

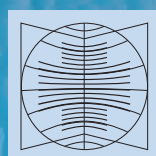
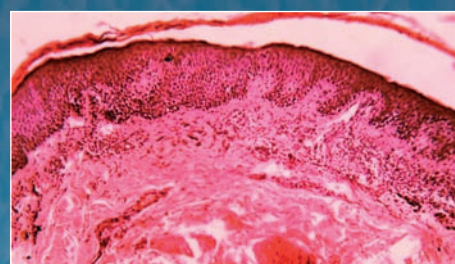
---

# КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОЛОГИЯ И ВЕНЕРОЛОГИЯ

---

6'2009

- Атрофическая сосудистая пойкилодермия Якоби
- Гигантская кондилома Бушке—Левенштейна у больного вульгарной пузырчаткой
- Заболеваемость сифилисом в РФ (2000—2008 гг.)
- Клинико-генетические особенности течения очаговой алопеции у детей
- Рентгенография трубчатых костей в диагностике раннего врожденного сифилиса
- ИППП и ВПЧ-ассоциированная патология шейки матки



МедиаСфера

# Лечение чесотки

Т.В. СОКОЛОВА<sup>1</sup>, А.П. МАЛЯРЧУК<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ; <sup>2</sup>25-й Центральный военный клинический госпиталь МО РФ, Москва

## Therapy of scabies

T.V. SOKOLOVA, A.P. MALYARCHUK

State Institute of Advanced Medical Training, Russian Ministry of Defense; Central Military Clinical Hospital No 25 Moscow; Russian Ministry of Defense, Moscow

*Ключевые слова:* чесотка, скабициды, эффективность лечения, резистентность, постскабиозный зуд, эффективность лечения.

*Key words:* scabies, scabicides, therapeutic efficiency, resistance, postscabiotic pruritis.

Лечение чесотки направлено на уничтожение возбудителя заболевания с помощью акарицидных препаратов. Арсенал этих средств незначителен. В соответствии с приказом МЗ и СР РФ №162 от 24.04.03 «Протокол ведения больных. Чесотка» для лечения заболевания в РФ разрешены 4 препарата — серная мазь, бензилбензоат, медифокс и *спрегаль*. Каждый из перечисленных препаратов имеет свои достоинства и недостатки. Многочисленные публикации посвящены оценке эффективности того или иного противочесоточного препарата [1—9]. В большинстве случаев их эффективность оценивается по динамике клинических проявлений заболевания без учета его воздействия на стадии развития возбудителя. Экспериментальные исследования по изучению специфической активности акарицидов выполнены только для эмульсии бензилбензоата [6, 10, 11]. В то же время в литературе имеются указания на развитие резистентности возбудителя чесотки к скабицидам, особенно на основе перметрина [12—14]. Большое значение для объективизации исследований имеют маркетинговые исследования, позволяющие определить отношение врачей к используемым препаратам [15, 16].

Цель настоящего исследования — оценить эффективность противочесоточных препаратов, разрешенных для применения в России.

## Материал и методы

Работа выполнена на базе кафедры дерматовенерологии ГИУВ МО РФ и 25-го Центрального во-

енного клинического госпиталя РВСН (Одинцово). Проведено маркетинговое исследование среди дерматовенерологов, проходящих циклы усовершенствования врачей на кафедре дерматовенерологии ГИУВ МО РФ, работающих в системе МО, МЗ и СР, МВД и ФСБ. Данное исследование преследовало несколько целей:

- оценить приоритеты дерматовенерологов в выборе скабицидов для лечения чесотки;
- провести анализ причин неэффективности противочесоточных препаратов;
- изучить имеющиеся случаи резистентности возбудителя к скабицидам.

Использован авторский вариант анонимной анкеты. В ходе исследования заполнены и проанализированы 82 анкеты.

Для визуализации чесоточных ходов использовали лупу с четырехкратным увеличением, бинокулярный микроскоп МБС-10, цифровой микроскоп Webbers Digital Microscope F-2cn, цифровые фотокамеры. Изображения ходов в электронном виде в дальнейшем изучали с использованием компьютера, что позволяло значительно лучше рассмотреть их структуру.

Впервые в отечественной дерматологической практике проведен анализ эффективности 4 скабицидов (20 и 33% серная мазь, 20% мазь бензилбензоата, медифокс, *спрегаль*) при лечении больных чесоткой. Для объективизации исследования и исключения ошибок в методиках применения препаратов всех больных лечили в стационаре 25-го ЦВКГ РВСН. Исследование охватывает период с 2005 по

© Т.В. Соколова, А.П. Малярчук, 2009

*Klin Dermatol Venerol* 2009;6:67

<sup>1</sup>e-mail: Belykh\_VG@gov.ru

<sup>2</sup>e-mail: (495)598-74-31

2009 г. В исследовании принимали участие 104 больных чесоткой.

Эффективность лечения оценивали по динамике клинических проявлений заболевания, а также по числу погибших самок чесоточных клещей в ходах *in vivo*. После завершения курса терапии при сохранении клинических проявлений чесотки отыскивали неизменные чесоточные ходы. Из них извлекали самок чесоточного клеща. При сохранении их жизнеспособности изучали морфологию генитального клапана и содержимое чесоточного хода. Длительность контрольного наблюдения за переболевшими военнослужащими во всех группах составляла 2 нед. При наличии у больных «скабиозной лимфоплазии» и осложненной чесотки сроки наблюдения увеличивали до полного излечения. Осмотры проводили через 10 дней.

## Результаты

В исследовании приняли участие врачи, работающие как в поликлинике (58,5%), так и в стационаре (41,5%). Из них 36,6% были моложе 30 лет, 51,2% — в возрасте от 31 года до 50 лет и 12,2% — старше 50 лет, т.е.  $\frac{2}{3}$  респондентов были старше 30 лет. Стаж работы менее 3 лет имели 25,6% респондентов, менее 10 лет — 39%, менее 20 лет — 24,4% и более 20 лет — 11%. Следовательно,  $\frac{3}{4}$  дерматовенерологов работали по специальности более 3 лет. Среди опрошенных 48,8% заведовали кожно-венерологическими отделениями, кабинетами или были главными специалистами видов и родов войск. Полученные данные свидетельствуют, что в опросе приняли участие квалифицированные специалисты.

Согласно данным опроса, большинство дерматовенерологов предпочитают бензилбензоат (36,5%) и *спрегал* (35,4%), на втором месте находится мифокс (22%). Серную мазь используют лишь 6,1% врачей. Среди лекарственных форм бензилбензоата предпочтение отдается мази (60%) по сравнению с эмульсией (40%).

Ниже обобщены недостатки скабицидов, отмеченные дерматовенерологами при проведении маркетингового исследования.

### Недостатки скабицидов, отмеченные дерматовенерологами при проведении маркетингового исследования

#### Бензилбензоат

- жалобы на неприятные ощущения (жжение при первом нанесении)
- не рекомендован для беременных
- высокая цена эмульсии
- при упаковке в узкогорлые банки крайне неудобно пользоваться

#### Спрегал

- относительно высокая цена при лечении только одного человека

- возможность ингаляционных реакций

#### Мифокс

- неудобная форма (необходимо готовить рабочий раствор перед применением)
- короткий срок хранения рабочего раствора (до 8 ч)
- усиление зуда после первой обработки
- не рекомендован для применения у беременных женщин и грудных детей
- развитие резистентности к перметрину

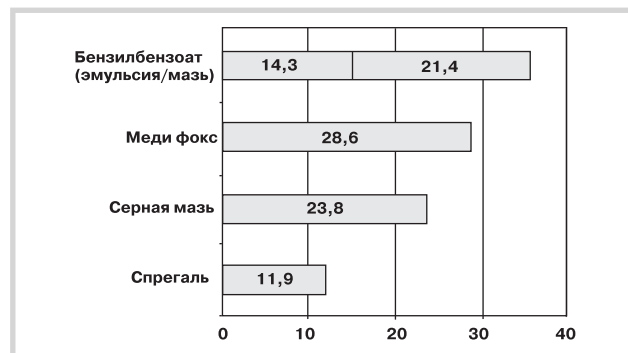
#### Серная мазь

- неприятный запах, пачкает одежду
- часто развиваются дерматиты
- плохо переносится в жару
- длительный курс лечения (до 7 дней)
- неудобная упаковка при выпуске в узкогорлых банках.

Таким образом, наименьшее количество недостатков отмечено у *спрегал*. Относительно высокая стоимость лечения одного человека нивелируется при лечении семьи из 4 человек.

Среди опрошенных дерматовенерологов 42 (51,2%) указали на наличие в их практической деятельности случаев неэффективности тех или иных препаратов. На рисунке представлена частота случаев неэффективности лечения для каждого скабицида. Согласно приведенным данным, в структуре случаев неэффективности лечения чесотки более 35,7% принадлежит бензилбензоату. Причем неэффективность эмульсии отмечена в 1,5 раза чаще, чем мази (21,4% против 14,3%). Второе место занимает мифокс (28,6%), третье — серная мазь (23,8%) и четвертое — *спрегал* (11,9%).

Результаты исследования позволили оценить структуру и распространенность причин неэффективности лечения чесотки скабицидами в целом. Среди причин возможной неэффективности скабицидов лидируют несоблюдение схем лечения (66,7%) и возможное развитие резистентности чесоточного клеща к препаратам (40,5%). Одинаково часто неэффективность лечения респонденты связывали с



Частота выявления случаев неэффективности скабицидов по данным маркетингового исследования среди дерматовенерологов (n=42).

## Оценка эффективности лечения чесотки различными препаратами (по материалам 25 ЦВКГ РВСН)

Применяемые скабициды	Выздоровление		Причины неэффективности лечения					
			постскабиозный зуд		резистентность		медикаментозные осложнения	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
20% и 33% серная мазь (n=21)	21	100,0	—	—	—	—	8	38,1
20% мазь бензилбензоата (n=28)	23	82,1	3	10,7	2	7,2	—	—
Медифокс (n=26)	21	80,7	3	11,5	2	7,8	—	—
<i>Спрегаль</i> (n=29)	28	96,5	1	3,5	—	—	—	—
Итого (n=104)	93	89,4	9	8,6	4	3,8	8	7,8

реинвазией от нелеченного источника заражения или контактного лица в очаге (28,5%), с развитием медикаментозных осложнений терапии (21,4%), с неправильной диагностикой заболевания (23,8%). В последнем случае у больных была не чесотка, а другой зудящий дерматоз, и естественно, что скабициды при этом не могли быть эффективными. Отдельные случаи неэффективности лечения были обусловлены использованием препаратов с просроченным сроком годности (11,9%). При регистрации неэффективности скабицидов, каждый респондент в среднем указывал на  $1,9 \pm 0,9$  причины.

Лечение больных проводили в стационаре под постоянным наблюдением медицинского персонала. Это исключало нарушение схем лечения и использование просроченных препаратов. Все больные чесоткой были военнослужащими мужского пола в возрасте от 16 до 24 лет. Лабораторное подтверждение диагноза путем обнаружения чесоточного клеща исключало ошибки диагностики. Изоляция больного из очага предотвращала реинвазию.

Оценка эффективности лечения по воздействию на возбудителя позволила установить истинную частоту постскабиозного зуда и выяснить некоторые причины его возникновения, а также предположить возможность развития резистентности к скабицидам.

Оценка эффективности лечения чесотки различными скабицидами представлена в таблице. Согласно приведенным данным, эффективность лечения чесотки по утвержденным схемам в целом по группе составила 89,4%, и достоверно не различалась при использовании каждого препарата. Постскабиозный зуд зарегистрирован у 9 (8,6%) больных, резистентность к препаратам — у 4 (3,8%). В последнем случае после полноценного курса терапии из чесоточных ходов были извлечены живые самки чесоточного клеща. Изучение их морфологии позволило выявить, что они были плодущими, т.е. откладывающими яйца. Имелись и отверстия в крыше ходов.

При 100% эффективности серной мази у 38,1% больных наблюдался аллергический контактный дерматит. Практически во всех случаях это была простая 33% серная мазь. При использовании 20%

мази аллергический дерматит практически не регистрировался. При достаточно высокой эффективности (82,1%) 20% мази бензилбензоата у 10,7% больных регистрировался длительный постскабиозный зуд и у 7,2% — резистентность. При лечении медифоксом эффективность составила 80,7%, постскабиозный зуд имел место у 11,5% больных, резистентность — у 7,8%. При эффективности *спрегаля* 96,5%, постскабиозный зуд наблюдался у 3,5% больных, а резистентность не зарегистрирована.

Оценка эффективности противочесоточных препаратов по воздействию на возбудителя обычно осуществляется путем его извлечения из чесоточных ходов с последующей оценкой активности. Жизнеспособными считаются особи, не утратившие активности. При выполнении исследования нами было отмечено, что в «сухих» ходах определенный промежуток времени сохраняются самки, утратившие жизнеспособность в процессе естественного старения. Число таких особей в ходах составило 19,7% или  $\frac{1}{5}$ . В соответствии с этим предложена формула для расчета истинного числа самок, погибших в чесоточном ходе в процессе лечения тем или иным скабицидом.

$$L_{\varphi} = N - 0,2N$$

где  $L_{\varphi}$  — число самок истинно погибших от воздействия скабицида,  $N$  — число самок, извлеченных неподвижными из ходов после лечения, 0,2 — коэффициент поправки с учетом естественного отмирания самок в процессе старения.

### Обсуждение

Результаты маркетингового исследования показали, что приоритетными скабицидами являются бензилбензоат и *спрегаль*. Случаи отсутствия эффективности бензилбензоата (35,7%) и медифокса (28,6%) и серной мази (23,8%) по сравнению со *спрегалем* (11,9%) ( $p < 0,05$ ) регистрировали 51,2% респондентов. Среди причин неэффективности скабицидов лидируют несоблюдение схем лечения (66,7%) и возможное развитие резистентности чесоточного клеща к препаратам (40,5%). Оценка результатов лечения больных чесоткой показала, что всем критериям эффективности соответствует *спре-*

галь. При лечении 33% серной мазью практически всегда развивается аллергический дерматит. При использовании 20% мази бензилбензоата и мифокса постскабиозный зуд (10,7 и 11,5% соответственно) и резистентность (7,2 и 7,8%) регистрируются одинаково часто. Анализ причин неэффективности лечения чесотки скабицидами в условиях поликлиники и стационара лег в основу совершенствования системы обучения дерматовенерологов и врачей различных специальностей, как в системе

последипломного профессионального образования, так и при проведении тематических семинаров и лекций в лечебно-профилактических учреждениях. Доказано, что оценка эффективности лечения чесотки по воздействию на возбудителя является объективным критерием излечения. Для этого предложена формула расчета числа самок, погибших в ходе от воздействия скабицида, с учетом их естественно-го отмирания в процессе старения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Баткаев Э.А., Шеварова В.Н., Рюмин Д.В. Спрегаль в лечении чесотки. Вестн последип мед обр 2003; 3—4: 57—58.
2. Бондарев И.М. Мифокс — акарицидный многоцелевой отечественный препарат нового поколения. Воен-мед журн 2002; 8: 54—57.
3. Верхогляд И.В., Рюмин Д.В. Чесотка. Современные подходы к ее диагностике и терапии. Вестн последип мед обр 2006; 1: 50—55.
4. Гузев К.С. Почему так важно взбалтывать эмульсию бензилбензоата? Фармация 2001; 5: 22.
5. Новоселов В.С., Румянцева Е.Е. Современные подходы к лечению чесотки. Рус мед. журн 2003; 17: 990—993.
6. Олифер В.В. Новые подходы к разработке скабицидных средств и совершенствование дезинфекционных мероприятий в очагах чесотки: Автореф дис. ... канд биол наук. М 2006; 24.
7. Олифер В.В., Соколова Т.В. Изучение акарицидной активности средства «Мифокс» в отношении чесоточных клещей человека *Sarcoptes scabiei*. Мед паразитол 2005; 3: 49—57.
8. Трифонова С.Г. Оказание лечебно-профилактической помощи бездомным пациентам, страдающим педикулезом и чесоткой, в Москве и в региональных условиях. Главврач 2003; 11: 22—24.
9. Сергеев Ю.В. Современные клинко-иммунологические особенности чесотки и новые подходы к ее диагностике и терапии. Иммунопатология 2000; 4: 102—107.
10. Соколова Т.В. Особенности клиники, совершенствование диагностики и лечения чесотки: Дис. ... канд мед наук. М 1985; 234.
11. Рязанцев И.В. Совершенствование комплекса лечебно-профилактических мероприятий при чесотке в ВС РФ: Автореф. дис. ...канд мед наук. М 2004; 24.
12. Heukelbach J., Feldmeier H. Scabies. Lancet 2006; 367: 1767—1774.
13. Walton S.F., Myerscough M.R., Currie B.J. Studies *in vitro* on the relative efficacy of current acaricides for *Sarcoptes scabiei* var. *Hominis*. Trans R Soc Trop Med Hyg 2000; 94: 92—96.
14. Bockarie M.J., Alexander N.D., Kazura J.W. et al. Treatment with ivermectin reduces the high prevalence of scabies in a village in Papua New Guinea. Acta Trop 2000; 75: 127—130.
15. Соколова Т.В., Лопатина Ю.В., Малярчук А.П. Скабициды: выбор практикующих дерматологов. Актуальные вопросы теории и практики дезинфектологии. Мат Всерос науч-практ конф, посвященной 75-летию НИИД Роспотребнадзора. М 2008; II: 95—97.
16. Соколова Т.В., Малярчук А.П., Лопатина Ю.В. Анализ причин неэффективности скабицидов при чесотке. Научные труды ГИУВ МО РФ. М 2008; Т.IX: 90—91.

# ВНИМАНИЕ!

# ЧЕСОТКА

**ЧЕСОТКА** – это заразное паразитарное кожное заболевание, которое вызывается чесоточным зуднем. Источником заражения является кожа больного и его вещи. Заражение происходит при прямом контакте, либо через одежду, перчатки, постельные или туалетные принадлежности больного.

## Как происходит заражение

Источники чесотки – сам больной и его вещи. Заразиться можно непосредственно от носителя заболевания при тесном контакте (например, при рукопожатии), а можно – надев чужие перчатки или воспользовавшись общим полотенцем. За последние двадцать – тридцать лет количество заболевших чесоткой сильно возросло. В качестве причин называют усилившуюся миграцию населения, а также рост восприимчивости человека к чесоточным клещам.

## Картина болезни

Как только клещ внедряется в кожу, появляется первый и основной симптом чесотки – сильный зуд. Особенно он доминирует вечером и ночью, это время наибольшей активности клеща. Внешние проявления чесотки – так называемые чесоточные ходы, которые самка клеща прогрызает в коже, чтобы отложить в нее яйца. Типичный чесоточный ход представляет собою линию беловатого или грязно-серого цвета длиной от 5 мм до сантиметра; линия слегка возвышается над поверхностью кожи. Чаще всего чесоточные ходы располагаются на пальцах, боковых поверхностях кистей, на запястьях, ладонях и локтях, лодыжках и стопах. Если чесотка длится долго, на коже больного можно различить застарелые чесоточные ходы в виде сухих трещин. Вообще обнаружить ходы не так просто: если болезнь прогрессирует меньше двух недель или заболевший, чесоткой привык содержать себя в чистоте, их может не быть видно. Кроме ходов, для чесотки характерно появление мелких пузырьков и узелков розового цвета на кистях, пальцах, локтях и передней и внутренней поверхности бедер, на пояснице, ягодицах, внизу живота, на молочных железах у женщин и половых органах у мужчин. Нередко чесотка проявляется только следами расчесов.

## Диагностика заболевания

Врач ставит диагноз «чесотка», опираясь на клинические проявления болезни и на данные лабораторных исследований.



## КАК ЛЕЧАТ ЧЕСОТКУ?

Препаратов для борьбы с чесоткой множество и, как правило, они продаются без рецепта. Основные требования к препаратам: они должны действовать быстро и надежно, не вызывать раздражения на коже, быть простыми в употреблении. Всем этим требованиям отвечает современный французский препарат **СПРЕГАЛЬ**.

Как правило, одного флакона препарата достаточно для лечения 2-3 человек.

Препарат **СПРЕГАЛЬ** можно применять для лечения чесотки у детей (в т.ч. новорожденных), а так же у беременных и кормящих женщин. Для оптимальной эффективности препарата необходимо следовать указаниям инструкции.



## ПРОФИЛАКТИКА

Профилактика чесотки заключается в своевременном выявлении и лечении лиц, больных данным заболеванием, а также лиц, находящихся в контакте с больными; соблюдении санитарных норм, правил личной гигиены; своевременном проведении дезинфекции одежды, постельного белья, мебели и других

предметов обстановки при выявлении заболевания. Эта дезинсекция необходима во избежание риска повторного заражения. Для текстильных изделий, которые нельзя стирать в горячей воде (не менее чем 55°C), специально разработан аэрозоль **А-ПАР**. Аэрозоль **А-ПАР** не пачкает одежду, поэтому после дезинсекции нет необходимости в сухой стирке.



Имеются противопоказания. Перед применением ознакомьтесь с инструкцией.

LABORATOIRE OMEGA PHARMA

Производитель:

Лаборатория ОМЕГА ФАРМА /Франция/

ООО «Русфик»

тел.: (495) 258-2050 факс: (495) 258-2007 e-mail:fmv@aha.ru www.ficmedical.ru

На правах рекламы