

## Клинико-эпидемиологическая характеристика чесотки у детей. Ретроспективное исследование

Г. А. Харченко, ORCID: 0000-0001-7764-0995, [Xarchenkoga@mail.ru](mailto:Xarchenkoga@mail.ru)

О. Г. Кимирилова, ORCID: 0000-0003-4066-2431, [Olgakim@mail.ru](mailto:Olgakim@mail.ru)

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Астраханский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации; 414000, Россия, Астрахань, ул. Бакинская, 121

**Резюме.** Чесотка, один из наиболее распространенных паразитарных дерматозов, вызывается чесоточным клещом *Sarcoptes (Acaris) scabiei hominis*. Оплодотворенная самка паразита живет в ходах, которые она прогрызает в роговом слое эпидермиса и в которых откладывает яйца. Через 8 дней из яиц выходят личинки, которые, прогрызая покрывку хода, выползают наружу. К 28-му дню после внедрения паразита в кожу развивается второе поколение половозрелых паразитов. Передается чесотка от человека к человеку в результате прямого контакта, при совместном ночном сне, через белье и постельные принадлежности. За последние 10 лет в России отмечается снижение показателей заболеваемости чесоткой с 92,4 тыс. случаев в 2010 г. до 22 тыс. в 2019 г. Интенсивные показатели — 64,7 и 15 на 100 тыс. населения соответственно. Чесотка имеет свои особенности в грудном и детском возрасте, поэтому знание основных симптомов этой патологии необходимо всем врачам участковой службы и стационаров педиатрического и другого профиля. Исследование проводилось с целью дать оценку эпидемиологической ситуации по чесотке и установить частоту встречаемости основных симптомов заболевания у детей в Астраханской области. Источниками информации служили официальные данные Роспотребнадзора Астраханской области по чесотке с 2013 по 2020 г., а также 120 историй болезней пациентов в возрасте до 17 лет, лечившихся по поводу инфекционных заболеваний в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Астраханской области «Областная инфекционная клиническая больница им. А. М. Ничоги». Установлено, что эпидемический процесс распространения чесотки у детей в Астраханской области с 2013 по 2020 г. превышает средние показатели по России с тенденцией к снижению в 2020 г. в 1,6 раза по сравнению с 2013 г. Наиболее значимой группой риска по распространению чесотки были дети от 7 до 14 лет. Основными признаками, позволяющими установить наличие чесотки, являлись зуд кожи в ночное время, наличие чесоточного хода, обнаружение паразита. Обнаружение чесотки у организованных детей дошкольного и школьного возраста при госпитализации в стационары может свидетельствовать о формальном подходе к осмотру на чесотку в учреждениях, посещаемых ребенком. В статье описаны также подходы к медикаментозному лечению чесотки.

**Ключевые слова:** дети, чесотка, клиника, диагностика, лечение, профилактика.

**Для цитирования:** Харченко Г. А., Кимирилова О. Г. Клинико-эпидемиологическая характеристика чесотки у детей. Ретроспективное исследование // Лечащий Врач. 2023; 5 (26): 22-28. DOI: 10.51793/OS.2023.26.5.004

## Clinical and epidemiological characteristics of scabies in children. A retrospective study

Gennady A. Kharchenko, ORCID: 0000-0001-7764-0995, [Xarchenkoga@mail.ru](mailto:Xarchenkoga@mail.ru)

Olga G. Kimirilova, ORCID: 0000-0003-4066-2431, [Olgakim@mail.ru](mailto:Olgakim@mail.ru)

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Astrakhan State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 121 Bakinskaya str., Astrakhan, 414000, Russia

**Abstract.** Scabies is one of the most common parasitic dermatoses. A disease caused by the scabies mite *Sarcoptes (Acaris) scabiei hominis*. The fertilized female parasite lives in passages that she gnaws in the stratum corneum of the epidermis and lays eggs there. After 8 days, larvae emerge from the eggs, which, gnawing through the tire of the course, crawl out. By the 28th day after the introduction of the parasite into the skin, the second generation of sexually mature parasites develops. Scabies is transmitted from person to person, as a result of direct contact, during a joint night's sleep, through linen, bedding. Over the past 10 years in Russia, there has been a decrease in the incidence of scabies from 92.4 thousand cases in 2010 to 22 thousand in 2019. Intensive rates are 64.7 and 15 per 100 thousand of the population, respectively. Scabies has its own characteristics in infancy and childhood, therefore, knowledge of the main symptoms of this pathology is necessary for all doctors of the district service and pediatric and other hospitals. The purpose of the study was to assess the epidemiological situation of scabies and to establish the frequency of occurrence of the main symptoms of the disease in children in the Astrakhan region. Material and methods of research: the sources of information were the official data of Rosпотребнадзор on scabies, for the period from 2013 to 2020, and 120 case histories of patients under the age of 17 who were treated for infectious

diseases in the State Budgetary Healthcare Institution of the Astrakhan region "Regional Infectious Clinical Hospital named after A. M. Nichogi". The results of the study: It was found that the epidemic process of the spread of scabies in children in Astrakhan region, in the period from 2013 to 2020, exceeds the average in Russia with a tendency to decrease in 2020 by 1.6 times, compared with 2013, the most significant risk group for the spread of scabies were children aged 7 to 14 years. The main signs that make it possible to establish the presence of scabies were: itching of the skin at night, the presence of scabies, detection of the parasite. The detection of scabies in organized preschool and school-age children, when hospitalized in hospitals, may indicate a formal approach to examination for scabies in institutions visited by a child. The article also describes approaches to the drug treatment of scabies.

**Keywords:** children, scabies, clinic, diagnosis, treatment, prevention.

**For citation:** Kharchenko G. A., Kimirilova O. G. Clinical and epidemiological characteristics of scabies in children. A retrospective study // *Lechaschi Vrach*. 2023; 5 (26): 22-28. DOI: 10.51793/OS.2023.26.5.004

**Ч**есотка является высококонтагиозным паразитарным заболеванием, встречающимся в различных возрастных группах населения. В настоящее время отмечается увеличение частоты развития атипичных форм чесотки, что затрудняет диагностику и создает возможность инфицирования всех членов семьи и окружающих [1, 2]. За последние 10 лет в России отмечается снижение показателей заболеваемости чесоткой с 92,4 тыс. случаев в 2010 г. до 22 тыс. в 2019 г. Интенсивные показатели — 64,7 и 15 на 100 тыс. населения соответственно [3]. Чесотка имеет свои особенности в грудном и детском возрасте, поэтому знание основных симптомов этой патологии необходимо всем врачам участковой службы и стационаров педиатрического и другого профиля [4].

Возбудителем чесотки у человека является чесоточный клещ — *Sarcoptes (Acaris) scabiei hominis*. Оплодотворенная самка паразита живет в ходах, которые она прогрызает в роговом слое эпидермиса и в которых откладывает яйца. Через 8 дней из яиц выходят личинки, которые, прогрызая покрывку хода, выползают наружу. К 28-му дню после внедрения паразита в кожу развивается второе поколение половозрелых паразитов. Чесотка передается от человека к человеку при прямом контакте, через постельные принадлежности, белье и др. Основные симптомы чесотки — наличие чесоточных ходов и интенсивный зуд кожи ночью [5].

В развитии клинических симптомов болезни можно выделить три периода.

**Латентный (начальный) период.** Основным симптом — периодически появляющийся кожный зуд в ночное время на отдельных участках. На кожных покровах отмечаются скоропреходящие эритемы или волдыри. Средняя продолжительность периода — до 10 дней.

**Период полного развития симптомов** — усиление зуда на определенных участках кожи ночью, исчезающего рано утром. Появляется типичная сыпь — чесоточный ход и «жемчужная» везикула [6]. Чесоточный ход имеет форму тонкой, извилистой линии различной длины (от 1 до 2–3 см и более) различного цвета (белый или сливающийся с окраской кожи). На поверхности хода можно увидеть точки темного цвета (место выхода личинок на поверхность кожи). На грязной коже чесоточный ход имеет вид царапины серо-черного цвета в результате заполнения его пылью и жирными массами. При осмотре можно увидеть оба конца хода. Один из них имеет вид пустулы или покрыт корочкой (место внедрения паразита в кожу). Другой конец гладкий, слегка возвышающийся (место нахождения клеща), откуда можно извлечь паразита [7].

Типичные места обнаружения чесоточных ходов на руках — боковые поверхности межпальцевых складок, сгибательные поверхности кистей, внутренняя поверхность рук, локтевые

сгибы, передняя часть подкрыльцовых впадин. На ногах — область шиколоток и пяток, на подошвах и их внутренних краях. У женщин чесоточные ходы часто располагаются в области грудных сосков, у мужчин — на коже полового члена в сочетании с наличием ходов на коже живота [8]. У грудных детей местом типичной локализации ходов являются ладони, подошвы и ягодицы. Помимо типичной локализации чесоточные ходы можно обнаружить на любом участке кожи. В отличие от взрослых у детей грудного возраста часто поражается кожа головы и лица [4].

Период осложнений у младенцев характеризуется полиморфной сыпью (эрозии, корочки), вызванной расчесами, эритемой, волдырями, мелкими папулами, что затрудняет диагностику чесотки [6]. Общее состояние пациента обычно не нарушается. Самопроизвольно чесотка не разрешается. Возможно временное затихание процесса [8].

Лабораторные методы диагностики чесотки:

- микроскопическое исследование соскоба с кожи;
- извлечение клеща иглой;
- метод прокрашивания для верификации чесоточных ходов. Подозрительный на чесоточный элемент смазывают спиртовым раствором йода или анилиновыми красителями;
- 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;
- дерматоскопия [9].

При лечении чесотки используются препараты бензилбензоата, серная мазь, аэрозоли для наружного применения — пиперонилбутоксид + эсбиол и др. [10, 11].

Целью данного исследования было дать оценку эпидемиологической ситуации по чесотке и установить частоту встречаемости основных ее симптомов у детей в Астраханской области (АО).

## Материал и методы исследования

Источниками информации являлись официальные данные Роспотребнадзора АО по чесотке с 2013 по 2020 г. и 120 историй болезней пациентов, лечившихся по поводу инфекционных заболеваний в ГБУЗ АО «Областная инфекционная клиническая больница им. А. М. Ничоги» Астрахани. Для определения возрастной заболеваемости и особенностей клинических проявлений чесотки детей разделили на группы: 0–2 года, 3–6 лет, 7–14 лет, 15–17 лет (табл. 1).

Анализ данных производился с использованием пакета статистических программ Statistica v.6 (StatSoft Inc. США).

Таблица 1

**Пораженность чесоткой детей в зависимости от возраста с 2013 по 2020 г. в абсолютных цифрах и процентном соотношении (%) [таблица составлена авторами] / The incidence of scabies in children depending on age from 2013 to 2020 in absolute numbers and percentage (%) [table compiled by the authors]**

Возраст	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	Всего
0–2 года	46 (26)	27 (20)	14 (12)	23 (24)	19 (20)	16 (17)	18 (17)	22 (20)	185 (20)
3–6 лет	34 (19)	33 (24)	28 (25)	18 (18)	23 (24)	24 (26)	27 (25)	28 (25)	215 (23)
7–14 лет	68 (39)	54 (40)	63 (56)	48 (49)	38 (39)	40 (44)	48 (44)	45 (40)	404 (43)
15–17 лет	29 (16)	21 (16)	8 (7)	9 (9)	16 (17)	12 (13)	15 (14)	17 (15)	127 (14)
Всего	177 (100)	135 (100)	113 (100)	98 (100)	96 (100)	92 (100)	108 (100)	112 (100)	931 (100)

Количественные показатели представлены с указанием среднего арифметического значения  $\pm$  значение стандартной ошибки. Сравнение количественных показателей выполнено с применением дисперсного анализа ANOVA, качественных показателей — с помощью критерия хи-квадрат Пирсона ( $\chi^2$ ). Различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

### Результаты исследования

Среднегодовое число случаев чесотки у детей за анализируемый период составило  $116,3 \pm 19,6$ . Максимальная заболеваемость регистрировалась в 2013 г., минимальная — в 2018 г. (табл. 1). Показатели заболеваемости — 84,2 и 44,5 на 100 тыс. детей в возрасте до 17 лет соответственно. В возрастной структуре преобладали дошкольники от 0 до 6 лет (43%), в том числе дети первых двух лет жизни (20%) и школьного возраста от 7 до 14 лет (43%). На долю детей старшего школьного возраста приходилось 14% случаев болезни.

Установленная динамика заболеваемости чесоткой детей дошкольного и школьного возраста обусловлена следующими факторами: пребывание в организованных коллективах, летних оздоровительных лагерях, посещение спортивных секций, бассейнов и т. п., что увеличивало возможность заражения. У детей грудного и раннего детского возраста заражение происходило в семейных очагах от родителей или тех, кто ухаживал за ребенком. А у посещающих дошкольные учреждения риск заражения увеличивался за счет тесного продолжительного контакта с другими детьми, через игрушки и др. Риск заражения чесоткой детей 7–14 лет значительно выше по сравнению с дошкольниками и подростками.

За анализируемый период заболевших чесоткой детей, посещающих дошкольные учреждения, было 159 (17%), школьного возраста — 531 (57%), неорганизованных — 241 (26%), всего больных — 931 ребенок.

Чесотка у организованных детей дошкольного и школьного возраста выявлялась в 104 (15,1%) случаях медработниками дошкольного или школьного учреждения; в 54 (7,8%) —

при экстренной или плановой госпитализации в стационары; в 532 (77,1%) — при обращении к дерматологу.

У 241 неорганизованного дошкольника чесотка выявлялась медработниками поликлиник при профилактических осмотрах или обращении за медицинской помощью у 42 (17,4%) детей; при госпитализации в стационары — у 38 (15,8%), при обращении к дерматологу — у 161 (66,8%) пациента (от числа больных этой группы).

Клиническая симптоматика и частота встречаемости основных симптомов чесотки у детей проанализированы у 120 пациентов, разделение которых по полу и возрасту представлено в табл. 2.

В течение первой недели заболевания у больных отмечался зуд кожных покровов на отдельных участках в ночное время, причина которого — в активности и питании самки паразита в это время суток и сенсибилизации организма продуктами его жизнедеятельности. Типичным признаком болезни в последующем являлись чесоточные ходы, заканчивающиеся «жемчужной везикулой», наличие вторичных сыпей (табл. 3). Особенностью локализации чесоточных ходов у детей грудного и раннего возраста являлось их наличие на ладонях, подошвах, лице, волосистой части головы, что не характерно для более старших детей. Вторичные элементы у детей грудного и раннего возраста чаще носили пиодермический характер с воспалительными изменениями и чаще располагались на лице, голове, ладонях, подошвах, ягодицах. Осложненная чесотка чаще встречалась у детей до 6 лет (табл. 3). Основным ее симптомом была вторичная пиодермия стафилококковой этиологии.

У 7 (0,7%) детей при осмотре контактных в очаге чесоточные ходы отсутствовали, а изменения на кожных покровах были представлены единичными папулами и/или пузырьками, кровянистыми корочками (табл. 3), что с учетом эпидемиологических данных позволяло диагностировать атипичную форму болезни — чесотка без ходов. Другие клинические формы — чесотка чистоплотных, норвежская, скабиозная лимфоплазия кожи, скабиозная эритродермия, узловатая чесот-

Таблица 2

**Сравнительная характеристика детей с чесоткой по полу и возрасту (n = 120) [таблица составлена авторами] / Comparative characteristics of children with scabies by sex and age (n = 120) [table compiled by the authors]**

Показатель	Группы				p
	1-я, n = 31	2-я, n = 30	3-я, n = 32	4-я, n = 27	
Пол (девочки), абс. (%)	14 (42)	15 (50)	14 (43)	12 (44)	0,895
Возраст, лет	$1,4 \pm 0,58$	$4,2 \pm 1,75$	$9,8 \pm 3,6$	$15,6 \pm 1,2$	0,875

Примечание. 1-я группа — дети до 2 лет; 2-я — 3–6 лет; 3-я — 7–14 лет; 4-я — 15–17 лет.

Поражаемость чесоткой девочек во всех четырех возрастных группах — от 42% до 50% при  $p = 0,895$ .

Таблица 3

**Частота встречаемости основных симптомов типичной чесотки в зависимости от возраста детей, в абсолютных цифрах и процентном соотношении (%), n = 120 [таблица составлена авторами] / The frequency of occurrence of the main symptoms of typical scabies, depending on the age of children, in absolute numbers and percentage (%), n = 120 [table compiled by the authors]**

Показатель	Возрастная группа				p
	1-я, n = 31	2-я, n = 30	3-я, n = 32	4-я, n = 27	
Кожный зуд в ночное время	24 (77)	26 (86)	30 (93)	22 (81)	0,890
Чесоточный ход	26 (83)	29 (96)	31 (96)	27 (100)	0,895
Локализация чесоточного хода:					
• на руках	5 (19)	12 (41)	14 (46)	11(40)	0,935
• на ногах	2 (7)	5 (19)	7 (22)	3 (11)	0,950
• на лице, голове, ладонях, подошвах, ягодицах	19 (73)	6 (20)	—	—	0,05
• на груди, животе	25 (96)	27 (93)	31 (100)	27 (100)	0,892
«Жемчужная везикула»	22 (84)	26 (89)	31 (100)	27 (100)	0,05
Обнаружение клеща	25 (80)	27 (90)	29 (90)	23 (85)	0,889
Вторичные сыпи:					
• эрозии, корочки, эритема, пиодермия и др.	31 (100)	22 (73)	9 (28)	5 (18)	0,05
Примечание. 1-я группа — дети до 2 лет; 2-я — 3-6 лет; 3-я — 7-14 лет; 4-я — 15-17 лет.					

ка, псевдосаркоптоз (чесотка животного происхождения), зерновая чесотка — в нашем исследовании не встречались.

Чесотка у детей раннего возраста имеет большое сходство со строфулюсом. Отличием последнего от чесотки является необильная папулоуртикарная сыпь с пузырьком на вершечке, заполненным серозным содержимым, которая появляется, чередуясь с периодами затишья и исчезновения. Располагается сыпь беспорядочно, редко поражает лицо, отсутствует на волосистой части головы. При строфулюсе нет чесоточных ходов, зуда в ночное время, расчесывания мест, типичных для чесотки, сыпи и зуда у других членов семьи и не удается обнаружить клеща [12].

При детской почесухе первичными морфологическими элементами на коже являются волдыри, серопапула. Волдырь исчезает через 6-12 часов. В результате эксфолиаций папулы инфильтрируются, а на месте везикул образуются геморрагические корочки. Высыпания возникают толчкообразно, локализуются симметрично на коже разгибательных поверхностей конечностей, туловище, ягодицах, ладонях и подошвах, реже — на лице и волосистой части головы, сопровождаясь сильным зудом, особенно вечером и ночью, возможны повышение температуры тела до 37,5-38 °С, полиаденопатия [13]. При почесухе в отличие от чесотки нет чесоточных ходов в местах их типичной локализации, высыпаний на кожных покровах у других членов семьи, сопровождающихся ночным зудом [14].

Укусы различных насекомых сопровождаются появлением уртикароподобной сыпи на обнаженных частях тела, что в сочетании с зудом и расчесами у других членов семьи требуют исключения чесотки. Отсутствие типичной для чесотки локализации сыпи и чесоточных ходов позволяет исключить это заболевание.

При укусе блох наиболее часто элементами сыпи являются эритемные пятна с геморрагией в центре и реже папулезные и уртикарные высыпания.

При педикулезе отмечается зуд кожи волосистой части головы, обнаружение вшей и гнид, появление сыпи на коже спины, что нехарактерно для чесотки [15].

Лечение чесотки проводится в домашних условиях. Обязательное условие его успеха — осмотр всех членов семьи

и одновременное лечение выявленных больных противопаразитарными препаратами с соблюдением требований правильности их применения и тщательной обработкой кожи больного.

### Общие правила лечения противопаразитарными препаратами

- Мытье больного и смена нательного и постельного белья проводятся перед началом лечения и после его окончания.
- Препарат наносят на все участки кожных покровов за исключением лица, лучше перед ночным сном, учитывая суточный ритм жизни чесоточного клеща.
- Нанесение противопаразитарного препарата проводят только рукой, стараясь избегать попадания на слизистую глаз, носовых ходов и ротовой полости, слизистую половых органов.
- При попадании препарата на слизистые оболочки нужно промыть их проточной водой.
- Если на коже много корок, их следует удалять после размачивания мыльно-содовым или дезинфицирующим раствором. После этого на очищенные поверхности накладывают мази, обрабатывают их лосьонами со сниженной концентрацией действующих веществ.
- При инфицированных расчесах вначале проводят местное, а при необходимости и парентеральное антимикробное лечение и только потом приступают к противочесоточной терапии.

### Медикаментозное лечение чесотки

Используются местнодействующие противочесоточные препараты: аэрозоли, лосьоны, кремы, мази [10, 11, 16].

**Спрегаль (пиперонил бутоксид ± эсбиол) — аэрозоль**

Препарат нетоксичен, поэтому может применяться как у взрослых, так и у детей. Аэрозоль проникает глубоко в кожу, эффект наблюдается сразу же после опрыскивания. Пораженные участки кожи необходимо обработать аэрозолем в 18-19 часов и оставить нанесенный раствор на теле в течение всей ночи, избегая мытья как любой части тела, так и рук. Все члены семьи должны обрабатывать этим раствором пора-



женные участки тела одновременно. Вначале следует обработать пораженные места, а затем близко расположенные участки. При распылении флакон следует держать на расстоянии 20–30 см от кожи. При обширных поражениях распыление проводится сверху вниз вдоль туловища, затем обрабатывают руки и ноги, чтобы была покрыта вся поверхность тела, включая половые органы. Если у ребенка поражена кожа лица, то обработку следует производить ватным тампоном, смоченным Спрегалем (обработанные участки кожи сразу становятся блестящими). Наиболее пораженные участки кожи и межпальцевые складки обрабатываются особенно тщательно. Нанесенный на кожу больного препарат должен сохраняться не менее 12 часов, после чего ребенка моют с мылом и ополаскивают чистой водой. При смене мокрых пеленок ягодицы ребенка обрабатываются Спрегалем повторно. Одного цикла обработки обычно достаточно. Однако зуд может сохраняться в течение 8–10 дней (после кратковременного успокоения). При наличии постскабиозного зуда повторной обработки Спрегалем не требуются. Если по истечении 8–10 дней клинические признаки останутся, необходима повторная обработка кожи аэрозолем. Во избежание повторного заражения рекомендуется продезинфицировать одежду и постельные принадлежности. Вещи, которые нельзя стирать при температуре выше 50 °С, можно обработать аэрозолем А-ПАР, который также не имеет запаха и не оставляет пятен на ткани. При инфицированной чесотке следует вначале обработать место локализации гнойничков. При выраженном раздражении кожи или экземе болезненные симптомы исчезают, если после удаления Спрегала (через сутки) смазать пораженные участки кортикостероидной мазью. Содержимое одного флакона Спрегала позволяет провести обработку двух взрослых и 2–3 детей младше 12 лет.

#### **Бензилбензоат — эмульсия, мазь (с 3 лет)**

У детей с 3 до 5 лет применяют 10%-ю эмульсию и мазь, у тех, кто старше, — 20%-ю мазь и эмульсию бензилбензоата. Перед обработкой (1-й день) нужно вымыться под душем теплой водой с мылом, вытереться полотенцем. Затем втереть эмульсию бензилбензоата в кожу головы, рук, туловища, ног, включая пальцы и подошвы, ватным тампоном или рукой, 2 раза с перерывом в 10 минут, избегая попадания препарата в глаза. Во время втирания возможно жжение, которое проходит через несколько минут. После процедуры тот, кто ее выполнял, должен вымыть руки с мылом и втереть в кожу рук суспензию бензилбензоата, после чего не мыть их в течение 3 часов, а затем втирать препарат в кожу кистей после каждого их мытья. После обработки необходимо переодеть ребенка в чистое белье и обеззараженную верхнюю одежду, сменить постельное белье. В течение 2–3 дня обработка не проводится, обработанные кожные покровы не моются, нательное и постельное белье не меняется. На 4-й день рекомендуется вымыться с мылом, вытереться полотенцем, провести обработку бензилбензоатом кожи рук, туловища, ног, включая подошвы и пальцы. После обработки — надеть чистое нательное белье и сменить постельные принадлежности. На 5-й день — вымыть ребенка теплой водой с мылом и вновь сменить все белье. Беременным и детям до 3 лет применение бензилбензоата не рекомендуется.

#### **Медифокс (перметрин), эмульсия (с 12 месяцев)**

Водная 0,4%-я эмульсия готовится путем добавления к 8 мл 5%-го раствора Медифокса 100 мл кипяченой воды комнатной температуры. Перед обработкой необходимо вымыть ребенка теплой водой с мылом, вытереть полотенцем. Втереть приготовленную эмульсию в кожу рук, туло-

вища, ног, подошв, пальцев. Руки после обработки не моют в течение 3 часов, затем после каждого мытья проводят их обработку Медифоксом. Меняется нательное и постельное белье. На 2-й и 3-й день обработка повторяется. На 4-й день необходимо вымыть ребенка теплой водой с мылом и сменить нательное и постельное белье.

#### **Кротамитон (Eurax), лосьон, крем (с 12 лет)**

После душа крем или лосьон кротамитона втирают в кожу от подбородка до пальцев ног, уделяя особое внимание обработке складок и сгибов. Процедуру повторяют через 24 часа, после чего производят смену одежды и постельного белья. Через 48 часов после повторного втирания принимают гигиеническую ванну. Находящимся в контакте людям рекомендуется проведение одновременной профилактики.

#### **Линдан (Kwell, Scabene), лосьон, крем (с 3 лет)**

При лечении чесотки у детей старше 10 лет препарат втирается в кожные покровы всего тела (исключая голову) в вечернее время в течение 3 дней подряд. Смывают остатки средства через 8–12 часов после нанесения. После водных процедур требуется полная смена нательного белья. Если препарат используют в терапии кожного заболевания, вызванного чесоточным клещом у детей 3–10 лет, смывать его с кожи необходимо через 3 часа после нанесения. Линдан не рекомендуется использовать у беременных и кормящих матерей.

Серно-нафталиновая мазь (30%), серные мази (3–5%), мазь Вилькинсона, способ Демьяновича в настоящее время редко применяются при лечении чесотки у детей.

При чесотке, осложненной вторичной пиодермией, используются скабициды, нанесение которых не требует интенсивного втирания и не способствует распространению инфекции по коже. Скабицид втирают в 1-й и 4-й дни курса, при этом во 2-й и 3-й проводят лечение пиодермии [17, 18].

Перед началом специфической терапии чесотки, осложненной аллергическим дерматитом, больному рекомендуется мытье с мылом для улучшения доступа противочесоточного препарата в ходы. Лечение начинают скабицидом, не требующим интенсивного втирания. Скабицид втирают в 1-й и 4-й дни курса, а во 2-й и 3-й проводят лечение аллергического дерматита [12].

При лечении норвежской чесотки рекомендуется вечером обработать больного скабицидом для уничтожения активных стадий возбудителя и снижения контагиозности пациента, а утром воспользоваться одним из кератолитических препаратов — средствами с салициловой кислотой (5%-я серно-салициловая мазь, 5–10%-я салициловая мазь) и мочевиной. 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 кожи используют смягчающие или увлажняющие средства. Важным условием является регулярное исследование соскобов эпидермиса для выявления чесоточного клеща. При обнаружении подвижных особей рекомендуется повторить курс специфической терапии со сменой скабицида [19].

При отсутствии эффекта лечения необходимо исключить реинвазию вследствие отсутствия или неполного объема противоэпидемических мероприятий в очаге, назначить противоскабицидный препарат.

В комплексной терапии чесотки могут использоваться антигистаминные препараты (при постскабиозном зуде) — Зодак и Зиртек (цетиризин), Диазолин (мебгидролин), Тавегил (клемастин), Супрастин (хлоропирамин) и другие в возрастных дозах в течение 5–7 дней, кортикостероидные

мази — в течение 7-10 дней. Критериями эффективности этих препаратов является уменьшение и купирование зуда [8].

Критерии выздоровления — прекращение зуда, очищение, устранение отека и гиперемии кожи, эрадикация возбудителя, отсутствие осложнений.

### Диспансеризация

Наблюдение за реконвалесцентами чесотки проводится в течение 1,5 месяцев с медицинским осмотром через 3 дня после лечения, затем 1 раз в 10 дней. При отсутствии клинических симптомов пациент снимается с учета. Допуск в детский коллектив — только после полного выздоровления.

### Профилактика

Своевременное выявление и лечение больных чесоткой. Изоляция больного до констатации выздоровления. Заключительная дезинфекция в очаге.

### Мероприятия в отношении контактных по чесотке

Проводится медицинский осмотр контактных в организованных коллективах в течение инкубационного периода чесотки (до 6 недель) с медицинским осмотром в первые 10 дней — ежедневно, затем 1 раз в 10 дней. Члены семьи больного подлежат осмотру и однодневному профилактическому лечению.

### Дезинсекция

Нательное и постельное белье подвергают стирке с кипячением в растворе соды (1-2%) или с использованием любого стирального порошка в течение 10 минут с момента закипания и проглаживанию горячим утюгом.

Предметы, которые нельзя кипятить, обрабатывают аэрозолем «А-ПАР». Препарат не пачкает одежду, после его применения не требуется сухая чистка.

Игрушки и обувь помещают в полиэтиленовый пакет и не пользуются ими в течение 7 дней.

Верхнюю одежду (пальто, плащи и др.) вывешивают на открытый воздух на 5 дней. В квартире проводят ежедневную влажную уборку с применением дезинфицирующих средств.

### Выводы

- В эпидемический процесс чесотки вовлечены все возрастные группы детского населения Астраханской области, с превалированием в возрастной структуре заболевших детей до 14 лет (86%) со стабильной тенденцией к снижению заболеваемости за анализируемый период в 1,6-1,9 раза.

- У 693 (74%) из 931 больного диагноз был установлен дерматологом, что может свидетельствовать об отсутствии настороженности медицинских работников дошкольных и школьных учреждений, поликлинического звена и/или недостаточном знании клинической симптоматики этой патологии.

- Основными признаками, позволяющими установить наличие чесотки по результатам нашего исследования, являлись: зуд кожи в ночное время (85%), наличие чесоточного хода (94%), обнаружение клеща (86%).

- Вторичные элементы сыпи: эрозии, корочки, эритема, пиодермия и др. встречались с различной частотой, в зависимости от возраста ребенка, и имели второстепенное диагностическое значение, так как могут встречаться при ряде других заболеваний (строфулюс, педикулез, детская чесотка и др.).

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

CONFLICT OF INTERESTS. Not declared.

### Литература/References

- Новоселов В. С., Новоселов А. В. Чесотка как социально значимая проблема // РМЖ. 2011; 21: 1309.  
[Novoselov V. S., Novoselov A. V. Scabies as a socially significant problem // RMZH. 2011; 21: 1309. (In Russ.)]
- Meyer E. P., Heranney D., Foeglé J., et al. Management of a scabies epidemic in the Strasbourg teaching hospital, France // Med Mal Infect. 2011; 41 (2): 92-96.
- Иванова М. А. Заболеваемость чесоткой в различных группах населения Российской Федерации в 2010-2014 гг. // Клиническая дерматология и венерология. 2016; 15 (4): 4-8.  
[Ivanova M. A. Incidence of scabies in various population groups of the Russian Federation in 2010-2014 // Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya. 2016; 15 (4): 4-8. (In Russ.)]
- Кошелева И. В. Чесотка: взгляд дерматолога // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2014; 1: 61-64.  
[Koshelova I. V. Scabies: a dermatologist's view // Infektsionnye bolezni: novosti, mneniya, obucheniye. 2014; 1: 61-64. (In Russ.)]
- Muhammad Zayyid M., Saidatul Saadah R., Adil A. R., et al. Prevalence of scabies and head lice among children in a welfare home in Pulau Pinang, Malaysia // Trop Biomed. 2010; 27 (3): 442-446.
- Суворова К. Н., Опарин Р. Б., Сысоева Т. А. и др. Чесотка у детей // Вопросы практической педиатрии. 2006; 4: 117-123.  
[Suvorova K. N., Oparin R. B., Sysoeva T. A. i dr. Scabies in children // Voprosy prakticheskoy pediatrii. 2006; 4: 117-123. (In Russ.)]
- Федоров С. М., Шеклакова М. Н. Чесотка // Русский медицинский журнал. 2001; 9 (11): 467-470.  
[Fedorov S. M., Sheklakova M. N. Scabies // Russkij medicinskij zhurnal. 2001; 9 (11): 467-470. (In Russ.)]
- Дерматовенерология. Национальное руководство / Под ред. профессоров Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова, О. Л. Иванова. Глава «Паразитарные дерматозы». М.: ГОЭТАР, 2011.  
[Dermatovenerology. National guide / Pod red. professorov Yu. K. Skripkina, Yu. S. Butova, O. L. Ivanova. Glava «Parazitarnye dermatozy». M.: GOETAR, 2011. (In Russ.)]
- Малыарчук А. П. Дерматоскопия чесотки // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2011; 6: 23-28.  
[Malyarchuk A. P. Dermatoscopy of scabies // Rossijskij zhurnal kozhnyh i venericheskikh boleznej. 2011; 6: 23-28. (In Russ.)]
- Goldust M., Nejad S. B., Rezaee E., Laghifar R. Comparative trial of permethrin 5% versus Lindane 1% for the treatments of scabies // Journal of Dermatological Treatment. 2013; 20: 451-458.
- Горячкина М. В., Белоусова Т. А. Современные подходы к терапии чесотки // Клиническая дерматология и венерология. 2014; 12 (6): 102-108.  
[Goryachkina M. V., Belousova T. A. Modern approaches to the treatment of scabies // Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya. 2014; 12 (6): 102-108. (In Russ.)]
- Заславский Д. В. Аспекты детской дерматологии от строфулюса до атопического дерматита // Медицинский совет. 2017; 19: 154-157.  
[Zaslavsky D. V. Aspects of pediatric dermatology from strofulus to atopic dermatitis // Medicinskij sovet. 2017; 19: 154-157. (In Russ.)]
- Pereira M. P., Steinke S., Zeidler C., et al. EADV European prurigo project: expert consensus on the definition, classification and terminology of chronic prurigo // J. Eur Acad Dermatol Venereol. 2018; 32 (7): 1059-1065.
- Whang K. A., Kang S., Kwatra S. G. Inpatient burden of prurigo nodularis in the United States // Medicines (Basel). 2019; 6 (3).
- Рославцева С. А. Педикулез в России в конце XX века — начале XXI века // Пест-Менеджмент. 2021; 1 (117): 16-23.

- ### Сведения об авторах:

*Астраханский государственный медицинский университет  
Министерства здравоохранения Российской Федерации;  
414000, Россия, Астрахань, ул. Бакинская, 121;  
Xarchenkoga@mail.ru*

**Кимирилова Ольга Геннадьевна, к.м.н., доцент кафедры**  
детских инфекций Федерального государственного бюджетного  
образовательного учреждения высшего образования Астраханский  
государственный медицинский университет Министерства  
здравоохранения Российской Федерации; 414000, Россия,  
Астрахань, ул. Бакинская, 121; [Olgakim@mail.ru](mailto:Olgakim@mail.ru)

**Gennady A. Kharchenko**, *Dr. of Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Pediatric Infections at the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Astrakhan State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 121 Bakinskaya str., Astrakhan, 414000, Russia; [Kharchenkoga@mail.ru](mailto:Kharchenkoga@mail.ru)*

**Olga G. Kimirilova, MD**, Associate Professor of the Department of Pediatric Infections at the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Astrakhan State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 121 Bakinskaya str., Astrakhan, 414000, Russia; [Olgakim@mail.ru](mailto:Olgakim@mail.ru)

Принята в печать/Accepted 24.03.2023

