских наук, профессор, ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, кафедра дерматовенерологии, микологии и косметологии, профессор кафедры
3. **Хамаганова Ирина Владимировна**, доктор медицинских наук, профессор, ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский университет имени Н.И. Пирогова» МЗ РФ, факультет дополнительного профессионального образования, кафедра кожных болезней и косметологии, профессор кафедры

Ведущее учреждение: Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации

Защита состоится «___» _____ 2016 года в _____ часов на заседании диссертационного совета Д.208.040.10 при ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова по адресу: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д.8, стр. 2.

С диссертацией можно ознакомиться в ГЦНМБ ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (119034, г. Москва, Зубовский б-р 37/1) и на сайте организации www.mma.ru

Автореферат разослан «_____» _____ 2015 года

Ученый секретарь диссертационного совета

кандидат медицинских наук, доцент

Чебышева Светлана Николаевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

Основой совершенствования лечебно-профилактических мероприятий при инфекционных и паразитарных заболеваниях является анализ заболеваемости [Тихонова Л.И., 2003; Гладько и соавт., 2004; Шувалова Т.М., 2008; Кубанова А.А. и соавт., 2009; Малярчук А.П. и соавт., 2013 и др.]. Постановлением Правительства РФ от 01.12.2004 № 715 «Об утверждении перечня социально-значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» чесотка включена в их число. О росте заболеваемости чесоткой свидетельствуют данные зарубежных авторов [Pannell R.S., Fleming D.M., 2005; Bellissimo-Rodrigues F., 2008; Hafner C., 2009; Zayyid M.M., 2010; Alasaada S., 2011; Lassa S.E., 2011; Worth C., 2012 и др.]. Однако в России в течение последних двух с половиной десятилетий показатель заболеваемости чесоткой снижается [Понамарев Б.А., 2000; Курдина М.И., 2004; Рязанцев И.В., 2004; Кисина В.И., 2005; Бутов Ю.С., 2006; Полякова А.А., 2007; Кулагина М., 2009; Соколова Т.В. и соавт., 2013 и др.]. Анализ заболеваемости чесоткой в субъектах РФ свидетельствует, что она сильно варьирует даже в регионах, граничащих друг с другом [Шувалова Т.М., 2008; Сырнева Т.А., Корюкина Е.Б., 2009; Малярчук А.П. и соавт., 2013]. Так в 2012 г. интенсивный показатель (ИП) заболеваемости чесоткой в регионах РФ находился в пределах от 2,9 (Кабардино-Балкарская Республика) до 127,2 (Ненецкий АО). Это происходит на фоне несоответствия абсолютного числа официально зарегистрированных больных чесоткой и уровня продаж населению различных скабицидов [Панкратов В.Г. и соавт., 2011; Утц С.Р. и соавт., 2011; Соколова Т.В., Малярчук А.П., 2013]. Полагают, что низкий уровень заболеваемости чесоткой в последние годы обусловлен неполной ее регистрацией специалистами разного профиля, особенно в частных и коммерческих клиниках [Соколова Т.В., Лопатина Ю.В., 2003; Суворова К.Н. и соавт., 2006; Сырнева Т.А., Корюкина Е.Б., 2009 и др.]. В связи с этим актуален поиск методов оценки истинного уровня заболеваемости чесоткой.

Основным документом, регламентирующим работу дерматовенерологов по организации медицинской помощи больным чесоткой, является Приказ МЗ РФ № 162 от 24.04.2003 «Об утверждении отраслевого стандарта "Протокол ведения больных. Чесотка"» (далее Приказ № 162). Однако в документах МЗ РФ и публикациях отсутствуют данные об исполнении законодательно закрепленных положений данного документа. Это легло в основу настоящего исследования.

Ведущую роль в комплексе мероприятий по борьбе с чесоткой играет очаговость заболевания. Очаговость чесотки достаточно хорошо изучена в семейных очагах [Соколова Т.В., 1992; Устобаева Т.Т. и соавт., 2014]. В последние годы возросла эпидемиологическая значимость очагов, возникающих в социально значимых коллективах – психиатрических больницах, домах престарелых, детских домах и т.п. [Larrosa A., 2003; Makigami K., 2005; Morgan M.K., 2007; Muruka C., 2007; Bouvressea S., 2010; Chun-

Hao Wang, 2012; Ladbury G., 2012 и др.]. Целенаправленное клинико-эпидемиологическое исследование в нашей стране выполнено лишь для воинского контингента [Рязанцев И.В., 2007]. Заболеваемость чесоткой в других коллективах такого типа отражена в публикациях лишь отдельных авторов [Пазина М.В., 2007; Киселева А.В., 2011; Корюкина Е.Б., 2011].

Чесотка является паразитарным дерматозом, требующим обязательного лабораторного подтверждения диагноза. В соответствии с Приказом № 162 основными методами диагностики чесотки являются соскоб высыпаний с использованием молочной кислоты и дерматоскопия. Опыт работы в системе последиplomного профессионального образования свидетельствует, что лабораторная и инструментальная диагностика чесотки – одна из актуальных проблем практического здравоохранения. Дерматоскопия доказала свою высокую эффективность при дерматозах различного генеза [Древаль Д.А., 2007; Соколов Д.В., 2008; Малышев А.С. и соавт., 2009; Волгин В.Н. и соавт., 2011; Колбина М.С. и соавт. 2011; Bower C.P., 2001 и др.], в том числе при чесотке [Сергеев А.Ю., Сергеев В.Ю., 2008; Малярчук А.П. и соавт., 2011; Dupuy A., 2007; Betti S., 2009; Hafner C., 2009; Griffin J.R., 2011; Micali G., 2011; Park J.H., 2012]. В связи с этим актуально изучение качества лабораторной диагностики в РФ и оценка диагностической значимости дерматоскопии.

Чесоткой могут инфицироваться больные, имеющие другие дерматозы различного генеза. Применительно к микозам существует термин «дерматозы сочетанной этиологии» [Котрехова Л.П., 2010; Белоусова Т.А., Горячкина М.В., 2011]. Актуально изучение особенностей течения чесотки у больных на фоне различной кожной патологии. Значительное число публикаций в последние годы посвящено возникновению чесотки у больных с психическими заболеваниями [Makigami K., 2009; Bouvresse S., 2010; Ladbury G., 2012 и др.]. В России аналогичных исследований не проводилось. Не исключено, что в случае диагностических ошибок и неадекватной терапии системными и топическими глюкокортикостероидами (ТКС) может изменяться клиническое течение чесотки с возникновением ранее не описанных вариантов течения дерматоза.

Для лечения чесотки в РФ разрешены бензилбензоат (мазь, эмульсия), 5% концентрат эмульсии перметрина в этаноле (ЭПЭ), серная мазь и средство в аэрозольной упаковке на основе эсдепаллетрина с добавлением пиперонилбутоксидом (АЭП). В Приказе № 162 приведены только две модели лечения – типичной чесотки и постскабиозного зуда. Опыт работы в системе последиplomного профессионального образования и проведение мастер-классов по проблеме чесотки свидетельствуют, что врачи часто задают вопросы по ведению больных с осложненной чесоткой, чесоткой со скабиозной лимфоплазией кожи (СЛК), особенностям лечения детей младших возрастных групп и беременных [Соколова Т.В., 2012; Малярчук А.П., 2013]. Это требует изучения частоты регистрации данных форм заболевания и разработки моделей их лечения с последующим законодательным закреплением в национальных стандартах и федеральных клинических рекомендациях. Кро-

ме того, в действующие инструкции к бензилбензоату, 5% концентрату ЭПЭ в последнее десятилетие внесены существенные изменения. Поэтому актуален анализ ошибок дерматовенерологов по использованию указанных скабицидов для лечения чесотки у детей до 3 лет и беременных.

Все вышеизложенное обосновывает актуальность изучаемой проблемы.

Цель исследования

Разработать комплекс диагностических, лечебных и профилактических мероприятий при чесотке на основе изучения заболеваемости и мониторинга основополагающих документов органов управления здравоохранением РФ.

Задачи исследования

1. Изучить динамику заболеваемости чесоткой в СССР/РФ за 45 лет (1968-2012 гг.) с использованием критерия «темпы прироста» интенсивного показателя.
2. Оценить качество официальной регистрации заболеваемости чесоткой в РФ разными методами:
 - сопоставлением динамики интенсивного показателя заболеваемости чесоткой и индексов солнечной активности на протяжении 45-летнего периода (1968-2012 гг.);
 - изучением отношения дерматовенерологов к учету больных чесоткой при многоцентровом мониторинговании приказа МЗ РФ № 162 от 24.04.2003 «Об утверждении отраслевого стандарта "Протокол ведения больных. Чесотка"» в различных регионах РФ;
 - расчет математическим методом абсолютного числа больных чесоткой в РФ по объему реализованных населению скабицидов (данные «Pharmexpert» за 2010-2012 гг.) с использованием данных о заболеваемости чесоткой МЗ РФ, МВД РФ, МО РФ и УФСИН РФ за 2010-2012 гг.
3. Осуществить мониторингование приказа МЗ РФ № 162 от 24.04.2003 «Об утверждении отраслевого стандарта "Протокол ведения больных. Чесотка"» в различных регионах РФ.
4. Оценить качество лабораторной диагностики чесотки в РФ: частоту использования, приоритеты методов, участие врачей и лаборантов, эффективность и диагностическую значимость методов дерматоскопии и скотч-проб.
5. Доказать возможности дерматоскопии для научных исследований – изучения особенностей паразитирования чесоточного клеща *S.scabiei* (L.) в коже человека.
6. Выяснить особенности течения чесотки на фоне дерматозов различного генеза и у больных с психическими заболеваниями.
7. Изучить особенности очаговости чесотки в стационарах психиатрических больниц.
8. Изучить мнение врачей о необходимости разработки моделей лечения различных клинических вариантов чесотки с учетом их встречаемости в

практической деятельности и выявить ошибки при назначении скабицидов детям и беременным.

Научная новизна

Впервые проведена оценка динамики заболеваемости чесоткой в СССР/РФ за 45 лет с использованием критерия «темпы прироста» интенсивного показателя. Пики заболеваемости чесоткой в 1968 г. (458,0) и 1995 г. (385,0) связаны с ухудшением социально-экономической ситуации в стране. В 1968 г. это происходило на фоне кризиса аграрного комплекса СССР, а в 1995 г. – на фоне кризиса экономики России в целом и распада СССР. В последнем случае темпы прироста интенсивного показателя заболеваемости чесоткой были максимальными: +153,7% (1992) и +172,1% (1993). Использование различных методов исследования позволило впервые выявить серьезные недостатки в регистрации чесотки. Сопоставление динамики интенсивного показателя заболеваемости чесоткой и индексов солнечной активности показало их полное/частичное совпадение только до 1995 г. Рост заболеваемости чесоткой на фоне высоких показателей солнечной активности в 2000 и 2012 гг. не зарегистрирован, что указывает на превалирование социальных факторов над природными закономерностями.

Впервые математическим методом доказано, что истинный уровень заболеваемости чесоткой значительно выше официально регистрируемого: в 2010 г. – в 11,8, в 2011 г. – в 12,7, в 2012 г. – в 16,1 раза.

Впервые в практике дерматовенерологической службы проведено многоцентровое мониторинговое исследование основополагающего документа по организации помощи больным чесоткой – приказа МЗ РФ № 162 от 24.04.2003 «Об утверждении отраслевого стандарта "Протокол ведения больных. Чесотка"» в 6 ФО РФ с участием 319 специалистов различной квалификации.

Впервые в РФ изучена эпидемиологическая значимость очагов чесотки в стационарах психиатрических больниц. Они зарегистрированы в 2/3 обследованных палат. Преобладали иррадиирующие очаги (64,3%) со средним числом больных $4,6 \pm 3,4$. Крупные очаги с 7-12 больными регистрировались в «надзорных» палатах, при заболеваемости чесоткой от 20 до 71,2% больных с психическими заболеваниями.

Впервые оценено качество лабораторной диагностики чесотки в РФ. Изучены частота использования лабораторной диагностики (83,1%), приоритеты методов, участие врачей и лаборантов, дана оценка диагностической значимости методов дерматоскопии и скотч-проб.

Впервые экспериментально с использованием метода дерматоскопии доказано, что положение самки чесоточного клеща в ходе неоднократно меняется в течение суток и зависит от фаз яйцекладки и питания, а личинки после вылупления из яиц продвигаются из материнского хода в стороны небольшие метаморфические ходы.

Описан новый клинический вариант чесотки – скабиозная эритродермия и оценен ее инвазивный потенциал. Выявлены особенности течения че-

сотки у больных псориазом, микозами стоп, атопическим дерматитом, ихтиозом, при психических заболеваниях на фоне соответствующей медикаментозной терапии.

Разработка моделей лечения различных вариантов чесотки осуществлена с учетом потребностей практического здравоохранения, а детей младших возрастных групп и беременных – на основе анализа ошибок при выборе скабицида.

Практическая значимость

Мониторинг приказа МЗ РФ № 162 от 24.04.2003 «Об утверждении отраслевого стандарта "Протокол ведения больных. Чесотка"» позволило оценить его значимость для дерматовенерологической службы, выявить недостатки в регистрации, диагностике и тактике лечения чесотки, определить направления для совершенствования и реализации на практике лечебно-профилактических мероприятий, важных для дерматологов.

Выявленные недостатки в регистрации чесотки в РФ свидетельствуют о необходимости усиления контроля над учетом заболеваемости не только в государственных лечебных учреждениях, но и коммерческих клиниках. Предложенная формула расчета числа больных чесоткой в стране дает возможность руководящим органам здравоохранения определять реальный уровень заболеваемости, выявлять недостатки в ее регистрации и качественно планировать противоэпидемические мероприятия.

Основой противоэпидемических мероприятий в стационарах психиатрического профиля является раннее выявление больных, начиная с приемного отделения. Эпидемиологически значимыми являются «надзорные» палаты. Именно они являются источниками инвазии в отделении. Высокие индексы встречаемости и обилия чесоточных ходов на стопах у этих больных свидетельствуют о возможности заражения в душевых кабинах, что диктует необходимость строго соблюдения последовательности помывки больных.

Выявлены недостатки лабораторной диагностики чесотки в РФ. Ее применяли 83,1% врачей, но постоянно – 57,8% и только 29,5% всегда подтверждали клинический диагноз обнаружением возбудителя. Дерматоскопию использовали лишь 38,2%, причинами этого являлись отсутствие дерматоскопа (69%), неумение работать с ним (10,2%) и игнорирование данного метода (20,8%). Доказано, что дерматоскопически ходов выявляется на 27% больше, чем визуально. Частота обнаружения клещей в интактных чесоточных ходах (97%), фолликулярных папулах (21%) и везикулах (32%) была различной. Диагностическая значимость дерматоскопии возрастала при наличии реактивных вариантов чесоточных ходов, приуроченных к везикулам (36,4%) и пустулам (66,1%). Метод дерматоскопии позволил исследовать малодоступные для обычных оптических приборов участки кожного покрова. Паразитарный индекс, визуально определяемый числом чесоточных ходов на больном путем их полного подсчета, был значительно выше при использовании дерматоскопии за счет обнаружения самок во внешне неизменной

коже, что особо значимо при норвежской чесотке и скабиозной эритродермии. Метод скотч-проб был эффективен только при чесотке с высоким паразитарным индексом – норвежская чесотка, скабиозная эритродермия.

Приведены диагностические критерии чесотки, протекавшей на фоне псориаза, сквамозно-гиперкератотической формы рубромикоза стоп и кистей, интертригинозной и дисгидротической форм эпидермофитии стоп, атопического дерматита, вульгарного ихтиоза, у больных психическими заболеваниями, что дало возможность своевременно диагностировать паразитарный дерматоз.

Анонимное анкетирование специалистов, занимающихся лечением чесотки, позволило выявить их потребности в разработке новых моделей лечения заболевания, не предусмотренных приказом МЗ РФ № 162 от 24.04.2003 «Об утверждении отраслевого стандарта "Протокол ведения больных. Чесотка"», и на основе анализа ошибок при лечении детей младших возрастных групп и беременных устранить их.

Апробация работы

Материалы исследования доложены и обсуждены на XI Всероссийском съезде дерматовенерологов и косметологов (Екатеринбург, 2010); заседаниях Московского научного общества дерматовенерологов имени А.И. Пospelова (Москва, 2010, 2014); IX Международном симпозиуме по эстетической медицине (Москва, 2010); III Форуме медицины и красоты, EADV и AAD (Москва, 2011); II Континентальном конгрессе международного дерматологического общества и IV Всероссийском конгрессе дерматовенерологов (Санкт-Петербург, 2011); V Российской научно-практической конференции с международным участием «Санкт-Петербургские дерматологические чтения (Санкт-Петербург, 2011); XVII междисциплинарном симпозиуме «Новое в дерматовенерологии и косметологии, андрологии, акушерстве и гинекологии: наука и практика» (Москва, 2011); научно-практической конференции "Актуальные вопросы дерматовенерологии и дерматоонкологии" (Москва, 2012); XII Всероссийском съезде дерматовенерологов и косметологов (Москва, 2012); I Витебских дерматологических чтениях (Витебск, 2012); XXIX и XXX Рахмановских чтениях (Москва, 2012, 2013); обществе дерматовенерологов Республики Чувашия (Чебоксары, 2012); II Конгрессе ЕААД (Москва, 2012); Всеукраинской научно-практической конференции с международным участием «Структурно-организационная перестройка дерматовенерологической службы в условиях реформирования системы охраны здоровья в Украине» (Черновцы, 2012); XIV Сибирской межрегиональной научно-практической конференции "Дерматовенерология Сибири: наука и практика" (Новосибирск, 2012), V Всероссийском конгрессе дерматовенерологов и косметологов (Казань, 2013); VI Международном форуме дерматовенерологов и косметологов (Москва, 2013); Российской научно-практической конференции с международным участием "Междисциплинарные аспекты дерматовенерологии, косметологии и эстетической гинекологии" (Москва, 2013); VI и VII

Международных форумах дерматовенерологов и косметологов IFDC (Москва, 2013, 2014); I и II Всероссийских конгрессах по дерматоскопии (Москва, 2013, 2014); III и IV Московском форуме «Дерматовенерология и косметология: синтез науки и практики» (Москва, 2013, 2014, 2015); международной научно-практической конференции «Международные медицинские образовательные проекты – ключ к народной дипломатии и продвижению прогрессивных разработок» (Москва, 2014); международной научно-практической конференции «Ереванские дерматологические чтения» (Ереван, 2015); заседании кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии Медицинского института усовершенствования врачей ФГБОУ ВПО «МГУПП» (9.12.2014 г., протокол № 5).

Личный вклад автора

Автором выбрано направление исследования, проведен анализ отечественной и зарубежной литературы по изучаемой проблеме, сформулированы цели и задачи, научная новизна и практическая значимость, положения, выносимые на защиту, разработан дизайн исследования, соответствующий современным требованиям доказательной медицины, написаны статьи, настоящая диссертация, подготовлены доклады и презентации для выступлений на научных конференциях регионального, общероссийского и международного уровней, разработан унифицированный опросник для мониторингирования Приказа № 162 от 24.04.2003 «Об утверждении отраслевого стандарта "Протокол ведения больных. Чесотка"». Автор лично осуществлял анализ заболеваемости чесоткой в РФ, проводил обследование очагов чесотки в социально значимых коллективах, курирование больных, сбор клинических данных, обработку результатов исследования и анализ всей информации.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Основой разработки лечебно-профилактических мероприятий при чесотке является анализ заболеваемости. Учитывая большой диапазон колебаний интенсивного показателя в различных регионах РФ, снижение заболеваемости в РФ на фоне ее роста в других странах, дана объективная оценка ситуации. Анализ качества регистрации чесотки в 6 ФО РФ, сравнение динамики интенсивного показателя заболеваемости и индексов солнечной активности на протяжении 45 лет (1968-2012 гг.), подход к оценке заболеваемости чесоткой с учетом объема реализованных скабицидов позволили доказать несоответствие истинного уровня заболеваемости и официально регистрируемого на основе предложенной математической формулы.

2. Мониторингирование приказа МЗ РФ № 162 от 24.04.2003. «Об утверждении отраслевого стандарта "Протокол ведения больных. Чесотка"» показало его значимость для дерматовенерологической службы, выявило недостатки в регистрации, диагностике и тактике лечения чесотки, определило более совершенный комплекс лечебно-профилактических мероприятий при чесотке.

3. Стационары психиатрических больниц играют значимую роль в эпидемиологии чесотки за счет частого формирования иррадирующих очагов, особенно крупных в «надзорных палатах». Заболеваемость в них составляет 20-71,2%, а суммарное число чесоточных ходов на больных достигает 80, что способствует реализации прямого и непрямого путей заражения.

4. Чесотка, являясь паразитарным заболеванием, требует подтверждения клинического диагноза лабораторными или инструментальными методами. Выявленные недостатки в данном разделе работы дали возможность предложить методы их устранения. Проведен сравнительный анализ диагностической значимости методов скотч-проб и дерматоскопии, имеющей так же важное научное значение.

5. Специфические особенности течения чесотки на фоне дерматозов различного генеза и у больных психическими заболеваниями, выявленные в ходе работы, являются критериями своевременной диагностики паразитарного дерматоза. Описан новый клинический вариант чесотки – скабиозная эритро-дермия, оценен ее инвазивный потенциал.

6. Законодательно в приказе МЗ РФ № 162 от 24.04.2003. «Об утверждении отраслевого стандарта "Протокол ведения больных. Чесотка"» закреплены только две модели лечения чесотки. Мониторинг указанного приказа позволило изучить потребности врачей в разработке новых моделей лечения заболевания (осложненной чесотки, чесотки со скабиозной лимфооплазией кожи), выявить ошибки при лечении социально значимого контингента населения (детей младших возрастных групп и беременных) и устранить их.

Публикации

По материалам диссертации автором опубликовано 57 научных работ, из них 20 в научных журналах, рекомендуемых ВАК Минобрнауки России.

Структура и объем диссертации

Диссертационная работа изложена на 205 страницах, иллюстрирована 65 рисунками и 10 таблицами и состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов, 8 разделов, содержащих результаты собственных исследований, заключения, выводов и списка литературы, включающего 402 источника (211 отечественных и 191 зарубежных авторов).

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертационная работа соответствует формуле специальности 14.01.10 – кожные и венерические болезни, а именно пунктам 2 (эпидемиология и статистика дерматозов и инфекций, передаваемых половым путем, в меняющихся условиях жизни, особенности кожных и венерических болезней в разных регионах РФ, организация борьбы с заразными кожными болезнями и инфекциями, передающимися половым путем), 3 (современные клинические проявления кожных и венерических болезней, их роль в комплексной диагностике, клинико-лабораторные параллели при кожных и венерических

болезнях, совершенствование диагностики дерматозов с использованием клинических, лабораторных, функциональных и других методов исследования), 4 (совершенствование лечения кожных и венерических заболеваний на основе последних исследований по их этиологии и патогенезу, новые методы и схемы лечения дерматозов современными медикаментозными средствами, разработка новых критериев излеченности), 5 (совершенствование методов первичной и вторичной профилактики дерматозов и инфекций, передаваемых половым путем).

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Работа выполнена на кафедре кожных и венерических болезней с курсом косметологии МИУВ ФГБОУ ВПО «МГУПП» в рамках кафедральной НИР «Чесотка в России». Были использованы следующие методы исследования.

1. Анализ статистических данных о заболеваемости чесоткой. Данные о заболеваемости чесоткой в СССР/РФ (1968-2012 гг.) и ФО (2009-2012 гг.) получены из годовых отчетов МЗ РФ, МВД РФ, МО РФ и УФСИН РФ (2010-2012 гг.). Заболеваемость представлена ИП (на 100000 населения). Рассчитаны темпы прироста заболеваемости с 1968 по 2012 гг. [Балинова В.С., 2004].

2. Сравнительный анализ ИП заболеваемости чесоткой и ежегодных индексов солнечной активности (ИСА). Данные о ИСА, представленные числами Вольфа (w), взяты из литературных источников [Витинский Ю.И., 1983; Ишков В.Н., 2012; Usoskin I.G., 2007].

3. Социологические методы.

- Мониторирование Приказа № 162 проводилось методом анонимного анкетирования дерматовенерологов РФ в течение 2011-2013 гг. с использованием авторского варианта анкеты «Оценка практической реализации Приказа № 162 от 24.04.2003».

Таблица 1.

Число респондентов, участвовавших в мониторинговании Приказа № 162

№ п/п	Федеральные округа	Число анкет
1.	Центральный	75
2.	Приволжский	70
3.	Северо-Западный	32
4.	Уральский	18
5.	Сибирский	46
6	Дальневосточный	78
	ВСЕГО:	319

В исследовании приняло участие 319 врачей дерматовенерологов, проживающих в 50 городах 6 ФО РФ. Женщин было 261 (81,8%), мужчин – 58 (18,2%) в возрасте от 23 до 82 лет, в среднем $43,3 \pm 12,8$ г. Преобладали

врачи амбулаторного приема (82,8%), остальные (17,2%) работали в стационаре. Средний стаж по специальности составлял $16,4 \pm 12,1$ л., что свидетельствует о высоком профессиональном уровне дерматологов.

- Анонимное анкетирование 52 врачей, проходящих циклы усовершенствования на кафедре с целью выяснения среднего числа упаковок скабицидов (бензилбензоат, медифокс, серная мазь и спрегаль), применяемых ими на курс лечения, а так же доли этих препаратов, используемых для лечения дерматозов другого генеза (розацеа, псориаз, микозы и др.)

4. *Математический метод.* Создание формулы расчета реальной заболеваемости чесоткой в РФ. Использованы данные «Pharmexpert» об объемах реализации скабицидов за 2010-2012 гг. в РФ. Статистические данные об обследовании членов семей и контактов больных чесоткой получены из отчетов ФГБОУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья» РАМН за 2010-2012 гг.

5. *Эпидемиологический метод* использовали для изучения очаговости чесотки в психиатрических больницах. Он основан на 100% обследовании всех членов очага, выявлении и лечении больных чесоткой и профилактической обработке контактных лиц. Для этого заключен договор между ГУЗМО «МОККВД» и МИУВ ФГБОУ ВПО «МГУПП» о проведении комплексных исследований в социально значимых коллективах Московской области. В работе приняли участие дерматовенерологи, паразитолог, организаторы здравоохранения. Обследовано 14 очагов в 4 психиатрических больницах (Московские областные психиатрические больницы № 2, № 3, № 23, Серпуховская психиатрическая больница № 7). Для унификации исследований разработан индивидуальная карта обследования очага чесотки.

6. *Клинические методы:*

- Объективное обследование больного (разработан вкладыш в амбулаторную карту больного чесоткой).

- Оценка эффективности терапии по динамике разрешения клинических проявлений. Использованы два критерия: 1 – выздоровление, 2 – отсутствие эффекта (с анализом причин).

- В 3-х психиатрических стационарах Московской области обследовано 45 больных чесоткой (основная группа) в возрасте от 37 до 86 лет, в среднем $65,6 \pm 11,0$ лет. Женщины преобладали (93,3%). Контрольную группу составили 28 больных чесоткой, обратившихся на амбулаторный прием к дерматологу в МОККВД. Возраст больных был от 45 до 76 лет, в среднем $57,6 \pm 16,2$, женщины в 2,5 раза преобладали над мужчинами (71,4% против 28,6%).

7. *Паразитологические методы.*

- Определение индексов встречаемости (ИВЧХ) и обилия (ИОЧХ) чесоточных ходов. ИВЧХ (%) – частота обнаружения ходов на определенном участке кожного покрова. ИОЧХ (абс.) – среднее число ходов, приходящееся на тот или иной участок кожного покрова. Паразитарный индекс (ПИ) больного – суммарное число чесоточных ходов на его коже, ПИ очага – суммарное число чесоточных ходов на всех больных в очаге.

- Метод скотч-проб использован для выявления клещей на коже и постельных принадлежностях больного. Для этого трехкратно наклеивали полоски прозрачной липкой ленты размером 2,5х5 см на разные участки кожи с высыпаниями, типичными для чесотки, или постельные принадлежности. Экспозиция составляла 3 сек. Скотч снимали резким движением, наклеивали на предметное стекло и микроскопировали при увеличении x100.

- Изучение морфологии генитального клапана самки чесоточного клеща *S.scabiei* (L.) для определения фертильности – молодая или плодущая самка.

8. Инструментальные методы:

- Дерматоскопия. Использовали бинокулярный микроскоп МБС-10, цифровой USB-микроскоп «Webbers digital microscope f-2cn» с увеличением 50-200 крат, цифровую фотокамеру «Canon digital ixus 960 is» с разрешением 12,1 мп. Для улучшения визуализации чесоточных ходов применен метод масляной витропрессии. Оценка диагностической значимости дерматоскопии проведена у 234 больных, исследовано 2088 чесоточных ходов.

- Микроскопия соскобов чесоточных ходов и клещей, извлеченных иглой, проводилась в молочной кислоте с использованием микроскопа БИО-ЛАМ.

9. Экспериментальный метод применен для изучения паразитирования самок чесоточного клеща в чесоточных ходах. Проводилось наблюдение за положением 12 самок в ходе в течение суток с интервалом 3-4 часа.

10. Статистические методы. Статистическую обработку результатов исследований проводили с использованием пакета статистических программ «Statistica 6.0» для персонального компьютера. Данные анкет обрабатывали в программе Excel. Описательная статистика количественных признаков представлена средними и среднеквадратическими отклонениями (в формате $M \pm m$). Для анализа нормально распределенных признаков применялись параметрические методы (t-критерий Стьюдента). Уровень достоверности соответствовал 95% ($p < 0,05$).

Результаты исследования

Заболеваемость чесоткой в СССР/РФ в динамике за 45 лет (1968-2012). Динамика заболеваемости чесоткой в СССР/РФ за 45 лет отличалась широким диапазоном значений ИП – от 38,2 (2012 г.) до 458 (1968 г.). Пики заболеваемости (ИП 458 и 385) напрямую связаны с социально-экономическими факторами: 1968 г. – кризис аграрного комплекса СССР, 1995 г. – кризис экономики России в целом, распад СССР, локальные войны, высокая миграция населения. Интервал между пиками составлял 28 лет. Между ними в 1983 г. отмечен небольшой пик с ИП равным 96. В последующие годы (1998-2012 гг.) регистрировалось только постепенное снижение ИП с 174 (1998) до 38 (2012) или в 4,6 раза. С 1968 по 2012 гг. ИП заболеваемости чесоткой в стране уменьшился в 12 раз (458 против 38,2). Изучение темпов прироста заболеваемости чесоткой за указанный промежуток времени показало, что число лет с отрицательным показателем темпов прироста забо-

леваемости в 2,2 раза преобладало над числом лет с положительными показателями (31 год против 14 лет). Причем максимальное число лет с отрицательным показателем темпов прироста (14 или 31,3%) заболеваемости приходилось на последние годы (1996-2012 гг.). Максимальные отрицательные показатели зарегистрированы в 1972 (- 39,1%), 1973 (- 35,7%), 1987 (- 27,4%), 2011 (- 33,9%) гг., положительные – в 1992 (+153,7%) и 1993 (+172,1%) гг.

На рисунке 1 представлена динамика ИП заболеваемости чесоткой за 45 лет (1968-2012 гг.).

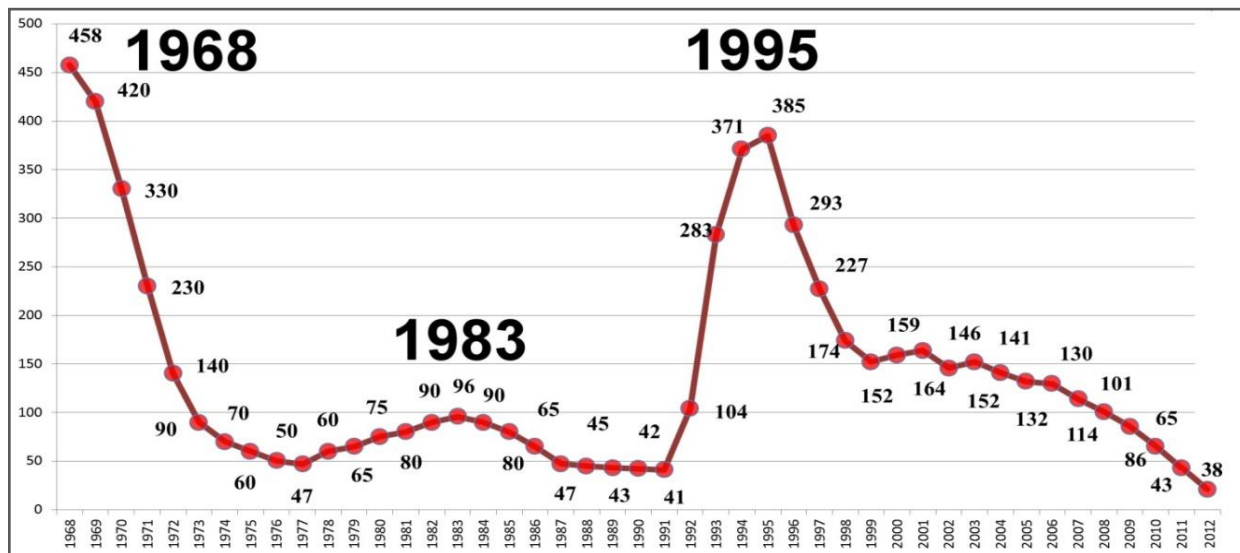


Рисунок 1. Динамика заболеваемости чесоткой в СССР/РФ за 45 лет (1968-2012 гг.) (ИП на 100000 населения).

Анализ заболеваемости чесоткой в ФО РФ (2009-2012 гг.). Общей закономерностью эпидемического процесса для всех ФО и городов федерального значения за 4 года являлось снижение заболеваемости чесоткой. В 2009 и 2011 гг. максимальное значение ИП зарегистрировано в Сибирском ФО (123,3 и 73,4), а минимальное – в Южном ФО (50,2 и 30,6), отличия составили в 2,5-2,4 раза. В 2010 и 2012 гг. максимальное значение ИП зарегистрировано в 2 ФО – Сибирском (94,8 и 51,1) и Дальневосточном (94,6 и 51,6), а минимальное – опять в Южном (39,7 и 23,2). Различия в обоих случаях составляли в 2,4-2,2 раза.

Со значением выше общероссийского ИП зарегистрирован в 4 ФО: Сибирском (123,3-51,1), Дальневосточном (120-51,6), Уральском (92-39,2) и Северо-Западном (91,1-43,9); ниже – в 3 ФО и городах федерального значения: Центральном (73 и 33,3), Северо-Кавказском (64,3-40,6), Южном (50,2-23,2), г. Москве (70,4-40,6) и г. Санкт-Петербурге (68,2-35,6). В Приволжском ФО ИП соответствовал таковому в РФ (87,5-36,3).

Следует отметить, что более низкий уровень заболеваемости чесоткой наблюдался в западных и южных районах РФ, где плотность населения выше, сильно выражена миграция населения, наблюдается интенсивный приток людей из стран СНГ и т.п. Такая ситуация может быть связана с неполной регистрацией заболевших.

Влияние солнечной активности на заболеваемость чесоткой. В период с 1968 по 2012 гг. наблюдалось 5 циклов солнечной активности (Полухтов С.А., Белкин В.А., 2011; Морозова А.Л. и соавт., 2012; Ишков В.Н., 2012) (таблица 2).

Таблица 2.

Периоды солнечной активности за 49 лет (1964-2012 гг.)

Циклы	Начало	Конец	Пик (год)
20 цикл	1964	1976	1968
21 цикл	1976	1986	1979
22 цикл	1986	1996	1989
23 цикл	1996	2009	2000
24 цикл	2009	-*	2012

*данные отсутствуют

Сопоставление ИП заболеваемости чесоткой и ежегодных индексов солнечной активности представлено на рисунке 2.

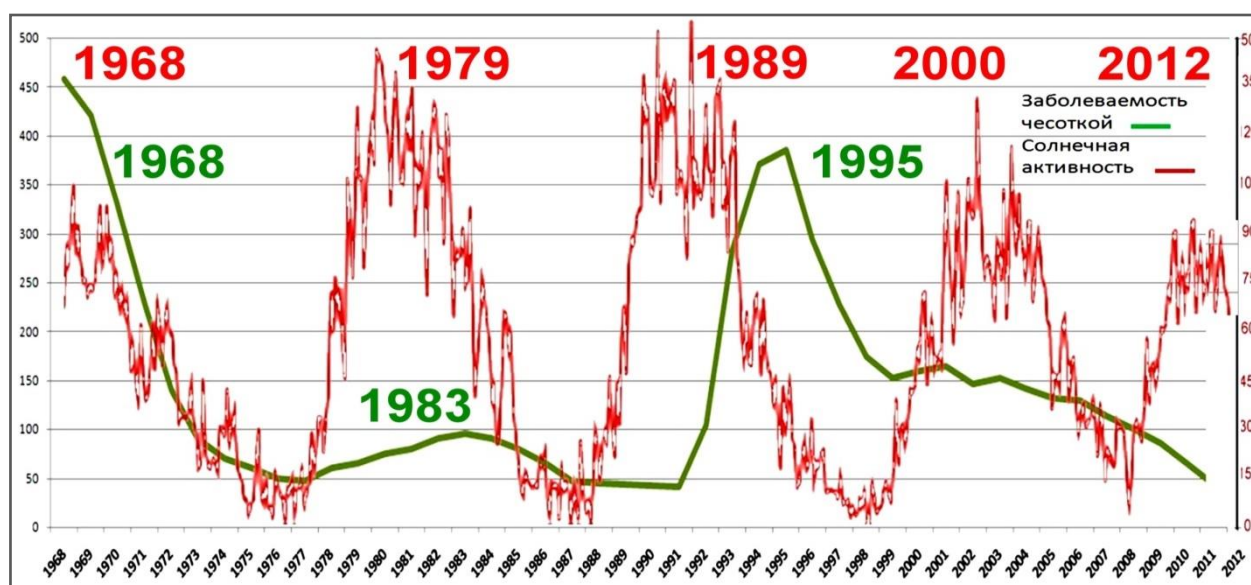


Рисунок 2. ИП заболеваемости чесоткой (на 100000 населения) и индексы солнечной активности (числа Вольфа) за 1968-2012 гг.

Сопоставление динамики ИП заболеваемости чесоткой и индексов солнечной активности на протяжении 45 лет показало сопряженность этих показателей только в рамках 20-го (1964-1976 гг.) и частично 21-го (1976-1986 гг.) циклов. Три цикла солнечной активности с пиками в 1989, 2000 и 2012 гг. зарегистрированы на протяжении 27 лет (1986-2012 гг.). Заболеваемость чесоткой в это время представлена одним пиком в 1995 г. с последующим постоянным снижением ИП к 2012 г. Рост заболеваемости чесоткой в 2000 и 2012 гг. не зарегистрирован. Из этого следует, что в динамике заболеваемости чесоткой, помимо природных закономерностей, значимы социальные факторы.

В то же время по данным официальной статистики в 29% областей, краев и республик РФ ИП заболеваемости чесоткой в 2012 году был в 1,4-3,3 раза выше, чем в стране в целом и колебался от 45 до 127 на 100000 насе-

ния. Выше российского ИП заболеваемости чесоткой зарегистрирован в Северо-западном, Сибирском и Дальневосточном ФО. С определенной долей вероятности можно говорить о наличии пиков заболеваемости чесоткой, соответствующих пикам солнечной активности.

Особенности регистрации чесотки врачами дерматовенерологами по результатам многоцентрового тестирования в 6 ФО РФ. Анализ 319 анкет, заполненных дерматовенерологами из 50 городов РФ, позволил выявить недостатки в регистрации больных чесоткой. Только треть (30,1%) врачей регистрируют все выявленные случаи, более 2/3 (69,9%) – практикуют лечение чесотки под другими диагнозами. Причем каждый четвертый специалист (22%) делает это часто, более ¼ (28,7%) – периодически и почти половина (49,3%) – редко. В большинстве случаев (59,2%) основной причиной умышленного сокрытия диагноза является неуверенность в нем, реже – личная просьба больного (19,3%) и нежелание врачей проводить противоэпидемические мероприятия в очаге (8,4%), крайне редко – указание руководства лечебного учреждения (3,1%). Пробное лечение используют 86,2% дерматологов, в том числе 14,2% – часто и 85,8% – периодически. Только 14,9% из них при получении положительного эффекта практически всегда заполняют экстренное извещение, 34,5% делают это периодически, 39,3% – редко и 11,3% – никогда не регистрируют чесотку.

Оценка заболеваемости чесоткой в РФ по объему реализованных скабицидов. Лечение чесотки осуществляется лечебными учреждениями МЗ РФ, МВД РФ, МО РФ и УФСИН РФ (таблица 3.)

Таблица 3.

Число больных чесоткой, получавших лечение в лечебных учреждениях МЗ РФ, МВД РФ, МО РФ и УФСИН в 2010-2012 гг.

Министерства и ведомства	Заболеваемость чесоткой (абс)				
	2010	2011	% роста/снижения	2012	% роста/снижения
Министерство здравоохранения	92361	70702	-23,5	54578	-22,8
Министерство обороны	3221	3330	+3,3	3294	-1,1
Министерство внутренних дел	452	396	-12,4	297	-25,0
Управление федеральной службы исполнения наказаний	6832	4168	-39,0	2242	-46,3
ВСЕГО:	102866	78596	-23,6	60411	-23,1

Абсолютное число больных чесоткой в целом по РФ в 2011 г. по сравнению с 2010 г. снизилось на 23,6%, а в 2012 г. по сравнению с 2011 г. – на 23,1%. Наиболее значимое снижение зарегистрировано в УФСИН – на 39%

(в 2011 г.) и 46,3% (в 2012 г.), более медленное в МЗ – на 23,5% (в 2011 г.) и на 22,8% (в 2012 г.), а также в МВД – на 12,4% (в 2011 г.) и 25% (в 2012 г.). В МО заболеваемость чесоткой в 2010-2012 гг. была относительно стабильной. В 2011 г. по сравнению с 2010 г. объем реализации скабицидов уменьшился на 17,8%, а в 2012 г. по сравнению с 2011 г. – всего на 1,1% (рисунок 3).

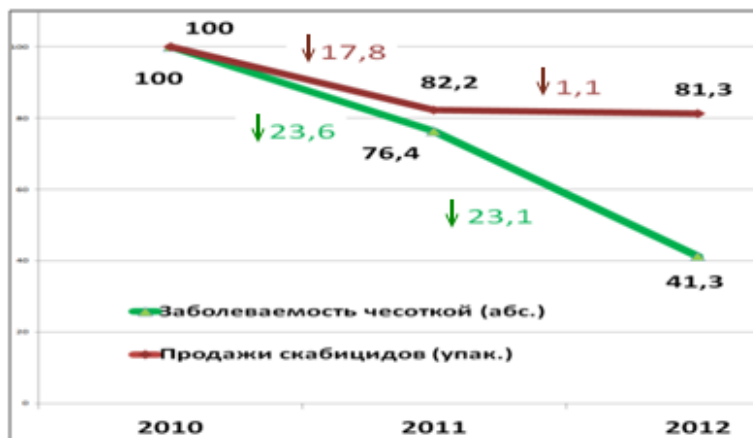


Рисунок 3. Динамика снижения заболеваемости чесоткой и объема реализации скабицидов в РФ (2011-2012 гг.) в сравнении с 2010 г. (%)

Выявлено значительное несоответствие динамики снижения заболеваемости чесоткой и объема реализации скабицидов. Число больных чесоткой с 2010 по 2012 гг. уменьшалось ежегодно на 23,6% и 23,1% и к 2012 г. составило всего 41,3% от заболеваемости в 2010 г. А продажи скабицидов к 2011 г. снизились только на 17,8%, а в 2012 г. остались на уровне 2011 г., т.е. не изменились.

Для определения вероятного уровня заболеваемости математически рассчитано число больных чесоткой, приняв в расчет, объем реализованных скабицидов и ряд других факторов. Получена формула:

$$S = N \cdot (1 - 0,01 \cdot D) / (X + Y),$$

где S – абсолютное число больных, получавших лечение одним из скабицидов, N – число упаковок скабицида, реализованных за год, D – процент скабицида, используемого для лечения других дерматозов (помимо чесотки), X – число упаковок препарата, необходимое на курс лечения, Y – число упаковок, используемых для лечения контактных лиц. По данным анонимного анкетирования для лечения других дерматозов используется в среднем 17% серной мази, 13% бензилбензоата, 5% спрегали и 4% мединокса. Число упаковок для курса лечения составляет 6, 2,5; 1 и 1, соответственно. На лечение контактного лица уходит 1 упаковка серной мази, бензилбензоата и мединокса и 0,5 – спрегали. В соответствии с этими показателями по формуле рассчитано число больных, получавших лечение 4 скабицидами в 2010-2012 гг. Полученные данные свидетельствуют, что официальный показатель числа больных чесоткой в РФ в 11,8 (2010 г.), в 12,7 (2011 г.) и в 16,1 (2012 г.) раза ниже реального уровня заболеваемости (таблица 4).

Таблица 4.

Сравнительный анализ числа официально зарегистрированных больных чесоткой в РФ и данных предполагаемого числа больных, рассчитанных по объему реализованных скабицидов

Год	Официальный уровень заболеваемости чесоткой	Предполагаемый уровень заболеваемости чесоткой	Различия показателей
2010	102866	1212607	В 11,8 раза
2011	78596	995157	В 12,7 раза
2012	60411	972332	В 16,1 раза

Очаговость чесотки в психиатрических стационарах изучена при обследовании больных в Серпуховской городской психиатрической больнице № 7 и трех Московских областных психиатрических больницах №3, № 23, № 2 с коечный фонд 130, 350, 450, 1750 соответственно. Число занятых коек составляло 78, 292, 359, 1689 (всего 2816). Методом произвольной выборки осмотрено 398 (14,1%) больных в 23 палатах. По каждому учреждению – 25,6%; 68,2%; 25,1%; 5,3%. Общая заболеваемость чесоткой составила 14,1%. Этот показатель в различных стационарах был неоднозначным и составлял 15% (130 коек); 11,6% (350 коек); 21,1% (450 коек) и 0% (1750 коек). Чесотка отсутствовала в самой крупной психиатрической больнице, в штате которой имелся постоянный врач дерматовенеролог, запас скабицидов и две дезинфекционные камеры. По данным официальной статистики в этой больнице на протяжении 7 последних лет случаи чесотки в стационаре не регистрировались.

Больные чесоткой (45) выявлены в 14 (60,9%) из 23 палат. Преобладали иррадиирующие очаги (с двумя и более больными) – 9 или 64,3%. Потенциальных очагов (с одним больным) было 5 (35,7%). Число больных чесоткой в иррадиирующих очагах варьировало от 2 до 12, составляя в среднем $4,6 \pm 3,4$. Преобладали очаги с 2-3 больными (6 или 66,7%). Треть очагов (3 или 33,3%) были достаточно крупными (7-12 больных). Очагов с числом больных от 4 до 6 не было.

Число больных чесоткой в очаге зависело не от числа больных в палате, а от тяжести психиатрической патологии. Чесотка преобладала в 4 так называемых «надзорных» палатах, где находились пациенты под круглосуточным наблюдением. Это прикованные к постели или малоподвижные больные пожилого и старческого возраста, отягощенные тяжелыми соматическими заболеваниями. На рисунке 4 представлено распределение больных в этих очагах с учетом их величины (общее число больных), числа больных чесоткой, в том числе с чесоткой без ходов, и ПИ очага.

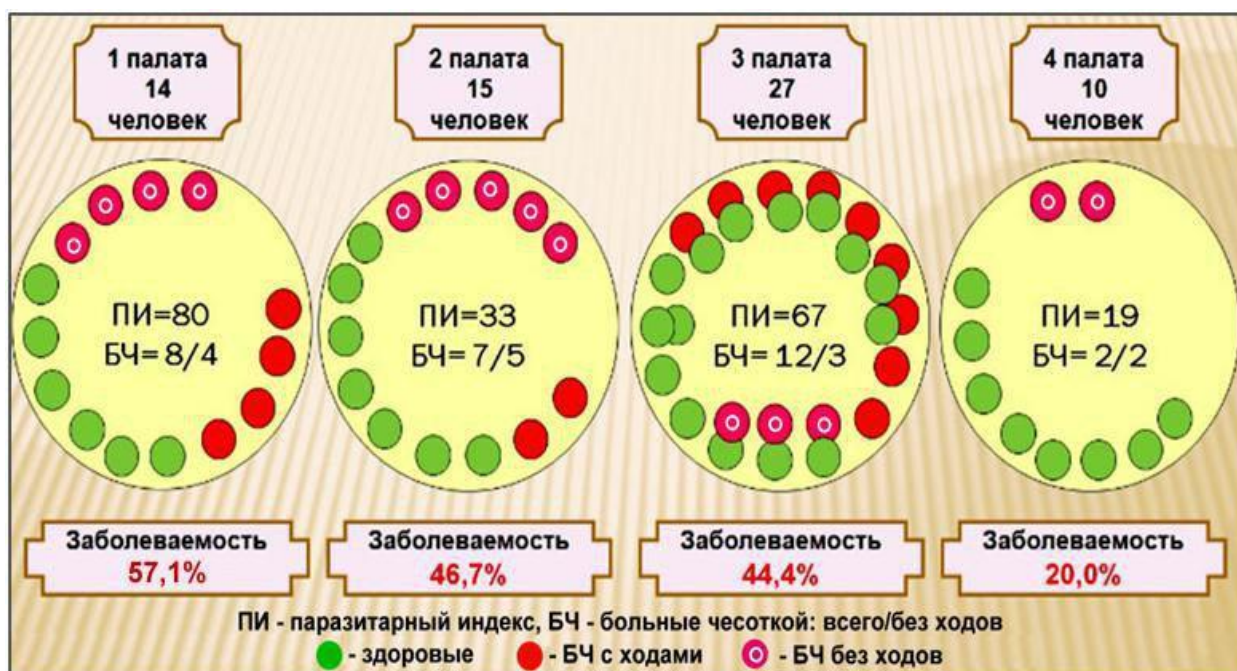


Рисунок 4. Эпидемиологическая характеристика очагов чесотки в «надзорных» палатах психиатрических больниц Московской области.

В «надзорных» палатах выявлено 29 (64,4%) из 45 больных чесоткой. Заболеваемость в этих палатах составляла 57,1%; 46,7%; 44,4% и 20,0%. ПИ очагов варьировал от 19 до 80. В трех палатах (от 14 до 27 больных) в связи с их скученностью имелись условия для реализации непрямого пути заражения, как самками, так и личинками чесоточного клеща. Чесотка без ходов зарегистрирована почти у половины больных (14 или 48,3%).

Потенциальных очагов было 5 (35,7%) с числом больных в палатах от 7 до 16. ПИ очагов колебался от 1 до 27. В 4 из 5 очагов ПИ не превышал 5. Лишь в одном очаге ПИ был равен 27. Здесь существовала возможность заражения окружающих как прямым, так и непрямым путем.

Для лечения больных чесоткой в потенциальных и иррадиирующих очагах использована 0,4% водная эмульсия медифокса. Лечение проводил медицинский работник независимо от тяжести психического нарушения у пациента. Курс состоял из двух втираний препарата с интервалом 3-е суток (в 1 и 4 дни). Все контактные лица в иррадиирующих очагах и одном потенциальном с ПИ 27 были пролечены профилактически – однократная обработка медифоксом.

Анализ локализации чесоточных ходов у больных психиатрического профиля позволил сделать важный эпидемиологический вывод. Высокие ИВЧХ и ИОЧХ на стопах свидетельствуют о возможности заражения больных в душевых кабинах. Мытье больных, особенно в вечернее время, приводит к попаданию самок и личинок чесоточных клещей, мигрирующих по коже, в смывные воды, а затем – на пол. Это приводит к внедрению клещей в кожу стоп, что подтверждено обнаружением у двух пациенток чесоточных ходов только на подошвах при отсутствии других клинических проявлений чесотки.

Лабораторная диагностика чесотки в РФ. Качество лабораторной диагностики чесотки в РФ оценено путем изучения отчетов ФГБОУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья» РАМН (официальный сайт <http://www.nriph.ru>) о деятельности дерматовенерологической службы за 2011 г. По данным официальной статистики у 71001 больного чесоткой лабораторная диагностика применена в 88,6% случаев. Бактериоскопический метод использован у $\frac{3}{4}$ (77,6%), метод дерматоскопии – у 11% больных. Эти данные не позволяют оценить число подтвержденных лабораторно случаев заболевания, но указывают, что метод дерматоскопии используется крайне редко.

Анализ результатов анкетирования дерматовенерологов РФ для оценки практической реализации раздела «Диагностика чесотки» Приказа № 162. Анализ 319 анкет показал, что лабораторно диагноз чесотки пытались подтвердить 265 (83,1%) врачей, что идентично данным официально статистики (87,6%). Среди них 153 (57,6%) специалиста делали это практически всегда, 71 (26,7)% – периодически, 41 (15,7%) – редко. Однако 54 (16,9%) дерматолога ставили диагноз только клинически. На использование одного метода диагностики указал 231 (87,2%) респондент, остальные 34 (12,8%) применяли два метода в зависимости от клинической ситуации.

Несмотря на то, что основной методикой микроскопии, регламентированной Приказом № 162, является использование молочной кислоты, ее применяли только 63 (21,1%) специалиста. Предпочтение же отдавалось методу с использованием щелочи (150 или 50,2%). Извлечение клеща иглой применяли в 28,8% случаев. Практически всегда клеща обнаруживали более трети 94 (36,5%) специалистов, периодически – около половины (115 и 43,4%), редко – 1/5 (56 или 21,1%). Иными словами, клинический диагноз одним из лабораторных методов всегда подтверждали только треть (36,5%) респондентов.

Оценка эффективности лабораторной диагностики чесотки при ее выполнении различными специалистами. В 75,5% случаев лаборант производил забор материала из очагов, отмеченных врачом; в 20,8% – лаборант проводил все исследование самостоятельно, в 16,6% – врач сам осуществлял забор материала, который направлял в лабораторию. Участие врача без лаборанта было минимальным (2,6%).

Объективные данные об эффективности лабораторной диагностики чесотки, выполненной различными специалистами, получены нами во время посещения медицинских организаций Московской области во время плановых выездов с целью оказания практической помощи на местах. В исследовании приняло участие 13 врачей и 8 лаборантов. Обследовано 38 больных чесоткой. Клинический диагноз практически всегда (92,1%) лабораторно подтверждался если исследование проводил сам врач. В 2/3 (63,2%) случаев диагноз подтверждался при соскобе лаборантом высыпаний, отмеченных

врачом. При заборе материала лаборантом без участия врача положительный результат регистрировался реже (28,9%).

Оценка диагностической значимости дерматоскопии для диагностики чесотки. По данным анонимного анкетирования установлено, что только 122 (38,2%) дерматовенеролога выполняли дерматоскопию при чесотке. Остальные 2/3 (197 или 61,8%) ее не применяли. Существенно, что из 122 дерматологов, считающих метод дерматоскопии необходимым, только 34 (28%) имели стандартные дерматоскопы, а остальные 88 (72%) использовали различные оптические приспособления. Большая часть специалистов, не использующих дерматоскопию (136 или 69%), отметила отсутствие дерматоскопов в их лечебных учреждениях, 20 (10,2%) – не владели методикой исследования, а 41 (20,8%) врач указал, что не считает необходимым применять этот метод.

Дана количественная оценка диагностической значимости дерматоскопии при различных клинических вариантах течения чесотки и различных клинических разновидностях чесоточных ходов. Обследовано 234 больных. Методом дерматоскопии исследовано 2088 чесоточных ходов. Число ходов на больных колебалось от 0 (чесотка без ходов) до нескольких сотен (скабиозная эритродермия, норвежская чесотка). При использовании дерматоскопии выявлено чесоточных ходов на 27% больше, чем при объективном осмотре без оптических приборов. Это связано с тем, что короткие ходы на начальной стадии формирования и старые полуразрушенные ходы плохо видны невооруженным глазом. Оценена частота обнаружения клещей в интактных чесоточных ходах, фолликулярных папулах на туловище и конечностях, а так же в везикулах на кистях. Частота выявления возбудителя составила 97%, 21% и 32%, соответственно.

Проведен сравнительный анализ частоты выявления типичных чесоточных ходов и их реактивных вариантов при визуальном осмотре пациента и с использованием дерматоскопии у 217 больных. Результаты исследования представлены в таблице 5.

Таблица 5.

**Выявление различных вариантов чесоточных ходов у больных чесоткой
визуально и с использованием дерматоскопии (N=217)**

Характеристика ходов	Метод диагностики чесоточных ходов				Отличие
	Визуально		Дерматоскопия		
	Абс.	%	Абс.	%	
Типичные	1094	87,3	1253	100,0	> на 12,7%
Ходы, приуроченные к везикулам	413	63,6	649	100,0	> на 36,4%
Ходы, приуроченные к пустулам	63	33,9	186	100,0	> на 66,1%

Методом дерматоскопии типичных чесоточных ходов выявлено на 12,7% больше, чем без использования дерматоскопа; ходов, приуроченных к везикулам, – на 36,4%; к пустулам – на 66,1%. Иными словами, диагностиче-

ская значимость дерматоскопии возрастала при наличии чесоточных ходов, приуроченных к экссудативным морфологическим элементам, особенно к пустулам. Аналогичные исследования выполнены при скабиозной эритродермии. Сопоставлены результаты обнаружения клещей без дерматоскопа и методом дерматоскопии на участке ладони площадью 4 см². Без дерматоскопа выявлялись только самки чесоточных клещей, находящиеся в чесоточных ходах (19 клещей). При дерматоскопии клещи выявлялись и вне ходов. Их было в 2,2 раза больше (41 клещ).

Метод дерматоскопии позволяет осматривать любые участки кожи. Так при скабиозной эритродермии многочисленные чесоточные ходы обнаружены на всех участках кожного покрова, в том числе на лице, волосистой части головы, в межлопаточной области, на лобке.

Диагностическая значимость метода скотч-проб. В зарубежной литературе описывается диагностика чесотки методом скотч-проб [Katsumata K., 2005; Leung V., Miller M., 2011; Walter B., 2011]. Проведена оценка эффективности этого метода в сравнении с методом дерматоскопии. Обследовано 8 больных в возрасте от 18 до 89 лет, мужчин 3, женщин 5. Типичная чесотка наблюдалась у 7 пациентов, скабиозная эритродермия – у 1. При выполнении 22 скотч-проб у больных с типичной чесоткой положительный результат зарегистрирован только в 2 (25%) случаях. При этом на липкой ленте были обнаружены только опустевшие яйцевые оболочки. Методом дерматоскопии клещи обнаружены у всех 8 (100%) больных. Выявлено 11 самок клещей.

Интересные результаты получены при обследовании больной со скабиозной эритродермией. В 4-х скотч-пробах, взятых со стопы, живота, бедра и груди, число выявленных клещей на площади 10 см² колебалось от 2 до 6 особей. Всего обнаружено 16 клещей на разных стадиях развития: самок – 6, самцов – 3, личинок – 6, нимф – 1. Яйца и опустевшие яйцевые оболочки отсутствовали. Клещи выявлялись не только на местах типичной локализации чесоточных ходов (стопы), но и на тех участках кожного покрова, где при типичной чесотке локализуются высыпания метаморфической части жизненного цикла (живот, бедро, грудь). При дерматоскопии на площади того же размера было обнаружено клещей в 5,3 раза больше (84 против 16), в том числе на стопе – 35, животе – 12, бедре – 22, груди – 15.

Таким образом, метод скотч-проб имеет диагностическую значимость только при чесотке с высоким паразитарным индексом – норвежская чесотка, скабиозная эритродермия, в то время как при обычном ее течении он недостаточно информативен.

*Особенности паразитирования возбудителя чесотки *Sarcoptes scabiei* (L.) в коже человека, выявленные методом дерматоскопии.* Дерматоскопия в настоящее время используется не только для практических нужд здравоохранения, но и для научных исследований. Дерматоскопия позволила выявить новые данные, дополняющие наши представления о жизненном цикле чесоточного клеща *S. scabiei* (L.).

1. Обнаружено, что самка чесоточного клеща при прокладывании хода в эпидермисе неоднократно меняет свое положение. При прокладывании хода, процесс которого не сопровождается откладкой яиц, самка движется вперед спинной поверхностью к роговому слою эпидермиса и параллельно ему. В вечернее время перед откладкой яйца направление движения и положение самки в ходе меняется. Для создания отверстия в крыше хода самка продвигается к поверхности эпидермиса, поворачиваясь на бок. Она занимает положение под углом к основному направлению хода, проделывает отверстие в крыше хода и откладывает яйцо. Затем поворачивается брюшной поверхностью к крыше хода и слегка продвигается вперед. Перед очередной яйцекладкой она вновь поворачивается на бок. После завершения кладки 1-2 яиц самка занимает первоначальное положение – спинной поверхностью к роговому слою эпидермиса. Становится понятным поперечное расположение яиц в ходе при микрокопии препаратов, приготовленных из соскобов ходов в молочной кислоте.

2. Установлено, что часть личинок после вылупления из яиц могут не покидать материнский ход через отверстия, проделанные самкой в его крыше. Они проделывают из него в стороны небольшие боковые ходы. Это дало возможность объяснить преобладание мелких везикул на внешне неизменной коже в непосредственной близости от чесоточного хода. В соскобах везикул нередко обнаруживались личинки, их линечные шкурки, нимфы и молодые самки.

Особенности течения чесотки у больных с другими дерматозами.

Чесотка на фоне псориаза. Наблюдались три больных 20, 22, 48 лет. Кожный зуд при чесотке провоцировал появление псориазических папул (изоморфная реакция Кебнера), которые располагались линейно. Папулы возникали так же и в местах паразитирования чесоточного клеща (ходы, везикулы на кистях и фолликулярные папулы на туловище и конечностях). Массивные псориазические бляшки на локтях соответствовали топике симптомов Арди и Горчакова. СЛК с мучительным зудом являлась предпосылкой возникновения нумулярных псориазических бляшек.

Чесотка в сочетании со сквамозно-гиперкератотической формой рубромикоза стоп с одновременным поражением кистей. Обследовано 4 больных в возрасте 51, 56, 65, 74 лет. Выраженный гиперкератоз затруднял внедрение чесоточного клеща в места типичного обитания – ладони и подошвы. Диагностическими критериями заболевания были обнаружение чесоточных ходов на запястьях, в области ахиллова сухожилия, на локтях. Численность элементов СЛК увеличивалась на ягодицах, животе, в аксилярных областях, на половых органах у мужчин.

Чесотка в сочетании с эпидермофитией стоп. Обследовано 3 пациента с интертригинозной (25, 36, 47 лет) и 4 с дисгидротической формой (18, 20, 26 и 35 лет) заболевания. Повышенная влажность кожных покровов создавала благоприятные условия для размножения чесоточного клеща. Поэто-

му численность чесоточных ходов на кистях и стопах почти в 2 раза превышала таковую при обычном течении заболевания. Преобладали чесоточные ходы, приуроченные к экссудативным морфологическим элементам. Чаще регистрировалась вторичная пиодермия, преимущественно стафилококковое импетиго. После лечения одним из скабицидов наблюдалось резкое обострение процесса на кистях в виде везикулезных или везико-буллезных эпидермофитидов.

Чесотка на фоне atopического дерматита и вульгарного ихтиоза. Наблюдали пять больных atopическим дерматитом в возрасте 7, 12, 15, 18 и 19 лет, двух больных вульгарным ихтиозом – 21 и 33 лет. Выраженная сухость кожных покровов создавала неблагоприятные условия для возбудителя. Это способствовало резкому уменьшению числа чесоточных ходов и везикул на кистях и стопах. Кожный зуд был всегда интенсивным.

Особенности течения чесотки у больных с психическими заболеваниями изучены при обследовании 45 пациентов, госпитализированных в 3 психиатрические больницы Московской области в 2012 г. Возраст больных был от 37 до 86 лет, в среднем $65,6 \pm 11,0$. Женщины преобладали (93,3%). Длительный прием психотропных препаратов практически у всех больных (93,3%) являлся причиной выраженной сухости кожных покровов. Более чем у половины (57,8%) отсутствовал кожный зуд, а у $\frac{1}{4}$ (26,7%) развивалась медукаментозная токсикодермия. Прием психотропных препаратов способствовал развитию поверхностных микозов кожи (57,8%), что маскировало клинические проявления чесотки.

Преобладал типичный вариант течения чесотки (57,8%). Число чесоточных ходов варьировало от 1 до 40, составляя в среднем $10,5 \pm 10,1$. Более чем у трети (37,5%) пациентов их было 10 и более. В структуре 337 чесоточных ходов преобладали (58,8%) полуразрушенные варианты. Интактные ходы составляли $\frac{1}{4}$ (24,6%) выборки, приуроченные к СЛК – 9,5%, к экссудативным морфологическим элементам – 7,1%. Фолликулярные папулы и везикулы наблюдались редко. Чесотка без ходов выявлена в 28,9% случаев, преимущественно в надзорных палатах. Вторичная пиодермия зарегистрирована у 13,3% пациентов, при этом сложно было установить причину ее возникновения – чесотка или дерматофития.

Скабиозная эритродермия – новая клиническая форма чесотки. Обследовано 5 женщин в возрасте 42, 72, 76, 84 и 89 лет. Основным клиническим проявлением чесотки была эритродермия. Давность заболевания – от 8 мес. до 1 года. Причины развития эритродермии были различными, в основном использование системных или топических препаратов, ослабляющих зуд. Поводом для их назначения были системная красная волчанка (1), шизофрения (1) и ошибки в диагностике (3). Вместо чесотки выставлялись диагнозы аллергического контактного дерматита и токсикодермии. Анализ данных клинических случаев позволил выделить скабиозную эритродермию в самостоятельную редкую форму чесотки с определенными клинико-

диагностическими критериями. Особый характер зуда – менее выраженный, диффузный, и отсутствие следов расчесов. Больные чаще не расчесывали, а растирали кожу ладонями. Наличие генерализованной эритродермии с инфильтрацией и ксерозом при минимальном шелушении. Появление участков гиперкератоза в местах постоянного давления (ягодицы, локти). Отсутствие корок. Наличие только мелких пустул (остиофолликулитов) с небольшой инфильтрацией в основании. Большое число чесоточных ходов в местах типичной локализации (кисти, запястья, стопы), составлявшее 50 – 310 на анатомическую область. Наличие множества ходов на лице, шее, волосистой части головы, лобке, в межлопаточной области, где они отсутствуют при типичной чесотке. Преобладание коротких метаморфических ходов длиной 2-3 мм, сделанных чаще неполовозрелыми стадиями чесоточного клеща (личинками, нимфами). Выраженный стойкий белый дермографизм. Обнаружение методом дерматоскопии большого числа клещей не только в ходах, но и в эритродермически измененной и мало измененной коже. Заболевание высоко контагиозно, инвазируются практически все бытовые контакты.

Лечение чесотки

Приоритеты дерматологов в выборе скабицидов изучены двумя способами:

1. Методом анонимного анкетирования 319 дерматовенерологов, работающих в 50 городах и 6 ФО РФ.
2. При анализе объема реализованных скабицидов в РФ в 2010-2012 гг. (данные «Pharmexpert»).

Результаты анонимного анкетирования показали, что более половины (57,4%) дерматовенерологов РФ отдают предпочтение аэрозолю эсдепаллетрина с пиперонилбутоксидом (АЭП, спрегаль), мази бензилбензоата (55,8%), треть – эмульсии бензилбензоата (34,8%), четверть (25,1%) – серной мази и 1/5 (20,1%) – 5% концентрату эмульсии перметрина в этаноле (ЭПЭ, медифокс). Интересно отметить, что 11,3% специалистов указали на отсутствие приоритетов в использовании скабицидов. Выбор скабицида практически всегда (90,3%) базировался на личном опыте врача. Треть специалистов (34,2%) учитывали стоимость препарата, а более 1/5 (26,3%) – наличие препарата в стационаре или аптечном пункте учреждения. Существенно, что реклама препарата (2,8%) и установка руководства лечебного учреждения (1,9%) не определяла его выбор.

Изучены приоритеты использования скабицидов в 6 ФО РФ. АЭП отдавали предпочтение дерматологи 5 ФО – от 38,9% (Уральский ФО) до 100% (Северо-Западный ФО). Мазь бензилбензоата используют от 39,1% (Сибирский ФО) до 100% (Северо-Западный ФО) специалистов, эмульсию бензилбензоата – от 20,5% (Дальневосточный ФО) до 50% (Уральский, Северо-Западный ФО). ЭПЭ стабильно отдают предпочтение более 1/4 специалистов Приволжского, Центрального и Дальневосточного ФО. Серная мазь достаточно часто используется дерматологами Северо-Западного и Уральского

ФО (100% и 38,9% соответственно). На рисунке 5 представлены данные «Pharmexpert» об объеме реализации скабицидов в РФ в 2010-2012 гг.

Из года в год наибольший объем реализации скабицидов приходился на препараты на основе бензилбензоата (мазь/эмульсия): 58,8% (2011 г.) – 62,8% (2010 г.). Второе место занимала серная мазь: 26,6% (2012 г.) – 29,5% (2011 г.); третье – АЭП: 6,4% (2010 г.) – 7,4% (2011 г.); четвертое – ЭПЭ: 3,5% (2010 г.) – 4,2% (2011 г.). В тоже время эти данные не могут объективно отражать приоритеты дерматологов в использовании скабицидов для лечения чесотки, т.к. часть препаратов идет на лечение других дерматозов, а на курс лечения используется не одинаковое число упаковок.

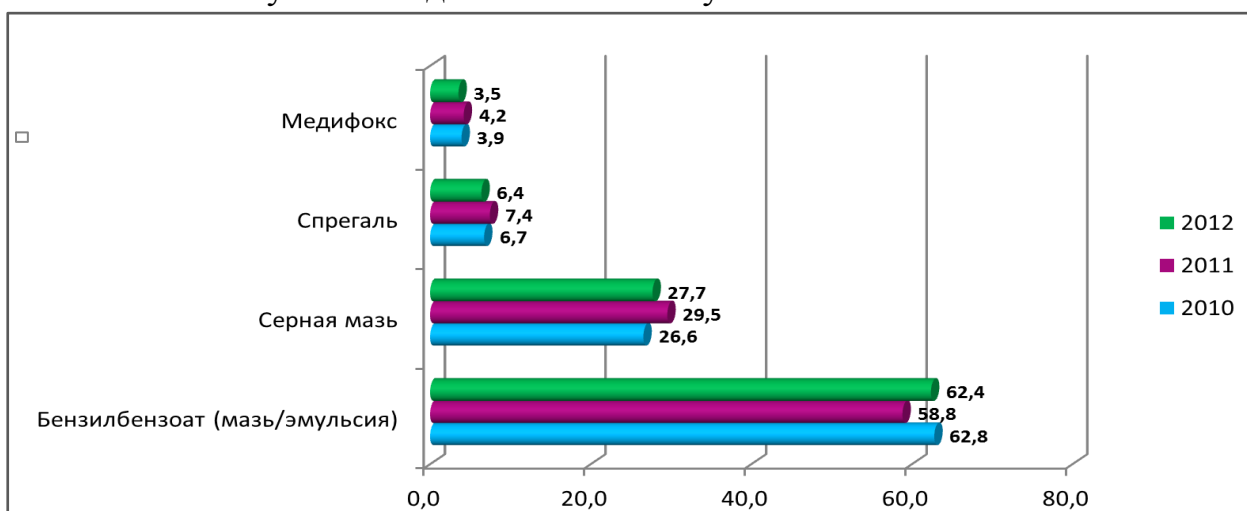


Рисунок 5. Объем реализации скабицидов в РФ по данным «Pharmexpert» за 2010-2012 гг. (%)

Встречаемость клинических вариантов чесотки по данным анонимного анкетирования дерматологов и их мнение о необходимости дополнения Приказа № 162 новыми моделями лечения заболевания. В указанном приказе приводятся модели лечения типичной чесотки и постскабиозного зуда. Однако клинических разновидностей чесотки значительно больше: типичная, чесотка без ходов, осложненная вторичной пиодермией, аллергическим дерматитом, со СЛК, норвежская чесотка.

Мониторинг Приказа № 162 позволило определить встречаемость клинических вариантов чесотки в практической деятельности врачей (рисунок 6).

Практически все дерматологи имели дело с чесоткой, осложненной вторичной пиодермией (97,8%), чесоткой без ходов (92,5%), чесоткой, осложненной аллергическим дерматитом (89,5%), и чесоткой со СЛК (85,9%). Норвежская чесотка наблюдалась реже, у 37,9% респондентов. На необходимость разработки моделей/стандартов по лечению осложненной чесотки указали 85% респондентов, чесотки со СЛК 73,4%, чесотки без ходов 66,1%, норвежской чесотки 46,7%.

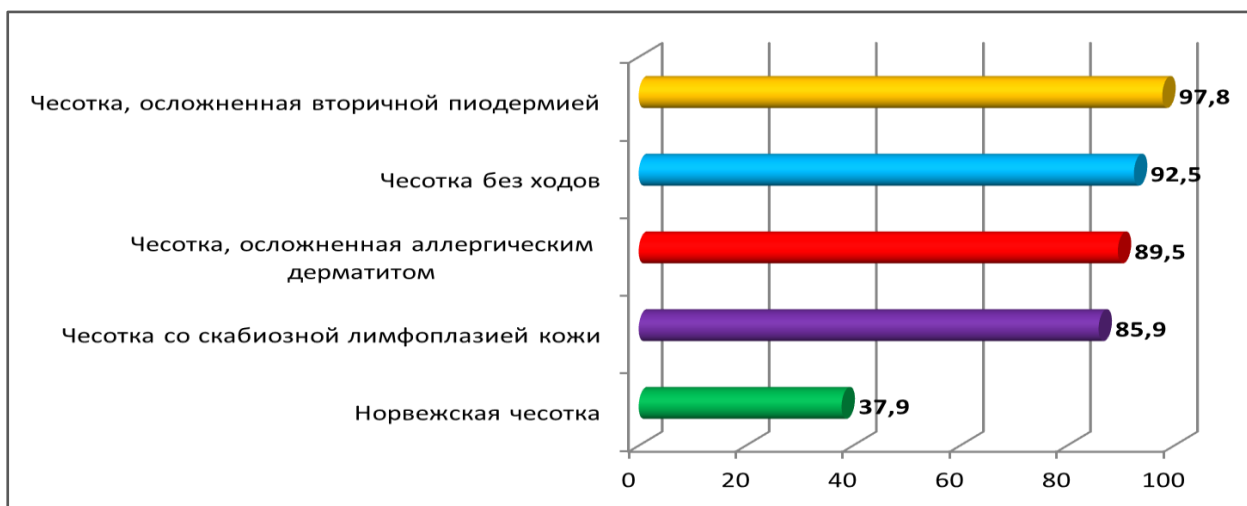


Рисунок 6. Встречаемость различных вариантов течения чесотки в практике дерматовенерологов по данным анонимного анкетирования (%).

Тактика лечения больных осложненной чесоткой, чесоткой со СЛК, норвежской чесоткой. Разработаны модели/стандарты лечения больных чесоткой, осложненной вторичной пиодермией, аллергическим дерматитом, микробной экземой, со СЛК, норвежской чесоткой [Соколова Т.В., Малярчук А.П., 2012; Малярчук, 2013]. Они апробированы на практике у 134 больных и вошли в «Национальный стандарт. Дерматовенерология» (2011, 2013) и Федеральные клинические рекомендации, издаваемые под эгидой РОДВК. В соответствии с новыми требованиями стандарты включают международные непатентованные названия скабицидов и уровни доказательности (А, В, С, Д).

Модель/стандарт лечения чесотки, осложненной вторичной пиодермией. Лечение начинают с втирания скабицида для устранения зуда, способствующего нарушению целостности кожных покровов. Предпочтение отдается скабицидам, которые не требуют интенсивного втирания и не вызывают диссеминацию инфекции по коже (АЭП и ЭПЭ). Скабицид втирают в 1 и 4 дни курса, при этом во 2-ой и 3-ий дни проводят лечение пиодермии. Вопрос о мытье больного перед втиранием скабицида решается врачом индивидуально, учитывая возможность диссеминации инфекции. При поверхностной пиодермии (импетиго, остиофолликулиты, турниоль и др.) применяют наружную терапию. Пустулы тушируют растворами анилиновых красителей, 5% раствором перманганата калия, раствором повидон-йода и другими антисептическими препаратами. При наличии импетиго его покрывку прокалывают иглой. После подсыхания пустул назначают мази/кремы с антибактериальными препаратами, универсальными антисептиками. Показаны комбинированные ТКС, содержащие антибиотики. При глубоких формах пиодермии (вульгарная эктима, глубокие фолликулиты, фурункулы) лечение дополняется назначением системных антибактериальных препаратов широкого спектра действия.

Модель/стандарт лечения чесотки, осложненной аллергическим дерматитом. Перед началом специфической терапии больному целесообразно вымыться с мылом для улучшения доступа противочесоточного препарата в ходы. Лечение начинают с втирания скабицида для устранения деятельности чесоточного клеща, продуцирующего аллергены. Предпочтение отдается скабицидам, не требующим интенсивного втирания (АЭП и ЭПЭ). Скабицид втирают в 1 и 4 дни курса, а во 2-ой и 3-ий дни проводят лечение аллергического дерматита. При ограниченном процессе целесообразна только местная терапия. Для этой цели используются комбинированные ТКС. При распространенном аллергическом дерматите обязательно назначение антигистаминных препаратов внутрь. Местную терапию в этом случае начинают водной взбалтываемой смесью, циндолом или другими индифферентными средствами, включая средства для ухода за сухой раздраженной кожей. После трансформации распространенного процесса в локальный лечение можно продолжить однокомпонентными ТКС.

Модель/стандарт лечения чесотки, осложненной микробной экземой. Учитывая, что микробная экзема чаще развивается на участках кожного покрова, где локализуется СЛК, ее лечение включает три этапа:

- лечение чесотки одним из скабицидов;
- лечение микробной экземы по общепринятой схеме;
- лечение СЛК, как указано ниже.

Модель/стандарт лечения СЛК. Процесс, как правило, персистирует длительно. После полноценного курса лечения чесотки скабицидом клещи погибают. СЛК разрешается значительно быстрее, если перед началом специфической терапии эпидермис с поверхности папул соскоблить стерильным скальпелем до появления капелек крови. Дефект кожи обрабатывают антисептическими препаратами (анилиновые красители, 5% раствор перманганата калия, раствор повидон-йода, хлоргексидина биглюконата и т.п.). Специфическое лечение скабицидами (в вечернее время) сочетают с втиранием в папулы (утром и днем) комбинированных ТКС.

Если после разрешения основных клинических проявлений чесотки СЛК персистирует, лечение продолжают однокомпонентными ТКС под окклюзионную повязку. Можно использовать фоно- или фотофорез с данными препаратами, за исключением случаев, когда СЛК локализуется на половых органах. Также применяют поверхностную криодеструкцию очагов СЛК с последующим нанесением комбинированных ТКС.

Модель/стандарт лечения норвежской чесотки. Подход к терапии имеет специфические особенности. Вечером больного обрабатывают скабицидом для уничтожения активных стадий возбудителя и снижения контагиозности пациента, утром – одним из кератолитических препаратов (с салициловой кислотой или с мочевиной). Такое лечение проводят до полного отхождения корок. Далее больного в течение 2-3 дней обрабатывают в вечернее время только скабицидом. После завершения специфической терапии для устранения сухости кожного покрова используют смягчающие или увлажня-

ющие средства. Важным условием является регулярное исследование соскобов эпидермиса на предмет выявления чесоточного клеща. При обнаружении подвижных особей курс специфической терапии продолжается.

Ошибки дерматовенерологов РФ при выборе скабицидов для лечения детей и беременных. В связи с перерегистрацией скабицидов, разрешенных для лечения чесотки в РФ, внесены некоторые изменения в инструкции фирм производителей препаратов, касающиеся возраста больных и их использования у беременных (таблица 6).

Таблица 6.

Препараты, разрешенные для лечения чесотки у детей и беременных

Название скабицида	Использование у детей	Использование у беременных
АЭП	С периода новорожденности	С осторожностью
ЭПЭ	С годовалого возраста	С осторожностью
Эмульсия бензилбензоата	С 3-х летнего возраста	Не рекомендуется
Мазь бензилбензоата	С 3-х летнего возраста	Не рекомендуется
Серная мазь	5% с 3-х летнего возраста	Нет указаний

Выявлены ошибки при использовании скабицидов у данной категории больных. Для лечения грудных детей бензилбензоат в виде эмульсии использовали 30,3%, бензилбензоат в виде мази – 20,9%, серную мазь – 16,9% дерматологов. Это является серьезной ошибкой, т.к. этот контингент больных разрешается лечить только АЭП.

Для лечения чесотки у детей от года до 3 лет более половины дерматологов (57,8%) отдавали предпочтение АЭП, более 1/5 (21,6%) – ЭПЭ, что обосновано инструкциями по их использованию. В то же время назначение мази (16,3%), эмульсии бензилбензоата (4,3%) и серной мази (6,8%) является нарушением инструкций.

Серьезные нарушения выявлены при использовании скабицидов для лечения чесотки у беременных. Установлено, что 2/3 (64,6%) дерматологов для этой цели используют АЭП, что обосновано. Эмульсия (31,9%), мазь бензилбензоата (23,1%), серная мазь (10%) имеют противопоказания для лечения данного контингента. В то же время раствор ЭПЭ вполне обоснованно с осторожностью может применяться для лечения беременных. Его использовали в данной группе только 3,8% дерматологов. В соответствии с выявленными недостатками разработаны стандарты лечения детей и беременных [Соколова Т.В., Малярчук А.П., 2012; Малярчук А.П., 2013].

Стандарт лечения детей различных возрастных групп, больных чесоткой. Для лечения детей в возрасте до 1 года применяют АЭП; для лечения детей в возрасте от 1 года до 3 лет – его же и ЭПЭ; для лечения детей в возрасте от 3 до 7 лет – к указанным средствам добавляется 10% эмульсия и

мазь бензилбензоата, 5% серная мазь. Детей в возрасте старше 7 лет лечат как взрослых.

Стандарт лечения беременных, больных чесоткой. Для лечения данного контингента больных чесоткой с осторожностью используют АЭП и ЭПЭ.

Мероприятия, направленные на устранение недостатков, выявленных при мониторинговании Приказа № 162. Недостатки, выявленные при мониторинговании Приказа № 162 методом анонимного анкетирования, анализировались, доводились до сведения врачей и руководителей здравоохранения. Для этих целей использовались различные методы.

1. Вопросы, отражающие современное состояние проблемы чесотки с учетом анализа выявленных недостатков нашли отражение в тестах и ситуационных задачах, используемых в системе последипломного профессионального образования, вошли в национальные руководства по дерматовенерологии и использованы при подготовке «Федеральных клинических рекомендаций по ведению больных чесоткой», издаваемых под эгидой РОДВК.

2. Подготовлены, тиражированы и доведены до практического здравоохранения на местах 4 учебных и учебно-методических пособия.

3. Обновлен фильм «Диагностика чесотки», который размещен в интернете по адресу <http://www.youtube.com/watch?v=57iygqusidw>. Фильм просмотрен более 10400 пользователей.

4. На национальном сервере дерматологии "Дерматология в России" (сайт <http://www.dermatology.ru>) в постоянном доступе находятся видеолекции автора:

- Дерматоскопия при чесотке. Роль в сложных клинических ситуациях. (<http://www.dermatology.ru/video?page=1>).
- Чесотка. Оценим ситуацию по данной проблеме (<http://www.dermatology.ru/video?page=13>).
- Дерматоскопия в диагностике чесотки (мастер-класс) (<http://www.dermatology.ru/video?page=15>).

5. Проведено три мастер-класса по проблеме дерматоскопии при чесотке на научных форумах различного уровня.

6. Проведено четыре интернет-конференции по проблеме чесотки в целом и дерматоскопии, в частности.

7. Подготовлена мультимедийная презентация «Мониторирование Приказа МЗ РФ № 162 от 24.04.2003 «Об утверждении отраслевого стандарта "Протокол ведения больных. Чесотка"»». В ней отражены недостатки, выявленные при анализе проблемы в целом. Презентация разослана на кафедры кожных и венерических болезней РФ, занимающихся подготовкой и переподготовкой дерматовенерологов.

Выводы

1. Динамика интенсивного показателя заболеваемости чесоткой в СССР/РФ за 45 лет отличается широким диапазоном значений – от 38,2 (2012 г.) до 458 (1968 г.). Пики заболеваемости напрямую связаны с социально-

экономическими факторами: 1968 г. – кризис аграрного комплекса СССР, 1995 г. – кризис экономики России в целом, распад СССР. В последнем случае темпы прироста интенсивного показателя заболеваемости чесоткой были максимальными: +153,7% (1992 г.) и +172,1% (1993 г.). В последние 20 лет отмечена четкая тенденция снижения интенсивного показателя заболеваемости в 10,1 раза – 385 (1992 г.) против 38 (2012 г.).

2. Разными методами выявлены серьезные недостатки регистрации чесотки в РФ.

- Сопоставление динамики интенсивного показателя заболеваемости чесоткой и индексов солнечной активности на протяжении 45 лет показало сопряженность этих показателей только в рамках 20-го (1964-1976 гг.) и частично 21-го (1976-1986 гг.) циклов солнечной активности. С 1986 по 2012 г. зарегистрировано три цикла солнечной активности (пики в 1989, 2000 и 2012 гг.). Заболеваемость чесоткой представлена одним пиком в 1995 г. и последующим постоянным снижением к 2012 г. Рост заболеваемости чесоткой в 2000 и 2012 гг. не зарегистрирован, что указывает на превалирование социальных факторов над природными закономерностями. Это подтверждают и данные официальной статистики. В 29% областей, краев и республик РФ интенсивный показатель заболеваемости чесоткой в 2012 г. был в 1,4-3,3 раза выше, чем в стране в целом и колебался от 45 до 127 на 100000 населения.

- Методом анонимного анкетирования 319 дерматовенерологов в 6 ФО РФ выявлены существенные недостатки в регистрации чесотки. Лечение заболеваний под другими диагнозами практикуют более 2/3 дерматовенерологов. Причины умышленного сокрытия информации – неуверенность в диагнозе (59,2%), личная просьба больного (19,3%) и нежелание проводить противоэпидемические мероприятия в очаге (18,4%). Пробное лечение чесотки практикуют 86,2% врачей, а более половины (50,6%) при положительном эффекте не регистрируют ее.

- Математически доказано, что реальный уровень заболеваемости чесоткой в РФ значительно выше официального. При расчетах учитывались объем реализованных противочесоточных препаратов, заболеваемость чесоткой в министерствах и ведомствах РФ, использование скабицидов для лечения других дерматозов, число упаковок, необходимых на курс лечения, расход скабицида для профилактического лечения контактных лиц. Реальное число больных чесоткой в РФ оказалось в 11,8 (2010 г.), 12,7 (2011 г.) и 16,1 (2012 г.) раза выше официально регистрируемого.

3. Мониторинг Приказа МЗ РФ № 162 от 24.04.2003 «Об утверждении отраслевого стандарта "Протокол ведения больных. Чесотка"» в 6 ФО РФ показало, что его применяют 95% дерматологов, но только 64% – постоянно. Более половины (52%) врачей считают, что он неудобен для практического использования; 21,6% отрицают необходимость его применения; 14,4% не имеют его в наличии; 12% отмечают плохую доступность для понимания. Изложение 10 теоретических разделов Приказа МЗ РФ № 162 от 24.04.2003 «Об утверждении отраслевого стандарта "Протокол ведения

больных. Чесотка"» положительно оценено практически всеми дерматологами (90,9%-99,1%). Разделы «Модель пациента. Чесотка» и «Модель пациента. Постскабиозный зуд» получили отрицательный отзыв у 43,6% и 30,1% врачей, соответственно.

4. Стационары психиатрических больниц являются эпидемиологически значимыми очагами при чесотке. При осмотре методом произвольной выборки 398 больных с психическими заболеваниями чесотка диагностирована в 14,1% случаев. В 60,9% палат выявлены очаги чесотки с преобладанием иррадиирующих очагов (64,3%) при среднем числе больных $4,6 \pm 3,4$. Треть (33,3%) из них были крупными (7-12 больных), формировались в «надзорных палатах», с заболеваемостью в них от 20 до 71,2% и паразитарным индексом очагов от 19 до 80.

5. Качество лабораторной диагностики чесотки в РФ не отвечает требованиям Приказа МЗ РФ № 162 от 24.04.2003 «Об утверждении отраслевого стандарта "Протокол ведения больных. Чесотка"». Ее применяют 83,1% врачей, постоянно – 57,8%, обнаруживают возбудителя лишь в 29,5% случаев. Молочную кислоту используют редко (21,1%). В $\frac{3}{4}$ случаев в диагностическом процессе участвуют врач и лаборант, эффективность исследований – 63,2%. Дерматоскопию применяют 38,2% дерматологов. Дерматоскопы отсутствуют у 69% специалистов, 10,2% не владеют методикой, 20,8% игнорируют метод. Дерматоскопически ходов выявляется на 27% больше, чем невооруженным глазом. Частота обнаружения клещей в интактных чесоточных ходах (97%), фолликулярных папулах (21%) и везикулах (32%) различна. Диагностическая значимость метода возрастает в случаях реактивных чесоточных ходов, приуроченных к везикулам (36,4%) и пустулам (66,1%). Метод скотч-проб эффективен только при высоком паразитарном индексе, характерном для норвежской чесотки и скабиозной эритродермии.

6. Методом дерматоскопии выявлены особенности паразитирования возбудителя чесотки в коже человека. Самки чесоточного клеща *S. scabiei* (L.) в течение суток в ходе несколько раз меняют свое положение в зависимости от фаз яйцекладки и питания. Часть личинок после вылупления из яиц продвигается из материнского хода в стороны небольшие метаморфические ходы и на месте их локализации нередко возникают не воспалительного характера везикулы.

7. Чесотка на фоне псориаза, сквамозно-гиперкератотической формы рубромикоза стоп и кистей, интертригинозной и дисгидротической форм эпидермофитии стоп, атопического дерматита, вульгарного ихтиоза и у больных психическими заболеваниями на фоне психотропной терапии имеет специфические особенности течения. Описан новый клинический вариант чесотки – скабиозная эритродермия и оценен ее инвазивный потенциал.

8. Дерматологи РФ постоянно имеют дело с чесоткой, осложненной вторичной пиодермией (97,8%), аллергическим дерматитом (89,5%), чесоткой со скабиозной лимфоплазией кожи (85,9%), реже – с норвежской чесоткой (37,9%). Потребность в разработке моделей лечения указанных форм за-

болевания испытывают 85%, 78,2%, 73,4% и 46,7% специалистов соответственно. Выявлены ошибки при назначении разрешенных для применения в РФ скабицидов у новорожденных, детей до 3 лет и беременных. Разработаны модели лечения чесотки с учетом клинической формы заболевания, у детей младших возрастных групп, беременных.

Практические рекомендации

Руководителям медицинских организаций, в штате которых имеются дерматовенерологи, необходимо учитывать недостатки в регистрации чесотки, а работникам Роспотребнадзора – усилить контроль за государственными и коммерческими медицинскими учреждениями для своевременной и полной регистрации чесотки, выявляемой специалистами различного профиля (дерматовенерологами, терапевтами, педиатрами, врачами общей практики и др.).

Предложенная формула расчета числа больных чесоткой в стране дает возможность руководящим органам здравоохранения определять реальный уровень заболеваемости, выявлять недостатки в ее регистрации и качественно планировать противоэпидемические мероприятия.

При проведении лечебных и противоэпидемических мероприятий в очагах чесотки, возникших в стационарах психиатрического профиля, следует учитывать ряд особенностей.

- Втирание скабицидов в кожу больных независимо от их общего состояния должен проводить только медицинский работник, т.к. больные, выполняющие это самостоятельно, нередко нарушают правила, изложенные в инструкции по применению скабицида.

- В душевых для профилактики перезаражения чесоткой необходимо соблюдать последовательность помывки пациентов: больные из «надзорных» палат, часто имеющие высокий паразитарный индекс, должны мыться последними.

- При наличии высыпаний на кистях и стопах их следует за 2 часа до посещения душевой обработать скабицидом для устранения инвазивности самок и личинок.

- В иррадиирующих очагах лечебно-профилактические мероприятия складываются из адекватной терапии выявленных больных, профилактического лечения всех контактных лиц и наблюдения за очагом не менее 2 недель.

- В потенциальных очагах необходимость профилактической обработки контактных лиц зависит от выраженности кожного процесса у источника заражения. При единичных высыпаниях (ходы, папулы, везикулы, расчесы) можно ограничиться наблюдением за контактными лицами не менее одного месяца, в то время как при множественных высыпаниях все пациенты в палате подлежат профилактическому лечению.

Для врачей практического здравоохранения подготовлен фильм «Диагностика чесотки». Многолетний опыт работы с больными чесоткой позволяет рекомендовать для использования профессиональные модели современ-

ных дерматоскопов различных фирм (РДС-1, Россия; Heine, Германия; KaWe, Германия; Rudolf Riester GmbH, Германия; FotoFinder Systems GmbH, Германия; Welch Allyn, США; Derma medical systems, Австрия; Sometech Inc., Южная Корея).

Дерматоскопия позволяет повысить эффективность диагностики типичной чесотки и, особенно, чесотки, протекающей с ходами, приуроченными к экссудативным морфологическим элементам (везикулы, пузыри, пустулы). Это типично для детей, беременных, больных с эпидермофитией стоп. При норвежской чесотке и скабиозной эритродермии эффективным является метод скотч-проб.

Выявленные особенности течения чесотки на фоне дерматозов различного генеза и у больных с психическими заболеваниями являются критериями своевременной диагностики паразитарного дерматоза. Разработанные критерии дифференциальной диагностики скабиозной эритродермии и норвежской чесотки являются основой правильной диагностики указанных форм заболевания.

Лечение различных клинических вариантов чесотки, детей младших возрастных групп и беременных имеет специфические особенности. Они детально изложены в национальном руководстве «Дерматовенерология» (полное и краткое издания, 2011, 2013), а так же вошли в Федеральные клинические рекомендации по ведению больных чесоткой (ГНЦДК, 2015).

Недостатки, выявленные при мониторинговании Приказа МЗ РФ № 162 от 24.04.2003 «Об утверждении отраслевого стандарта "Протокол ведения больных. Чесотка"», и пути их устранения изложены в учебно-методических пособиях «Чесотка» (2010), «Чесотка. Вопросы врачей и ответы специалистов» (2013), национальном руководстве «Дерматовенерология» (полное и краткое издания, 2011, 2013), вошли в Федеральные клинические рекомендации по ведению больных чесоткой (ГНЦДК, 2015).

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Соколова, Т.В. Диагностика чесотки методом дерматоскопии / Т.В. Соколова, **А.П. Малярчук**, Ю.В. Лопатина // Сборник тезисов докладов и научных материалов III Форума медицины и красоты. М., 2010. – С. 177-178.
2. Соколова, Т.В. Морфологические особенности чесоточных ходов по данным оптической когерентной томографии / Т.В. Соколова, Г.А. Петрова, Ю.В. Лопатина, Д.О. Эллинский, **А.П. Малярчук**, А.А. Карпунин // **Российский журнал кожных и венерических болезней.** – 2010. – № 4. – С. 36-42.
3. Соколова, Т.В. Опыт использования фотодерматоскопии для прижизненного изучения чесоточных ходов / Т.В. Соколова, **А.П. Малярчук**, Ю.В. Лопатина // Сборник научных материалов медицинского Форума «Здравоохранение и развитие фарминдустрии: междисциплинарный диалог». Пятигорск, 2010. – С. 92-94.

4. Соколова, Т.В. Чесотка / Т.В. Соколова, Ю.В. Лопатина, **А.П. Малярчук**, А.В. Киселева // Учебно-методическое пособие. М.:»АдамантЪ», 2010. – 72 с.
5. Соколова, Т.В., Факторы, обуславливающие топику чесоточных ходов на теле человека / Т.В. Соколова, **А.П. Малярчук**, Ю.В. Лопатина // Сборник научных материалов медицинского форума «Здравоохранение и развитие фарминдустрии: междисциплинарный диалог». Пятигорск, 2010. – С. 94-96.
6. Соколова, Т.В. Анализ эпидемиологической ситуации по чесотке у военнослужащих по призыву / Т.В. Соколова, **А.П. Малярчук**, Ю.В. Лопатина // Сборник научных материалов медицинского форума «Здравоохранение и развитие фарминдустрии: междисциплинарный диалог». Пятигорск, 2010. – С. 90-92.
7. Ситуационные задачи по дерматологии (инфекционные и паразитарные дерматозы, раздел чесотка, **Малярчук, А.П.**): учебное пособие для слушателей циклов усовершенствования врачей, интернов, ординаторов, аспирантов, адъюнктов / Под ред. профессоров Т.В. Соколовой, В.В. Гладько. – М.: ГИУВ МО РФ, 2010. – 50 с.
8. Соколова, Т.В. Чесотка. Вопросы врачей и ответы специалистов: учебное пособие / Т.В. Соколова, **А.П. Малярчук**, Ю.В. Лопатина, Л.Б. Важбин, Т.М Шувалова, Е.Д. Нефедова. М.: МГУПП, 2011. – 72 с.
9. Дерматовенерология. Национальное руководство / Под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова // Глава «Паразитарные болезни кожи» (С. 414-442). Авторы: Т.В. Соколова, **А.П. Малярчук**, Ю.В. Лопатина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1024 с.
10. **Малярчук, А.П.** Дерматоскопия при чесотке / А.П. Малярчук, Т.В. Соколова, Ю.В. Лопатина, А.В. Киселева // **Российский журнал кожных и венерических болезней.** – 2011. – № 6. – С. 23-28.
11. **Малярчук, А.П.** Заболеваемость чесоткой и другими дерматозами в детском социально значимом коллективе / А.П. Малярчук, Т.В. Соколова, Ю.В. Лопатина, А.В. Киселева // **Российский журнал кожных и венерических болезней.** – 2011. – № 4. – С. 27-32.
12. **Малярчук, А.П.** Противочесоточные препараты: критерии выбора / А.П. Малярчук, Т.В. Соколова, Ю.В. Лопатина, А.В. Киселева // **Клиническая дерматология и венерология.** – 2011. – № 2. – С. 53-59.
13. Соколова, Т.В. Значение профилактических мероприятий в социально значимых очагах чесотки / Т.В. Соколова, **А.П. Малярчук**, Е.Д. Нефедова, Ю.В. Лопатина, А.В. Киселева // Тезисы докладов I Московского Форума «Дерматовенерология и косметология: синтез науки и практики». Москва, 2011. – С. 99-100.
14. Соколова, Т.В. Оценка эффективности отечественного скабицида на основе перметрина для профилактической работы в очагах чесотки / Т.В. Соколова, **А.П. Малярчук**, Ю.В. Лопатина // Тезисы докладов I Мос-

ковского форума «Дерматовенерология и косметология: синтез науки и практики». М., 2011. – С. 97-98.

15. Флакс, Г.А. Чесотка: учебно-методическое пособие / Г.А. Флакс, Т.В. Соколова, **А.П. Малярчук**. М.: МГУПП, 2011. – 64 с.

16. **Малярчук, А.П.** Чесотка и микозы при сочетанной патологии / А.П. Малярчук, Т.В. Соколова, Т.А. Малярчук // **Иммунопатология, аллергия, инфектология**. – 2012. – № 4. – С.16-22.

17. **Малярчук, А.П.** Эпидемиология чесотки в стационарах психиатрического профиля / А.П. Малярчук, Т.В. Соколова, В.В. Гладько, А.В. Гречко, Ю.В. Лопатина, Л.Б. Важбин, Т.М. Шувалова, Е.Д. Нефедова // **Медицинский вестник МВД**. – 2012. – Т. 61, № 6. – С.44-46.

18. Соколова, Т.В. Дифференцированный подход к применению скабицидов при чесотке / Т.В. Соколова, **А.П. Малярчук** // **Практическая медицина**. – 2012. – Т. 65, № 9. – С. 273-278.

19. Соколова, Т.В. Модели лечения чесотки, осложненной вторичной пиодермией и аллергическим дерматитом / Т.В. Соколова, **А.П. Малярчук** // **Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии**. – 2012. – № 4. – С. 40-47.

20. Соколова, Т.В. Обострение псориаза при заражении чесоткой / Т.В. Соколова, **А.П. Малярчук** // **Клиническая дерматология и венерология**. – 2012, – № 3. – С. 30-34.

21. Соколова, Т.В. Проблема чесотки в стационарах психиатрического профиля / Т.В. Соколова, **А.П. Малярчук**, Ю.В. Лопатина, Л.Б. Важбин, Т.М. Шувалова, Е.Д. Нефедова // **Российский журнал кожных и венерических болезней**. – 2012. – № 6. – С. 52-57.

22. Соколова, Т.В. Чесотка: состояние проблемы. Часть 1. Заболеваемость, этиология, эпидемиология, клиника / Т.В. Соколова, **А.П. Малярчук** // **Український журнал дерматології, венерології, косметології**. – 2012. – Т. 46, № 3. – С. 12-24.

23. Соколова, Т.В., Чесотка. Состояние проблемы. Сообщение 2. Диагностика, лечение, профилактика / Т.В. Соколова, **А.П. Малярчук** // **Український журнал дерматології, венерології, косметології**. – 2012. – Т. 47, № 4. – С.25-36.

24. Устобаева, Т.Т. Скабиозная лимфоплазия кожи – диагностический симптом чесотки у детей / Т.Т. Устобаева, **А.П. Малярчук**, П.Т. Зоиров, Д.Х. Абдиева // **Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии**. – 2012. – № 6. – С. 38-45.

25. Дерматовенерология. Национальное руководство / Краткое издание. Под ред. Ю.С. Бутова, Ю.К. Скрипкина, Иванова О.Л. // Глава. «Паразитарные болезни кожи» (С. 244-265). Авторы: Т.В. Соколова, **А.П. Малярчук**, Ю.В. Лопатина, Н.И. Рассказов. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 896 с.

26. **Малярчук, А.П.** Выбор скабицидов для лечения чесотки у детей, беременных в сочетании с вторичной пиодермией, аллергическим дерматитом

и скабиозной лимфоплазией кожи // **Сибирский журнал дерматологии и венерологии. – 2013. – № 4. – С. 8-14.**

27. **Малярчук, А.П.** Диагностическая значимость дерматоскопии при чесотке / А.П. Малярчук, Т.В. Соколова // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2013. – Т. 12, № 2. С. 73-82.

28. **Малярчук, А.П.** Заболеваемость чесоткой: где истина, а где зазеркалье? / А.П. Малярчук, Т.В. Соколова, Л.Б. Важбин, Т.М. Шувалова // **Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2013. – № 3. – С.41-46.**

29. **Малярчук, А.П.** От чего зависит эффективность лечения чесотки спрегалем // Тезисы научных работ V Всероссийского конгресса дерматовенерологов и косметологов. Казань, 2013. – С. 31-32.

30. **Малярчук, А.П.** Оценка эффективности скабицида при различных клинических вариантах чесотки / А.П. Малярчук, Т.В. Соколова, В.В. Гладько // **Клиническая дерматология и венерология. – 2013. – № 5. – С. 66-73.**

31. **Малярчук, А.П.** Роль социальных и биологических факторов при чесотке // Тезисы 3-го Международного конгресса евроазиатской ассоциации дерматовенерологов. Одесса, 2013. – С. 151-152.

32. Соколова, Т.В. Приоритеты дерматологов Российской Федерации в выборе скабицидов / Т.В. Соколова, **А.П. Малярчук** // Сборник тез. XXX научно-практической конференции с международным участием «Рахмановским чтениям 30 лет: достижения и перспективы в дерматовенерологии. М., 2013. – С.128-130.

33. Соколова, Т.В. Солнечные циклы активности и заболеваемость чесоткой в РФ. / Т.В. Соколова, **А.П. Малярчук** // **Вестник последипломного медицинского образования. – 2013. – № 1. – С. 49.**

34. Соколова, Т.В. Сравнительный анализ эффективности лечения чесотки медифоксом / Т.В. Соколова, Т.Т. Устобаева, Д.Х. Абдиева, **А.П. Малярчук** // Сб. матер. научно-практ. конференции-выставки «Планирование и обеспечение подготовки и переподготовки кадров для отраслей пищевой промышленности и медицины» М.: МГУПП, 2013. – С. 81-82.

35. Соколова, Т.В. Чесотка. Вопросы врачей и ответы специалистов: учебное пособие. 2-ое издание / Т.В. Соколова, **А.П. Малярчук**, Ю.В. Лопатина, Л.Б. Важбин, Т.М. Шувалова, Е.Д. Нефедова. М.: МГУПП, 2013. – 72 с.

36. Устобаева Т.Т. Особенности клиники чесотки в условиях жаркого климата республики Таджикистан / Т.Т. Устобаева, **А.П. Малярчук** // Тезисы докладов III Московского форума «Дерматология и косметология: синтез науки и практики». М., 2013. – С. 94-95.

37. Устобаева, Т.Т. Динамика инвазирования чесоткой в иррадиирующих очагах / Т.Т. Устобаева, **А.П. Малярчук** // Тезисы 3-го Международного конгресса евроазиатской ассоциации дерматовенерологов. Одесса, 2013. – С. 206-207.

38. Устобаева, Т.Т. Динамика заболеваемости чесоткой в Республике Таджикистан за 20-летний период (1991-2011 гг.) / Т.Т. Устобаева,

А.П. Малярчук // Сборник тез. XXX научно-практической конференции с международным участием «Рахмановским чтениям 30 лет: достижения и перспективы в дерматовенерологии». М., 2013. – С. 154-157.

39. **Малярчук, А.П.** Влияние различных концентраций медифокса на эффективность лечения чесотки [электронный ресурс] / А.П. Малярчук, Т.Т. Устобаева // Дерматология в России. – 2014; – Т. 3. – № 1. Режим доступа: <http://www.dermatology.ru/publications/derm.ross.2014.01/31424>.

40. **Малярчук, А.П.** Многоцентровое исследование качества лабораторной диагностики чесотки в РФ / А.П. Малярчук, Т.В. Соколова // РМЖ, дерматология и венерология. – 2014. – № 8. – С. 592-597.

41. **Малярчук, А.П.** Мониторирование Приказа МЗ РФ № 162 от 24.04.2003 «Об утверждении отраслевого стандарта "Протокол ведения больных. Чесотка"» / А.П. Малярчук, В.В. Гладько, Т.В. Соколова // Материалы IV Московского форума «Дерматовенерология и косметология: синтез науки и практики». М., 2014. – С. 66-67.

42. **Малярчук, А.П.** Новые данные о жизнедеятельности самок и личинок в чесоточном ходе / А.П. Малярчук, Т.В. Соколова // Материалы IV Московского форума «Дерматовенерология и косметология: синтез науки и практики». М., 2014. – С. 67-68.

43. **Малярчук, А.П.** Оценка эффективности лабораторной диагностики чесотки в РФ / А.П. Малярчук, Т.В. Соколова // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2014. – Т. 13, № 2. – С. 102-109.

44. **Малярчук, А.П.** Преимущества дерматоскопии при обследовании больных чесоткой / А.П. Малярчук, Т.Т. Устобаева // Материалы VII Международного форума дерматовенерологов и косметологов. М., 2014. – С. 98.

45. **Малярчук, А.П.** Редкие варианты течения чесотки / А.П. Малярчук, Т.В. Соколова // Иммунопатология, аллергология и инфектология. – 2014. – № 1. – С. 48-56.

46. **Малярчук, А.П.** Скотч-проба при диагностике чесотки / А.П. Малярчук, Т.В. Соколова // Дерматовенерология и эстетическая медицина. – 2014. – № 1. – С. 188-189.

47. **Малярчук, А.П.** Как оценить истинный уровень заболеваемости чесоткой в РФ? / А.П. Малярчук, Т.В. Соколова // Вестник последипломного медицинского образования – 2014. – № 4. – С. 54.

48. Соколова, Т.В. Подход к оценке заболеваемости чесоткой в РФ по объему реализованных скабицидов / Т.В. Соколова, **А.П. Малярчук** // Материалы IV Московского форума «Дерматовенерология и косметология: синтез науки и практики». М., 2014. – С. 104-105.

49. Соколова, Т.В. Скабиозная эритродермия – новый клинический вариант чесотки / Т.В. Соколова, В.П. Адаскевич, **А.П. Малярчук**, Ю.В. Лопатина // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2014. – Т. 13, № 4. – С. 90-101.

50. Соколова, Т.В. Скабиозная эритродермия / Т.В. Соколова, А.П. Малярчук, Ю.В. Лопатина // **Российский журнал кожных и венерических болезней.** – 2014. – № 3. – С. 15-22.

51. Соколова, Т.В. Цикличность роста и снижения заболеваемости чесоткой за период с 1968 по 2011 гг. / Т.В. Соколова, А.П. Малярчук // **Клиническая дерматология и венерология.** – 2014. – № 3. – С. 87-95.

52. Устобаева, Т.Т. Влияние социальных факторов на динамику заболеваемости чесоткой в Республике Таджикистан / Т.Т. Устобаева, Д.Х. Абдиева, А.П. Малярчук // **Дерматовенерология и эстетическая медицина.** – 2014. – № 1. – С. 197.

53. Устобаева, Т.Т. Роль семейных очагов в эпидемиологии чесотки / Т.Т. Устобаева, А.П. Малярчук, П.Т. Зоиров, Д.Х. Абдиева // **Российский журнал кожных и венерических болезней.** – 2014. – № 1. – С. 47-52.

54. Устобаева, Т.Т. Совершенствование тактики лечения чесотки медифоксом / Т.Т. Устобаева, Д.Х. Абдиева, А.П. Малярчук // **Дерматовенерология и эстетическая медицина.** – 2014. – № 1. – С. 196.

55. Малярчук А.П. Оценка выполнения Приказа МЗ РФ № 162 от 24.04.03 "Об утверждении отраслевого стандарта "Протокол ведения больных. Чесотка" дерматовенерологической службой России / А.П. Малярчук, В.В. Гладько, Т.В. Соколова // **Иммунопатология, аллергология, инфектология.** – 2015. – № 2. – С. 62-70.

56. Устобаева, Т.Т. Диагностическая значимость скабиозной лимфоплазии кожи / Т.Т. Устобаева, А.П. Малярчук, Д.Х. Абдиева // **Научно-медицинский журнал.** – 2015. – № 10. – С. 110.

57. Малярчук, А.П. Объективный подход к оценке заболеваемости чесоткой в России. / Т.В. Соколова, А.П. Малярчук // Сборник тезисов XXXII Юбилейной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 120-летию клиники кожных и венерических болезней имени В.А. Рахманова «Рахмановские чтения: вчера, сегодня, завтра отечественной дерматологии». М.: ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, 2015. – С. 67-69.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АЭП —	аэрозоль эсдепаллетрина с пиперонилбутоксидом (спре- галь)
ГНЦДК —	Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии
ИВЧХ —	индекс встречаемости чесоточных ходов
ИОЧХ —	индекс обилия чесоточных ходов
ИП —	интенсивный показатель
МВД	Министерство внутренних дел
МЗ —	Министерство здравоохранения
МИУВ —	Медицинский институт усовершенствования врачей
Приказ № 162 —	Приказ МЗ РФ № 162 от 24.04.03. Об утверждении отрас-

ПИ —	левого стандарта "Протокол ведения больных. Чесотка"
РОДВК —	паразитарный индекс
СЛК —	Российское общество дерматовенерологов и косметологов
ТКС —	скабиозная лимфоплазия кожи
УФСИН —	топические глюкокортикостероиды
ФГБОУ ВПО —	Управление федеральной службы исполнения наказаний
	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования
ФО —	Федеральный округ
ЭПЭ —	эмульсия перметрина в этаноле (медифокс)