МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

Чесотка

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **B86**

Год утверждения (частота пересмотра): **2016 (1 раз в 3 года)**

Возрастная категория: **Взрослые, Дети**

Год окончания действия: **NaN**

ID: **245**

Разработчик клинической рекомендации

- **Российское общество дерматовенерологов и косметологов**

Оглавление

- Ключевые слова
- Список сокращений
- Термины и определения
- 1. Краткая информация
- 2. Диагностика
- 3. Лечение
- 4. Реабилитация
- 5. Профилактика
- 6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания
- Критерии оценки качества медицинской помощи
- Список литературы
- Приложение А1. Состав рабочей группы
- Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций
- Приложение А3. Связанные документы
- Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента
- Приложение В. Информация для пациентов
- Приложение Г.

Ключевые слова

- Чесотка
- Псевдосаркоптоз
- Скабиозная лимфоплазия
- Скабиозная эритродермия
- Норвежская чесотка

Список сокращений

МКБ 10 – международная классификация болезней

РКИ – рандомизированные контролируемые исследования

СанПиН – санитарные правила и нормы

МУ – методические указания

Термины и определения

Чесотка (scabies) – распространенное паразитарное заболевание кожи, вызываемое чесоточным клещом Sarcoptes scabiei.

Псевдосаркоптоз – заболевание, вызываемое у человека чесоточными клещами животных.

1. Краткая информация

1.1 Определение

Чесотка (scabies) – распространенное паразитарное заболевание кожи, вызываемое чесоточным клещом Sarcoptes scabiei

Псевдосаркоптоз - заболевание, вызываемое у человека чесоточными клещами животных.

1.2 Этиология и патогенез

Возбудитель – чесоточный клещ Sarcoptes scabiei. По типу паразитизма чесоточные клещи являются постоянными паразитами, большую часть жизни проводящими в коже хозяина и лишь в короткий период расселения ведущими эктопаразитический образ жизни на поверхности кожи. Суточный ритм активности чесоточного клеща объясняет усиление зуда вечером, преобладание прямого пути заражения при контакте в постели в вечернее и ночное время, эффективность назначения противочесоточных препаратов на ночь. Взрослая самка при комнатной температуре способна сохранять патогенные свойства до 36 часов. Клещ быстро приникает в толщу эпидермиса, формируя так называемые «чесоточные ходы». В них самка клеща откладывает яйца и оставляет экскременты. Инвазионными стадиями являются самки и личинки клеща. Заражение чесоткой происходит преимущественно при контакте с больным чесоткой или через инфицированные предметы, при тесном телесном контакте, обычно при совместном пребывании в постели и интимной связи. Возможен также непрямой путь заражения – через предметы обихода, одежду и пр.

1.3 Эпидемиология

Заболеваемость чесоткой в Российской Федерации 18,7 на 100 000 населения в 2015 году.

Очаг при чесотке определяется как группа людей, в которой имеется больной – источник заражения и условия для передачи возбудителя. В иррадиации очага решающую роль играет контакт с больным в постели в ночное время в период максимальной активности возбудителя (прямой путь передачи инфекции).

Второе место по эпидемической значимости занимают инвазионно-контактные коллективы – группы лиц, проживающие совместно, имеющие общую спальню (общежития, детские дома, интернаты, дома престарелых, казармы, «надзорные» палаты в психоневрологических стационарах и др.) при наличии тесных бытовых контактов друг с другом в вечернее и ночное время. Инкубационный период при заражении самками чесоточного клеща практически отсутствует. При инвазии личинками можно говорить об инкубационном периоде, который соответствует времени метаморфоза клещей (около 2 недель).

1.4 Кодирование по МКБ 10

Чесотка (B86).

1.5 Классификация

Общепринятой классификации не существует. Выделяют типичные и атипичные варианты.

1.6. Клиническая картина

Типичная чесотка. Локализация: межпальцевые складки кистей, сгибательные поверхности области нижних и верхних конечностей, локти, лучезапястные суставы, подкрыльцовые впадины, область живота, у мужчин – кожа полового члена, у женщин – окружность сосков молочных желез, у детей – ладони, подошвы, ягодицы.

Различные варианты чесоточных ходов:

1. Исходный (интактный) тип хода и варианты ходов, образование которых связано со способностью кожи реагировать возникновением тех или иных первичных морфологических элементов на внедрение самки клеща
2. Ходы, образующиеся из клинических вариантов ходов первой группы в процессе естественного регресса самих ходов и/или превращения приуроченных к ним первичных морфологических элементов во вторичные
3. Ходы, обусловленные присоединением вторичной инфекции к экссудату полостных элементов ходов первой группы.

Типичные ходы имеют вид слегка возвышающейся линии беловатого или грязно-серого цвета, прямой или изогнутой, длиной 5–7 мм. Так называемые «парные элементы» нельзя отождествлять с ходами и рассматривать, как диагностический признак заболевания.

Фолликулярные папулы на туловище и конечностях, невоспалительные везикулы вблизи ходов, расчесы и кровянистые корочки, диссеминированные по всему кожному покрову нередко преобладают в клинической картине заболевания.

Чесотка без ходов регистрируется реже типичной чесотки, выявляется преимущественно при обследовании лиц, бывших в контакте с больными чесоткой, возникает при заражении личинками, существует в первоначальном виде не более 2 недель, клинически характеризуется единичными фолликулярными папулами и невоспалительными везикулами.

Чесотка «чистоплотных» или «инкогнито», возникает у лиц, часто принимающих водные процедуры, особенно в вечернее время, соответствует по своей клинической картине типичной чесотке с минимальными проявлениями.

Скабиозная лимфоплазия кожи клинически проявляется сильно зудящими лентикулярными папулами, локализуется на туловище (ягодицы, живот, подмышечная область), половых органах мужчин, молочных железах женщин, локтях. Персистирует после полноценной терапии чесотки от 2 недель до 6 месяцев. Соскоб эпидермиса с ее поверхности ускоряет разрешение. При реинвазии она рецидивирует на прежних местах.

Скабиозная эритродермия возникает в случаях длительного использования системных и топических кортикостероидов, антигистаминных препаратов, психотропных средств. Зуд слабый и диффузный. Больные, как правило, не расчесывают, а растирают кожу ладонями. Основной симптом - выраженная эритродермия. Чесоточные ходы короткие, возникают в местах типичной и атипичной локализации (лицо, шея, волосистая часть головы, межлопаточная область). В местах, подверженных давлению (локти и ягодицы), выражен гиперкератоз.

Норвежская (корковая, крустозная) чесотка – редкая и очень контагиозная форма заболевания. Возникает при иммуносупрессивных состояниях, длительном приеме гормональных и цитостатических препаратов, нарушении периферической чувствительности, конституциональных аномалиях ороговения, у больных сенильной деменцией, болезнью Дауна, у больных СПИДом и т.п. Основной симптом – эритродермия, на фоне которой образуются массивные серовато-желтые или буро-черные корки толщиной от нескольких миллиметров до 2–3 см, между слоями корок и под ними обнаруживается огромное количество чесоточных клещей. На кистях и стопах наблюдается множество чесоточных ходов. Нередко поражаются ногти, увеличиваются лимфатических узлов, выпадают волосы, повышается температура тела. От больных исходит неприятный запах.

Осложненная чесотка. Чесотка часто осложняется вторичной пиодермией и дерматитом, реже – микробной экземой и крапивницей. Среди нозологических форм пиодермии преобладают стафилококковое импетиго в местах частой локализации ходов (кисти, запястья, стопы) и остиофолликулиты в местах метаморфоза клещей (переднебоковая

поверхность туловища, бедра, ягодицы). Микробная экзема чаще наблюдается в местах локализации скабиозной лимфоплазии кожи, особенно в области ягодиц

Чесотка у детей характеризуется большей распространенностью процесса с вовлечением кожи лица и волосистой части головы, ногтевые пластинки (у грудных детей). Преобладают реактивные варианты чесоточных ходов вблизи экссудативных морфологических элементов, часто встречается скабиозная лимфоплазия кожи, нередки чесоточные ходы на стопах, осложнения заболевания (пиодермия, аллергический дерматит).

Чесотка у лиц пожилого возраста имеет определенные особенности: чесоточные ходы - единичные, преобладают интактные варианты; везикулы и папулы малочисленны; Среди высыпаний часто встречаются кровянистые корочки и расчесы. Из осложнений чаще развиваются аллергический дерматит и микробная экзема.

Диагностические симптомы при чесотке:

1. симптом Арди – пустулы и гнойные корочки на локтях и в их окружности;
2. симптом Горчакова – кровянистые корочки в области локтей и в их окружности;
3. симптом Михаэлиса – кровянистые корочки и импетигинозные высыпания в межъягодичной складке с переходом на крестец;
4. симптом Сезари – обнаружение чесоточного хода пальпаторно в виде легкого полосовидного возвышения.

2. Диагностика

2.1 Жалобы и анамнез

Больных беспокоит зуд, усиливающийся в вечернее и ночное время – характерный субъективный симптом чесотки.

Наличие заболевания у контактных лиц.

2.2 Физикальное обследование

Объективные клинические проявления чесотки, выявляемые при физикальном обследовании, описаны в разделе «Клиническая картина».

2.3 Лабораторная 2.4 Инструментальная диагностика

Не применяется.

2.5 Иная

- **Рекомендуется** метод прокрашивания для верификации чесоточных ходов. Подозрительный на чесоточный ход элемент смазывают спиртовым раствором йода или анилиновыми красителями.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

- **Рекомендуется** метод масляной витропрессии, который позволяет быстро обнаружить чесоточный ход. За счет обескровливания капиллярного русла при надавливании предметным стеклом улучшается визуализация поверхностных кожных включений. Просветляющий эффект усиливается после предварительного нанесения минерального масла на предполагаемый чесоточный ход.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

- **Рекомендуется** дерматоскопия.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

3. Лечение

3.1 Консервативное

- **Рекомендуются** препараты на основе бензилового эфира бензойной кислоты: бензилбензоата** эмульсия, мазь [1–7].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: *Для детей в возрасте от 3 до 7 лет применяют 10% эмульсию и мазь, для лиц старших возрастных групп – 20% эмульсию и мазь бензилбензоата. Перед началом лечения больному рекомендуется вымыться с мылом. Эмульсия перед употреблением взбалтывается. Препараты наносят на кожу двукратно – в 1-й и 4-й дни лечения. После 12-часовой экспозиции на коже препарат можно смыть. Смену нательного и постельного белья проводят на 4-ый день. При нанесении на кожу нередко возникает жжение, которое проходит через несколько минут, о чем следует предупредить больного. Следует избегать попадания бензилбензоата на слизистые оболочки.*

- **Не рекомендуется** применение бензилбензоата у беременных и детей до 3 лет в связи с имеющимися противопоказаниями.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

- **Рекомендуется** наружное применение противопаразитарных препаратов: перметрин 5% концентрат эмульсии в этаноле [6–13].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: *Водная 0,4% эмульсия готовится ex tempore путем разбавления 8 мл 5% концентрата эмульсии перметрина водой комнатной температуры до объема 100 мл. Втирание препарата проводится 1 раз в день на ночь 3 дня подряд или в 1-ый и 4-ый дни курса. Не рекомендуется при лактации, детям в возрасте до 1 года, пожилым людям с недостаточностью функции печени, почек.*

- **Рекомендуется** наружное применение препаратов на основе осажденной серы: серная мазь (33% серы) (sulphur praecipitatum) [2, 3, 6, 7].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: *Серная мазь наносится на кожу после мытья с мылом 1 раз в день на ночь в течение 5–7 дней. Препарат тщательно втирают в кожу рук, затем туловища и ног, включая подошвы и пальцы. Не рекомендуется применять во время беременности и детям до 3 лет.*

- **Рекомендуется** аэрозоль для наружного применения пиперонилбутоксид эсбиол [6, 7, 11–16].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: *После мытья больного препарат распыляют на расстоянии 20–30 см от кожи. Обработку кожи проводят, начиная с верхней части тела. Детям на лицо препарат наносят ватным тампоном, смоченным препаратом. Через 12 часов больной моется и меняет постельное и нательное белье. При чесотке без ходов и отсутствии осложнений проводят однократную обработку, при осложненной чесотке обработку повторяют через 3–5 суток. Следует избегать попадания лекарственного препарата на слизистые оболочки.*

- **Рекомендуется** для лечения чесотки у беременных аэрозоль для наружного применения пиперонилбутоксид эсбиол и раствор перметрина, приготовленный из 5% концентрата эмульсии в этаноле.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: *Применять с осторожностью.*

- **Рекомендуется** для лечения детей:

пиперонилбутоксид эсбиол аэрозоль для наружного применения.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: *для лечения детей в возрасте до 1 года.*

или

пиперонилбутоксид эсбиол аэрозоль для наружного применения и 5% концентрат эмульсии перметрина в этаноле.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: *для лечения детей в возрасте от 1 года до 3 лет*; *для лечения детей в возрасте от 3 до 7 лет – к указанным средствам добавляется 10% эмульсия и мазь бензилбензоата, 5% серная мазь; терапия детей в возрасте старше 7 лет проводится по схемам лечения взрослых лиц [18].*

- **Рекомендуется** лечение чесотки, осложненной вторичной пиодермией начинать с втирания скабицида для устранения зуда, способствующего нарушению целостности кожных покровов.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: *Предпочтение отдается скабицидам, нанесение которых не требует интенсивного втирания и не способствует распространению инфекции по коже. Скабицид втирают в 1-ый и 4-ый дни курса, при этом во 2-ой и 3-ий дни проводят лечение пиодермии.*

- Перед началом специфической терапии чесотки, осложненной аллергическим дерматитом, больному **рекомендуется** мытье с мылом для улучшения доступа противочесоточного препарата в ходы. Лечение начинают с втирания скабицида для устранения деятельности чесоточного клеща, продуцирующего аллергены.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: *Предпочтение отдается скабицидам, нанесение которых не требует интенсивного втирания и не способствует распространению инфекции по коже. Скабицид втирают в 1-ый и 4-ый дни курса, а во 2-ой и 3-ий дни проводят лечение аллергического дерматита.*

- При лечении **рекомендуется** вечером больного обработать скабицидом для уничтожения активных стадий возбудителя и снижения контагиозности пациента, утром – одним из кератолитических препаратов – средствами с салициловой кислотой (5% серно-салициловая мазь, 5–10% салициловая мазь) и с мочевиной.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: *Такое лечение рекомендуется проводить 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 увлажняющие средства. Важным условием является регулярное исследование соскобов эпидермиса для выявления чесоточного клеща. При обнаружении подвижных особей рекомендуется курс специфической терапии повторить со сменой скабицида.*

При отсутствии эффекта лечения необходимо исключить реинвазию при отсутствии или неполном объеме противоэпидемических мероприятий в очаге, назначить противоскабиоцидный препарат.

4. Реабилитация

Не применяется.

5. Профилактика

Рекомендуется лечение проводить одновременно с организацией комплекса противоэпидемических профилактических мероприятий в соответствии с СанПиН 3.2.3215-15 «Профилактика паразитарных болезней на территории РФ» и МУ 3.2.1756-03 «Эпидемиологический надзор за паразитарными болезнями»:

1. активное выявление больных;
2. привлечение и обследование источников заражения, контактных лиц;
3. проведение профилактических лечебных мероприятий в очагах чесотки;
4. инструктаж по проведению текущей дезинфекции в очагах;
5. контроль излеченности проводится на 3 и 10 дни после окончания лечения;
6. при чесотке без ходов, типичной чесотке, чесотке «инкогнито» после полноценного курса терапии и проведения полного комплекса профилактических мероприятий в очаге срок наблюдения за больными составляет 2 недели;
7. длительность диспансерного наблюдения увеличивается при чесотке, осложненной пиодермией, дерматитом, микробной экземой, при скабиозной лимфоплазии кожи, скабиозной эритродермии и норвежской чесотке;
8. больной снимается с учета после полного разрешения всех клинических проявлений. Прогноз при чесотке благоприятный.

6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания

Особенности течения чесотки при сочетании с другими дерматозами:

1. при чесотке на фоне атопического дерматита, вульгарного ихтиоза (выраженная сухость кожи) - наблюдаются единичные чесоточные ходы;
2. на фоне гипергидроза, дисгидротической экземы, эпидермофитии (повышенная влажность кожи) – множественные;
3. при чесотке на фоне псориаза и красного плоского лишая, как правило, резко выражена изоморфная реакция Кебнера.

Псевдосаркоптоз – заболевание, возникающее у человека при инфестации чесоточными клещами животных (собак, свиней, лошадей, кроликов, волков, лисиц и др.). От человека к человеку заболевание не передается. Инкубационный период заболевания составляет несколько часов. Чесоточные ходы отсутствуют, так как клещи не размножаются на несвойственном им хозяине и лишь частично внедряются в кожу, вызывая сильный зуд. Высыпания локализуются на открытых участках кожного покрова, представлены уртикарными папулами, волдырями, кровянистыми корочками и расчесами.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1	Выполнено подтверждение диагноза методом микроскопии	4	D
2	Проведена терапия противопаразитарными препаратами	2 , 4	C, D
3	Достигнута эрадикация чесоточного клеща	4	D
4	Достигнуто исчезновение клинических симптомов	4	D

Список литературы

1. Соколова Т.В. Особенности клиники, совершенствование диагностики и лечения чесотки: автореф. дис. … канд. мед наук: 14.00.11. М.1985. 16 с.
2. Соколова Т.В., Федоровская Р.Ф., Ланге А.Б. Чесотка. М.: Медицина. 1989. 179 с.
3. Соколова Т.В., Лопатина Ю.В. Паразитарные дерматозы: чесотка и крысиный клещевой дерматит. М.: Бином. 2003. 120 с.
4. Альбанова В.И. Опыт лечения больных чесоткой. Вестн. дерматол. венерол. 1999; (2): 39–42.
5. Соколова Т.В. Чесотка и крысиный клещевой дерматит (новое этиологии, эпидемиологии, клинике, лечении и профилактике): автореф. дис. … докт. мед наук: 14.00.11. М. 1992. 34 с.
6. Малярчук А.П., Оптимизация диагностики, лечения и профилактики чесотки: автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.01.10. М., 2010. 16 с.
7. Малярчук А.П., Соколова Т.В., Лопатина Ю.В., Киселева А.В. Противочесоточные препараты: критерии выбора. Клиническая дерматология. 2011; (2): 53–59.
8. Рязанцев И.В. Совершенствование комплекса лечебно-профилактических мероприятий при чесотке в ВС РФ: автореф. дис. … канд. мед наук: 14.000.11. М. 2004. 24 с.
9. Олифер В.В. Новые подходы к разработке скабицидных средств и совершенствование дезинфекционных мероприятий в очагах чесотки: автореф. дис. …канд. биол. наук: 03.0019, 03.00.09. М. 2006. 24 с.
10. Бондарев И.М., Харахордин О.Е. Медифокс - акарицидный многоцелевой отечественный препарат нового поколения. Военно-медицинский журнал 2002; (8): 54–57.
11. Соколова Т.В., Малярчук А.П. Модели лечения чесотки, осложненной вторичной пиодермией и аллергически дерматитом. Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии 2012; (4): 41–48.
12. Haustein U., Management of endemic outbreaks of scabies with allethrin, permethrin, and ivermectin. Int J Dermatol 2000; 39: 463–470.
13. Paasch U., Haustein U.F. Treatment of endemic scabies with allethrin, permethrin and ivermectin. Evaluation of a treatment strategy. Hautarzt. 2001; 52 (1): 31–37.
14. Малярчук А.П., Соколова Т.В., Гладько В.В. Оценка эффективности скабицида при различных вариантах чесотки. Клиническая дерматология и венерология 2013; (5): 58–64.
15. Баткаев Э.А., Шеварова В.Н., Рюмин Д.В. Спрегаль в лечении чесотки. Вестник последипломного медицинского образования 2003; (3–4): 57–58.
16. Федоров С.М., Шеклакова М.Н. Чесотка. Русский медицинский журнал. 2001; 9(11): 467-470.
17. Соколова Т.В., Малярчук А.П. Лечение чесотки. Клиническая дерматология и венерология 2009; (6): 64–67.
18. Суворова К.Н., Опарин Р.Б., Сысоева Т.А. и др. Чесотка у детей. Вопросы практической педиатрии 2006; (4): 117–123.
19. Дерматовенерология. Национальное руководство. Под ред. профессоров Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова. Глава «Паразитарные дерматозы. М.: ГОЭТАР. 2011. С. 414–442.
20. Соколова Т. В., Гладько В. В., Рязанцев И. В. Sarcoptes scabiei и доброкачественная лимфоплазия кожи // Российский журнал кожных и венерич. болезней. 2004; (5): 9-12.
21. Roberts L.J., Huffam S.E., Walton S.F., Currie, B.J. Crusted scabies: clinical and immunological findings in seventy-eight patients and a review of the literature. J Infect 2006; 50 (5): 375–381.
22. Соколова Т.В., Малярчук А.П., Лопатина Ю.В. Современные представления о патогенезе постскабиозного зуда. Российский журнал кожных и венерических болезней 2009; (4): 32–35.
23. Дерматовенерология, 2010, под ред. А.А. Кубановой – М.: ДЭКС-Пресс, Д36 2010.-428с. –(Клинические рекомендации /Российское общество дерматовенерологов).

Приложение А1. Состав рабочей группы

1. Кубанова Анна Алексеевна – академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, Президент Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
2. Кубанов Алексей Алексеевич – доктор медицинских наук, профессор, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
3. Гладько Виктор Владимирович – доктор медицинских наук, профессор, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
4. Лопатина Юлия Владимировна – кандидат биологических наук.
5. Малярчук Александр Петрович – кандидат медицинских наук, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
6. Онипченко Виктория Викторовна – член Российского общества дерматовенерологов и косметологов, председатель Новосибирского регионального отделения Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
7. Соколова Татьяна Вениаминовна – доктор медицинских наук, профессор, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория клинических рекомендаций:

1. Врачи-специалисты: дерматовенерологи, педиатры, терапевты, врачи общей врачебной практики (семейная медицина)
2. Ординаторы и слушатели циклов повышения квалификации по указанным специальностям.

Таблица П1 – Уровни достоверности доказательств

Уровни доказательств	**Описание**
1	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1	Качественно проведенные мета-анализы, систематические или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

Таблица П2- Уровни убедительности рекомендаций

Сила-	Описание
A	По меньшей мере один мета-анализ, систематический обзор или РКИ, оцененные как 1 , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 1 , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
B	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2 , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 1 или 1
C	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2 , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2
D	Доказательства уровня 3 или 4; Или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2

Порядок обновления клинических рекомендаций

Рекомендации в предварительной версии рецензируются независимыми экспертами. Комментарии, полученные от экспертов, систематизируются и обсуждаются членами рабочей группы. Вносимые в результате этого изменения в рекомендации или причины отказа от внесения изменений регистрируются.

Предварительная версия рекомендаций выставляется для обсуждения на сайте ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России для того, чтобы лица, не участвующие в разработке, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации повторно анализируются членами рабочей группы.

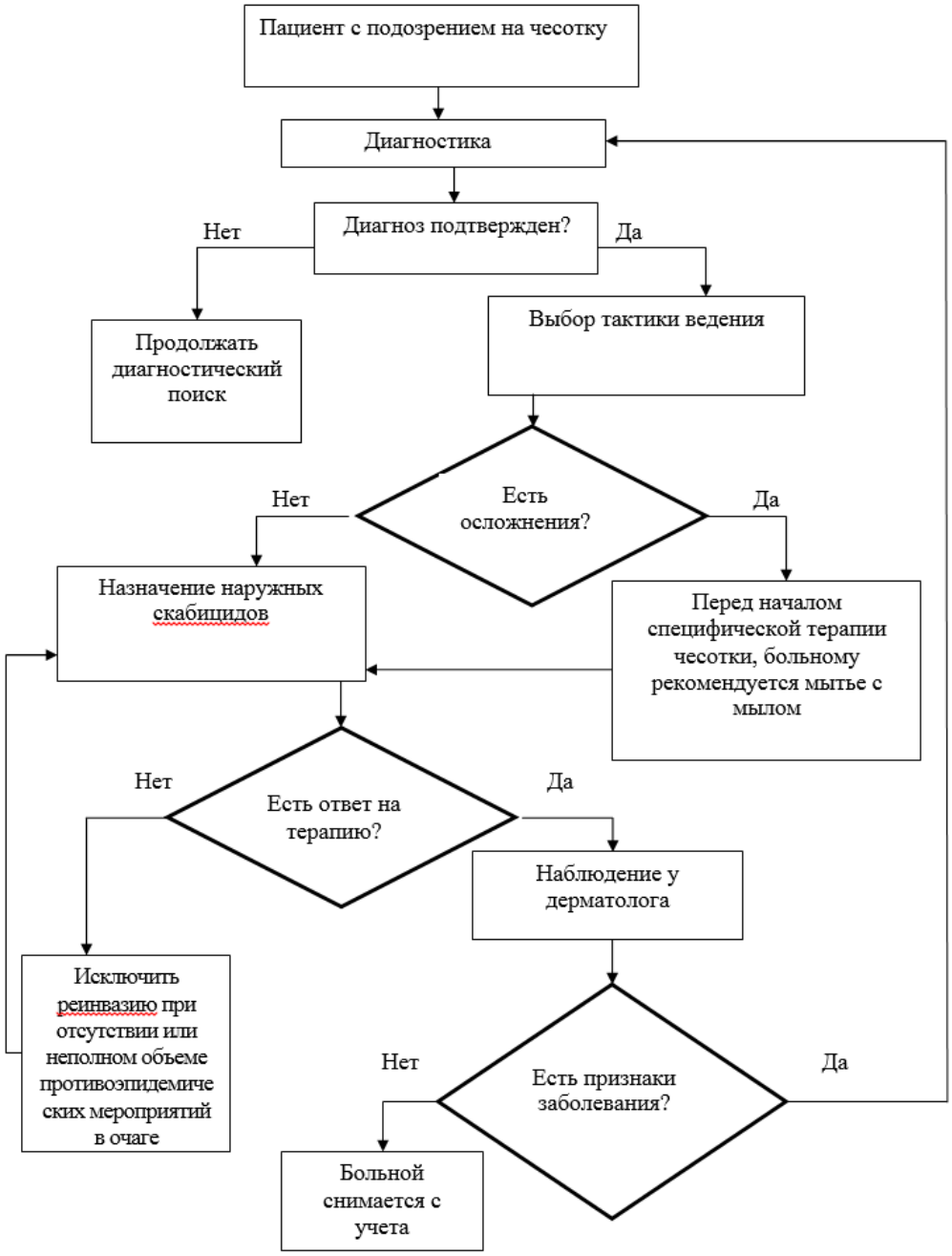
Приложение А3. Связанные документы

Данные клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативных документов:

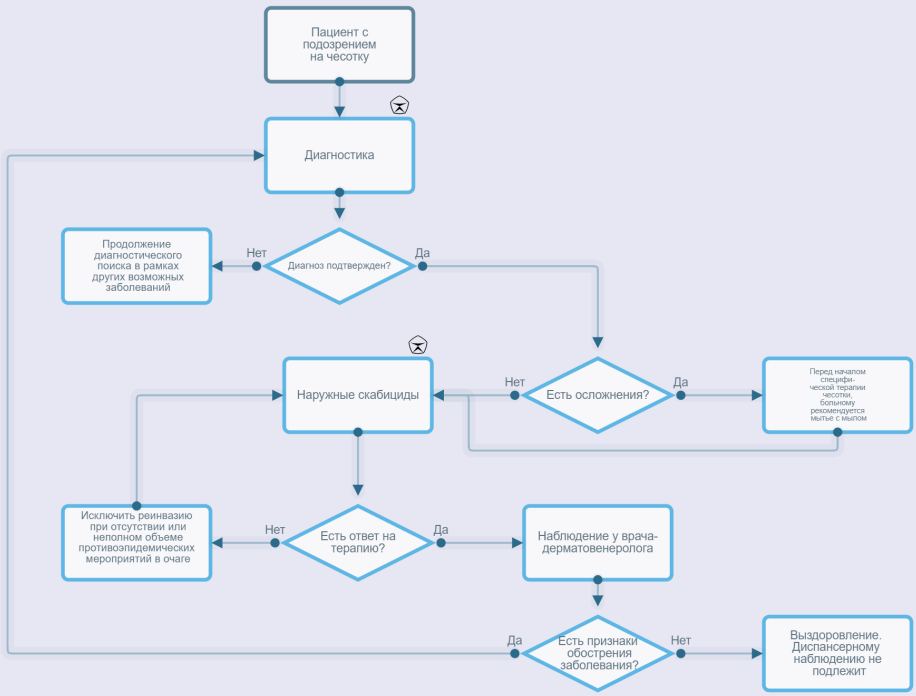
1. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология», утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 924н от 15 ноября 2012 г.
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24.04.2003 № 162 «Об утверждении отраслевого стандарта «Протокол ведения больных. Чесотка».
3. СанПиН 3.2.3215-14 «Профилактика паразитарных болезней на территории РФ».
4. МУ 3.2.1756-03 «Эпидемиологический надзор за паразитарными болезнями».

КР400. Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи
КР337. Болевой синдром (БС) у детей, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи

Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента



Чесотка


Пациент с подозрением на чесотку
Диагностика
Диагноз подтвержден?
Нет
Да
Продолжение диагностического поиска в рамках других возможных заболеваний
Наружные скабициды
Есть осложнения?
Нет
Да
Перед началом специфи-ческой терапии чесотки, больному рекомендуется мытье с мылом
Есть ответ на терапию?
Нет
Да
Исключить реинвазию при отсутствии или неполном объеме противоэпидемических мероприятий в очаге
Наблюдение у врача-дерматовенеролога
Есть признаки обострения заболевания?
Да
Нет
Выздоровление. Диспансерному наблюдению не подлежит

Приложение В. Информация для пациентов

1. С целью предупреждения повторного заражения необходимо одновременное обследование и лечение всех членов семьи или организованного коллектива.

2. Соблюдение гигиенических мероприятий:

- лечиться должны все, кто близко контактировал с больным;
- следует избегать каких-либо контактов до полного излечения;
- в эпидемическом очаге чесотки (семья, общежитие, казарма, группа в детском саду, школьный класс и др.) проводится осмотр всех лиц, имевших контакт с заболевшим;
- до полного излечения запрещается посещение детских учреждений;
- больной должен помнить, что успех лечения зависит от того, насколько тщательно обработана не только кожа, но и одежда, постельное белье.

Приложение Г.