

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН  
ФИЛИАЛ «НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР САНИТАРНО-  
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И МОНИТОРИНГА» РГП НА  
ПХВ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ОБЩЕСТВЕННОГО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» МИНИСТРЕСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЭПИДКОНТРОЛЮ  
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ  
МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ЧЕСОТКЕ**

Алматы, 2023

**УДК 616-036-22**

**ББК 51.9**

**М54**

**Рецензенты:**

**Казаков С.В.** – кандидат медицинских наук, ассоциированный профессор (доцент), начальник управления биостатистики и цифровизации РГП на ПХВ «Национальный научный центр особо опасных инфекций им. М. Айкимбаева» МЗ РК;

**Утегенова Э.С.** – заместитель директора по лабораторно - диагностической службе Филиала «Научно-практический центр санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга» РГП на ПХВ «Национальный центр общественного здравоохранения» Министерства здравоохранения Республики Казахстан, кандидат медицинских наук.

Методические рекомендации по эпидконтролю профилактических и противоэпидемических мероприятий при чесотке: Шапиева Ж.Ж., Кирпичева У.А., Шатаева Н.Т., Нургалиева Б.М., Балташева М.А. Турлиев З.С. // Алматы: филиал «Научно-практический центр санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга», 2023 г. - 23с.

Настоящие методические рекомендации описывают основные принципы и требования к профилактической и противоэпидемической работе, а также применение современных методов аналитической эпидемиологии при расследовании случаев чесотки.

В методических рекомендациях представлен последовательный алгоритм действий при выявлении случаев заболеваний подозрительных на чесотку: начиная от регистрации случаев и лабораторного подтверждения - до организации процедур медицинского наблюдения, санитарной дезинфекции и контроля качества проводимых мероприятий, что позволяет профильным специалистам эффективно реагировать на случаи чесотки и является ключевым элементом комплексной противоэпидемической работы.

**ISBN 978-601-305-551-0**

Утверждено и разрешено к изданию типографским способом РГП на ПХВ «Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой» Министерства здравоохранения Республики Казахстан (протокол заседания Департамента развития науки и образования РГП на ПХВ ННЦРЗ им. Салидат Каирбековой) № 431 от «29» декабря 2023 года.

© Шапиева Ж.Ж., Кирпичева У.А., Шатаева Н.Т., Нургалиева Б.М., Балташева М.А. Турлиев З.С. 2023

## СОДЕРЖАНИЕ

Понятия, используемые в методических рекомендациях .....	4
Введение .....	6
I. Основная часть .....	7
1. Эпидемиология .....	7
2. Клиника чесотки .....	8
3. Диагностика чесотки .....	9
4. Лечение чесотки.....	10
5. Профилактика чесотки .....	11
II. Организация работы в очагах чесотки .....	12
1. Выявление, регистрация и учет случаев чесотки .....	12
2. Организация работы специалистов территориальных подразделений санитарно-эпидемиологического контроля в очаге чесотки.....	13
3. Проведение эпидемиологического расследования в очаге чесотки.....	14
4. Организация противоэпидемических мероприятий.....	16
III. Применение статистических методов .....	17
Заключение .....	19
Список использованных источников .....	20
Приложение 1 .....	22

## Понятия, используемые в методических рекомендациях

1) Декретированная группа населения – лица, работающие в сфере обслуживания населения, представляющие наибольшую опасность для заражения окружающих чесоткой;

2) Инкубационный период при чесотке – отрезок времени от момента попадания чесоточного клеща в организм до проявления первых симптомов болезни;

3) Клинический осмотр – осмотр больного с целью выявления заболевания;

4) Контактное лицо – человек, который находится и (или) находился в контакте с источником возбудителя инфекции;

5) Ограничительные мероприятия на объектах образования - меры, направленные на предотвращение распространения чесотки, предусматривающие запрет на прием в группу и перевод из групп в группу, отмену кабинетной системы обучения, ограничения мероприятий, своевременную изоляцию больного, усиление санитарно-дезинфекционного режима и соблюдение личной гигиены;

6) Очаг чесотки – это эпидемический очаг или место нахождения больного – источника инфекции, окружающей его территорией в пределах, которой он способен передавать инфекцию людям, находящимся в контакте. Очаг с одним больным – потенциальный, а также суммарно в очаге на всех больных (с двумя и более) иррадиирующий (действующий), т.е. реализованной возможностью перезаражения;

7) Очаговость чесотки – критерий, который определяет наличие семейного очага или коллективного очага чесотки, куда входят социально значимые коллективы – это детские дома, интернаты, дома престарелых, воинские подразделения, психиатрические больницы и т.п.). Очаговость чесотки зависит от гендерных характеристик, семейного статуса больных, характера семьи (полная и неполная), ее типа (малодетная, среднететная, многодетная) и т.п. В иррадиации очага решающую роль играет контакт с больным в постели в ночное время в период максимальной активности возбудителя (прямой путь передачи инфекции);

8) Обследование по эпидемиологическим показаниям – обследование на основе полученной информации об инфекционном или паразитарном заболевании, обусловленное эпидемиологической ситуацией на определенной территории, среди отдельных групп населения и при проведении эпидемиологического расследования случая инфекционного или паразитарного заболевания (для выявления факторов риска заражения, путей передачи и проведения санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий);

9) Скабиозорий – стационар (кабинеты), где проводится обследование и лечение больных чесоткой.

Эпидемиологический надзор за заболеваемостью чесоткой включает:

1. Ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости чесоткой, проводимый ежегодно, с целью обоснования перечня, объема и сроков проведения профилактических мероприятий;

2. Оперативный эпидемиологический анализ заболеваемости чесоткой, проводимый ежемесячно территориальными подразделениями государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения (далее – территориальное подразделение) для своевременного обнаружения начавшегося подъема заболеваемости, выявления его причины и проведения оперативных санитарно-противоэпидемических мероприятий.

## Введение

Настоящие методические рекомендации (далее – МР) разработаны в соответствии с Приказом МЗ РК от 16 мая 2022 года № ҚР ДСМ-44 об утверждении "Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических и санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению паразитарных заболеваний" и устанавливают рекомендации к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению чесотки с установлением причинно-следственной связи формирования очага и алгоритм принятия решения в целях локализации и ликвидации очага.

Чесотка (по МКБ-10 - В86) – наиболее распространенное кожное паразитарное заболевание человека, вызываемое чесоточным клещом *Sarcoptes scabiei var hominis*, паразитирующим в роговом слое кожи [1]. *Sarcoptes scabiei* паразитирует только на человеке. Наиболее частыми симптомами чесотки являются сильный зуд и кожная сыпь в виде прыщиков. Характерным признаком является наличие чесоточных ходов, где самка клеща откладывает яйца. Типичными местами локализации чесоточных ходов являются кисти, запястья, стопы, реже – локти и половые органы мужчины. Чесоточный клещ обычно передается при прямом контакте с больным чесоткой [2–4]. Микроскопический чесоточный клещ зарывается в верхний слой кожи, где живет и откладывает яйца [5,6]. Внедряется *Sarcoptes scabiei* под кожу за 20-25 минут. Возбудители заболевания гибнут при температуре выше 50С в течение 10 минут, нагрев окружающей среды до 80С приводит к мгновенному прекращению их жизнедеятельности.

Чесотка встречается во всем мире и поражает людей всех рас и социальных слоев. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), в мире ежегодно регистрируется около 200 миллионов случаев заболеваний чесоткой [7]. Болезнь наиболее распространена в тропических регионах Восточной и Юго-Восточной Азии, Океании и тропической Латинской Америки, главным образом среди детей, подростков и пожилых людей. Это высоко контагиозное заболевание наиболее часто регистрируется у лиц, проживающих в скученных условиях, больницах, детских учреждениях. Как известно, на состояние заболеваемости чесотки оказывают влияние различные стихийные, социальные, экономические и др. условия [8–10].

В Казахстане заболеваемость чесоткой регистрируется повсеместно и характеризуется достаточно высоким уровнем. Ежегодно регистрируется 600–700 случаев. Вместе с тем, в современных условиях уровень заболеваемости отличается вариабельностью показателей: в гг. Астана, в Северо-Казахстанской области не регистрируется заболеваемость; в г. Алматы - единичные случаи; в г. Шымкент, Атырауской, Карагандинской, Кызылординской и Восточно-Казахстанской областях показатели превышают республиканский уровень в 1.2–3.0 раза соответственно.

## I. Основная часть

### 1. Эпидемиология

1.1.1. Чесотка – заразное паразитарное заболевание кожи, вызываемое чесоточными клещами. Последние подразделяются на 3 группы: зудни, накожники и кожееды. У людей бывает зудневая форма чесотки, у животных – зудневая, накожниковая, кожеедная и смешанная. Возбудитель чесотки у людей – *Sarcoptes scabiei varietas hominis* (синонимы *Sarcoptes hominis*, *Acarus siro*). Псевдосаркоптоз – заболевание, вызываемое у человека чесоточными клещами животных.

1.1.2. Клиническую картину заболевания в основном обуславливают самки, так как самцы, оплодотворив последних на коже хозяина, сами вскоре погибают. 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. При укусах *Sarcoptes scabiei* выделяют химически активные вещества, становящиеся причиной аллергической реакции и локального воспаления кожных покровов. Зуд приводит к появлению расчесов, покрытых кровянистыми струпьями.

1.1.3. Жизненный цикл чесоточного клеща состоит из двух периодов: репродуктивного (от яйца до личинки) и метаморфического (от личинки до молодой самки или самца). Взрослая самка при комнатной температуре способна сохранять патогенные свойства до 36 часов.

1.1.4. Клещ быстро проникает в толщу эпидермиса, формируя так называемые «чесоточные ходы». Чесоточные ходы в эпидермисе прокладываются самками.

1.1.5. 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). Репродуктивный период осуществляется в чесоточных ходах. Личинки выходят через крышу хода и внедряются в устья волосяных фолликулов и под чешуйки рогового слоя эпидермиса. Метаморфической части цикла соответствует появление на коже большого мелких фолликулярных папул, изолированных везикул и едва заметных тонких ходов.

1.1.6. Цикл развития чесоточного клеща от яйца до взрослой особи составляет 14-21 день. Продолжительность жизни самки около двух месяцев, за это время она откладывает до 30 яиц. Таким образом, к моменту ее гибели на коже и в коже имеется большое число новых поколений паразита.

1.1.7. 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).

1.1.8. Заражение чесоткой происходит вследствие передачи клеща от больного человека здоровому, как при непосредственном соприкосновении с болеющим чесоткой, так и через вещи и предметы, которыми последний пользуется. Заражение происходит при попадании половозрелых самок чесоточного клеща на кожу здорового человека с одежды, постельных принадлежностей, полотенец, мочалок, перчаток и других предметов обихода, бывших в употреблении у больного чесоткой.

1.1.9. 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).

1.1.10. Главный путь распространения заболевания - семейно-бытовой контакт. Заражению чесоткой благоприятствует тесное соприкосновение с больным, в частности общая постель. Известны случаи заражения при половом контакте с чесоточными больными.

1.1.11. В организованных детских коллективах (школах, интернатах, детских садах, яслях) чесоточный клещ может также передаваться через письменные принадлежности, игрушки, спортивный инвентарь и т.д. Имеют место случаи заражения в банях, душевых, гостиницах и других общественных местах при условии несоблюдения установленного санитарного режима.

1.1.12. Во всех медицинских организациях, медицинских кабинетах организаций, независимо от форм собственности, ведется журнал учета инфекционных заболеваний по форме, утверждаемой согласно подпункту 31) статьи 7 Кодекса, в которую заносятся сведения о больном чесоткой

1.1.13. Регистрацию, учет заболеваемости чесоткой в медицинских организациях обеспечивает руководитель.

## **2. Клиника чесотки**

1.2.1 Клиническая классификация чесотки в соответствии с клиническим протоколом [11–16]:

- 1) По течению:
  - типичная;
  - атипичная.
- 2) По тяжести течения:
  - неосложненная;
  - осложненная (пиодермия, контактно-аллергический дерматит, микробная экзема, крапивница, лимфаденит).

1.2.1 Кожные проявления при неосложненной форме чесотки:



- 1) чесоточные ходы - слегка возвышающиеся линии беловатого или грязно-серого цвета, прямой или изогнутой формы, длиной 5-7 мм;
- 2) фолликулярные папулы до 2 мм;
- 3) не воспалительные пузырьки до 3 мм, располагаются изолированно преимущественно на кистях, реже – на запястьях и стопах;
- 4) линейные расчесы;
- 5) геморрагические корочки;
- 6) скабиозная лимфоплазия.

1.2.2 Кожные проявления при осложненной форме чесотки:

- 1) остиофолликулиты;
- 2) фолликулит;
- 3) фурункул;
- 4) регионарный лимфаденит.

1.2.3 Особенности клинической картины при атипичных формах:

1) Чесотка без ходов - единичные фолликулярные папулы и невоспалительные везикулы;

2) Чесотка «чистоплотных» или «инкогнито» - минимальные типичные клинические проявления;

3) Норвежская чесотка - эритродермия, массивные серовато-желтые или буро-черные корки толщиной от нескольких миллиметров до 2-3 см, между слоями которых и под ними обнаруживается огромное количество возбудителя; затрудненные и/или ограниченные движения. Возможно поражение придатков кожи (ногти, волосы), лимфаденопатия, интоксикационный синдром. Высыпания сопровождаются резким неприятным запахом.

4) Постскабиозная лимфоплазия кожи – интенсивно зудящие лентикулярные папулы, локализующиеся на коже туловища (ягодицы, живот, подмышечная область), половых органах мужчин, молочных железах женщин, локтях. Состояние персистирует после полноценной терапии чесотки от 2 недель до 6 месяцев.

5) Псевдосаркоптоз - чесоточные ходы отсутствуют, определяются уртикарные папулы, волдыри, геморрагические корочки и эскориации.

### 3. Диагностика чесотки

1.3.1. Диагностические критерии согласно жалобам пациента:

- 1) зуд кожи, усиливающийся в вечернее и ночное время;
- 2) высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей, половых органов;
- 3) нарушение сна, нервно-психическое возбуждение.

1.3.2. Диагностические критерии согласно анамнезу заболевания:

1) бытовой контакт с больным чесоткой или предметами, бывшими в употреблении больных чесоткой;

2) время, прошедшее с момента контакта (от 1 суток до 14 дней, иногда до 6 недель – при первичном заражении, при вторичном – 7-10 дней) с

предполагаемым источником заражения или предметами обихода больных чесоткой.

### 1.3.3. Результаты физикального обследования

1) Локализация кожных поражений: кисти и запястья рук, локти, стопы (характерная локализация); ягодицы; живот; аксиллярные области; половые органы (у мужчин); молочные железы (у женщин).

2) Для детей характерна распространенность процесса с вовлечением кожи лица и волосистой части головы. У младенцев, рожденных инфицированными матерями, могут вовлекаться ногтевые пластинки.

### 1.3.4. Кожные проявления при неосложненной форме чесотки:

1) чесоточные ходы - слегка возвышающиеся линии беловатого или грязно-серого цвета, прямой или изогнутой формы, длиной 5-7 мм;

2) фолликулярные папулы до 2 мм;

3) не воспалительные пузырьки до 3 мм, располагаются изолированно преимущественно на кистях, реже – на запястьях и стопах;

4) линейные расчесы;

5) геморрагические корочки;

6) скабиозная лимфоплазия.

### 1.3.5. Кожные проявления при осложненной форме чесотке:

1) остиофолликулиты;

2) фолликулит;

3) фурункул;

4) регионарный лимфаденит.

### 1.3.6. Лабораторные исследования:

1) Микроскопическое обнаружение чесоточного клеща в биологическом материале (соскоб кожи, содержимое чесоточных ходов):

– обнаружение прямой или изогнутой линии чесоточного хода;

– обнаружение самки чесоточного клеща.

2) Инструментальные исследования:

– дерматоскопия кожных высыпаний с обнаружением чесоточного хода или возбудителя.

3) Показания для консультации специалистов:

– консультация терапевта, педиатра – при наличии сопутствующих заболеваний.

## 4. Лечение чесотки

1.4.1. На период лечения больному ребенку запрещают посещение дошкольных организаций, школы до полного выздоровления и проведения всего комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий.

1.4.2. Медицинское наблюдение за очагом в организованных коллективах проводят медицинские работники данной организации под контролем специалистов кожно-венерологического диспансера (кабинета), за

очагом в семье проводится специалистом кожно-венерологического диспансера или специалистом соответствующего кабинета поликлиники.

1.4.3. Порядок лечения чесотки регламентируется Клиническим протоколом диагностики и лечения «Чесотка», Одобрённым Объединённой комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 03 октября 2019 года, Протокол №74.

1.4.4. Лечение проводится как немедикаментозное, так и медикаментозное.

1.4.5. Лечение проводится с целью купирования клинических симптомов, предупреждения развития осложнений, снижения риска распространения инфекции.

1.4.6. Виды лечения:

1) специфическое – для пациентов с клинически и лабораторно подтверждённым диагнозом чесотки;

2) профилактическое – для контактных лиц (члены семьи, члены инвазионно-контактных групп) по эпидемическим показаниям при отсутствии клинических проявлений;

3) пробное (*ex juvantibus*) – при подозрении заболевания клинически в отсутствие лабораторного подтверждения диагноза чесотки.

1.4.7. Показаниями для плановой госпитализации являются:

1) неэффективность терапии, проводимой на амбулаторном этапе;

2) атипичные и осложнённые и виды чесотки (присоединение вторичной инфекции, появление симптомов аллергического дерматита или экзематизация);

3) наличие у пациента неврологических, психических и других сопутствующих заболеваний, при которых невозможно полное выполнение всех лечебных и профилактических рекомендаций;

4) отсутствие возможности изоляции пациента от здоровых лиц (напр., пациенты из организованных коллективов, проживающих в домах ребёнка, детских домах, интернатах, общежитиях и др.).

1.4.8. Экстренная госпитализация не проводится.

1.4.9. При чесотке больным назначаются акарицидные препараты и противоаллергические лекарства. Проходить терапию должны все члены семьи одновременно, чтобы избежать риска реинвазии.

## **5. Профилактика чесотки**

1.5.1. При выявлении больного чесоткой в семье, в организованном коллективе, контактные лица подвергаются тщательному осмотру и однодневному профилактическому лечению.

1.5.2. Выявление источника заражения и контактных лиц. Обращается серьёзное внимание на половых партнеров, как в семье, так и вне нее.

1.5.3. При выявлении случая чесотки в организованном коллективе осмотр контактных проводится в течение сорока пяти дней (первые десять дней ежедневно, далее – один раз каждые десять дней).

1.5.4. Активное выявление больных при профилактических медицинских осмотрах различных групп населения (декретированные контингенты, детские коллективы, лица призывного и приписного возраста, школьники в начале учебного года, абитуриенты, военнослужащие и т.п.).

1.5.5. Информирование населения о личной и общественной профилактике инфекционных и заразных дерматозов через средства массовой информации, памятки и мультимедийные программы.

## **II. Организация работы в очагах чесотки**

### **1. Выявление, регистрация и учет случаев чесотки**

2.1.1. Выявление больных и подозрительных на заболевание чесоткой проводится работниками медицинских организаций во время осмотров, диспансеризации, посещений на дому и обращений за медицинской помощью.

2.1.2. Профилактические осмотры на чесотку проводятся медицинскими организациями в отношении:

1) детей, проживающих в организациях образования для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, учащихся школ-интернатов – еженедельно;

2) детей, вновь поступающих в организации образования и возвращающиеся в них после длительного (более недели) отсутствия по различным причинам;

3) детей, выезжающих в оздоровительные организации;

4) учащихся объектов образования – ежеквартально после каникул;

5) лиц из числа декретированной группы населения при профилактических осмотрах;

6) стационарных больных (при поступлении в приемный покой);

7) лиц, посещающих спортивные группы по водным видам спорта, восточных единоборств и борьбы – при поступлении в спортивные секции и в дальнейшем один раз в год;

8) персонал организаций образования - один раз в год при прохождении обязательных медицинских осмотров.

2.1.3. Диагноз чесотки выставляется на основании комплекса клинических и эпидемиологических данных, подтвержденных лабораторными исследованиями на наличие чесоточного клеща.

Диагноз чесотки должен подтверждаться обнаружением возбудителя. Успех лабораторной диагностики во многом зависит от профессионального уровня исполнителя. Применяют следующие методы - прокрашивания, масляной витропрессии, извлечения клеща иглой, соскоба и дерматоскопии.

2.1.4. Регистрация и учет случаев чесотки среди населения проводится по месту выявления заболевания в медицинской организации (независимо от форм собственности), независимо от места жительства больного.

2.1.5. Случаи чесотки подлежат индивидуальному учету в медицинских организациях и в территориальных подразделениях.

2.1.6. На каждый случай чесотки в двух экземплярах составляется экстренное извещение в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 октября 2020 года № ҚР ДСМ-153/2020 "Об утверждении правил предоставления в государственный орган в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения информации (экстренного извещения) о случаях инфекционных заболеваний, отравлений" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21532)", которое в течение 12 часов направляется в территориальное подразделение по месту регистрации заболевания (независимо от места постоянного жительства больного). В течение 3 часов информация сообщается по телефону в территориальное подразделение. Второй экземпляр направляется в районный (городской) кожно-венерологический диспансер (отделение, кабинет) в течение 3 календарных дней со дня выявления случая. При наличии медицинской информационной системы, извещение ведется в электронном виде.

2.1.7. Медицинская организация, уточнившая или изменившая диагноз, составляет новое извещение и в течение 12 часов направляет его в территориальное подразделение по месту обнаружения заболевания, указав измененный (уточненный) диагноз, дату его установления, первоначальный диагноз и результаты лабораторного исследования.

2.1.8. Учет инфекционных и паразитарных заболеваний в территориальных подразделениях проводится на основании телефонного сообщения о выявлении инфекционного или паразитарного заболевания (подозрении), в дальнейшем подтвержденного извещением.

## **2. Организация работы специалистов территориальных подразделений санитарно-эпидемиологического контроля в очаге чесотки**

2.2.1 При получении экстренного извещения о случае чесотки, подтвержденного лабораторным исследованием, в соответствии с действующими нормативными правовыми документами специалистами территориального подразделения (управление санэпидконтроля) проводится эпидемиологическое расследование с установлением причинно-следственной связи, составляется произвольно-информационный акт расследования с заполнением эпидемиологической карты обследования, утвержденные приказом МЗ РК №84 от 20 августа 2021 года в течение 7 календарных дней со дня поступления экстренного извещения.

2.2.2 Территориальное подразделение по месту выявления при выявлении на его территории случая чесотки у лиц, прибывших из других регионов, информирует территориальное подразделение по месту постоянного

жительства больного для проведения соответствующих санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в очаге чесотки.

2.2.3 В целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения по заболеванию чесоткой территориальные подразделения проводят сбор эпидемиологического анамнеза у больного, определяют круг контактных лиц, подвергшихся риску заражения, организуют комплекс санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на недопущение распространения инфекции, контролируют проведение медицинскими организациями санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

2.2.4 В целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения по заболеванию чесоткой территориальные подразделения контролируют проведение медицинскими организациями санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в соответствии с подпунктом 2) пункта 1 статьи 7-1 Кодекса [17].

2.2.5 В ходе расследования при выявлении лиц из числа декретированных групп населения, больных чесоткой, данные лица временно отстраняются от работы до получения отрицательных результатов лабораторного исследования и заключения специалистов, подтверждающих полную санацию.

2.2.6 На основании предварительного эпидемиологического диагноза проводится принятие мер, необходимых для ликвидации очага. Первые поручения незамедлительно оформляются в виде «Постановления о проведении санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий» юридическим, физическим, должностным лицам и индивидуальным предпринимателям.

2.2.7 На основании эпидемиологического анамнеза и данных опроса больного чесоткой, полученных территориальным подразделением в ходе расследования, а также клинических и лабораторных данных, полученных при обследовании больных, медицинской организацией устанавливается окончательный диагноз.

2.2.8 По мере появления новой информации, получения результатов лабораторных исследований проводится уточнение эпидемиологического диагноза и коррекция мероприятий.

2.2.9 Результаты эпидемиологического расследования заносятся в «Карту эпидемиологического обследования очага инфекционного заболевания» по форме №276/у [18], утвержденной государственным органом в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения в соответствии с подпунктом 2) пункта 1 статьи 7-1 Кодекса.

### **3. Проведение эпидемиологического расследования в очаге чесотки**

2.3.1 Эпидемиологическое расследование очага чесотки проводит специалист территориального подразделения:

- 1) обследование очага;

- 2) разработку и организацию адекватных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;
- 3) оценку эффективности и контроль проводимых мероприятий;
- 4) прогнозирование ситуации в очаге.

#### 2.3.2 Эпидемиологическое обследование очага включает:

- 1) сбор информации, включающий опрос заболевших и окружающих лиц (составление опросных листов), изучение документов, оценку данных ретроспективного и оперативного анализа;
  - 2) осмотр и определение временных и территориальных границ очага;
  - 3) выявление пораженных контингентов и их распределение по возрасту, полу, профессии, социальному положению, месту жительства;
  - 4) выявление фактов нахождения в одном коллективе, совместных условий проживания, близкого контакта, соблюдения санитарной гигиены;
  - 5) установление связи с пребыванием в общественных местах гигиенического назначения, путешествиями, пребыванием в организованных коллективах,
- б) выявление зависимости между регистрируемыми случаями чесотки и общим фоном заболеваемости на территории, прилегающей к очагу.

2.3.3 В очагах чесотки проводится заключительная дезинфекция после госпитализации больного или окончания амбулаторного лечения. Контроль качества дезинфекционных мероприятий проводят совместно с организациями, оказывающими услуги дезинфекции на соответствующей территории, где определяется эффективность проведения текущей (визуальной, химической) и заключительной дезинфекции (камерный метод дезинфекции) в организованных и бытовых очагах с повторными случаями заболевания чесоткой.

2.3.4 При опросе больного и контактных лиц выясняется следующее:

- 1) круг лиц со сходными симптомами заболевания, с которыми был контакт в течение инкубационного периода;
- 2) ФИО, дата рождения, место жительства, контактные телефоны, место работы/учебы;
- 3) дата начала заболевания (для заболеваний с коротким инкубационным периодом — точное время начала заболевания), дата госпитализации, место госпитализации, основные признаки заболевания;
- 4) сведения о предполагаемых источниках, факторах и путях передачи инфекции;
- 5) дата последнего посещения организованного коллектива.

2.3.5 В ходе эпидемиологического обследования специалист территориального подразделения анализирует клиническую картину случая чесотки, для чего в медицинской организации, оказывающей амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь знакомится с медицинской документацией, беседует с врачами данного учреждения, опрашивает больных и контактных лиц, анализирует имеющиеся лабораторные данные. Организует

лабораторное обследование контактных лиц с целью поиска источника инфекции. Собранные данные подробно описываются в карте эпидемиологического обследования очага.

#### 4. Организация противоэпидемических мероприятий

2.4.1 По результатам эпидемиологического расследования очага чесотки происходит организация противоэпидемических мероприятий.

2.4.2 Медицинское наблюдение за очагом проводят медицинские работники, выявившие больного под контролем специалистов кожно-венерологического диспансера (кабинета).

2.4.3 В целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения по заболеваемости чесоткой **в организованных коллективах** территориальные подразделения контролируют организацию и проведение медицинскими организациями следующих санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий:

1) изоляции больного чесоткой в отдельную палату или бокс при стационарном лечении;

2) текущей дезинфекции, которую проводят медицинские работники с применением дезсредств, имеющихся в учреждении, согласно прилагаемой инструкции к дезсредству.

3) обеззараживания нательного и постельного белья кипячением в 1 – 2 % растворе соды или любого стирального порошка в течение десяти минут с момента закипания;

4) Ежедневной влажной уборки помещения 2-3 раза в день горячим 1 – 2 % мыльно-содовым раствором;

5) кипячения или помещения в дезинфицирующий раствор уборочного материала после использования;

6) обработки обуви дезинфицирующим средством, мебели, предметов обстановки протиранием 1 – 2 % мыльно-содовым раствором, мягкой мебели и вещей инсектицидами.

2.4.4 В целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения по заболеванию чесоткой **в домашних очагах** территориальные подразделения контролируют организацию и проведение медицинскими организациями следующих санитарно-противоэпидемических мероприятий:

1) выделения больному в домашних условиях отдельной постели и предметов индивидуального пользования (белье, полотенце, игрушки), которые держат отдельно от тех, которыми пользуются члены семьи, если больные чесоткой лечатся на дому;

2) медицинского осмотра и однодневного профилактического лечения членов семьи больного чесоткой;

3) текущей дезинфекции, которую проводят лица, ухаживающие за больным или сам больной;



4) обеззараживания нательного и постельного белья кипячением в 1 – 2 % растворе соды или любого стирального порошка в течение десяти минут с момента закипания;

5) ежедневной влажной уборки помещения 2-3 раза в день горячим 1 – 2 % мыльно-содовым раствором;

6) кипячения или помещения в дезинфицирующий раствор уборочного материала после использования;

7) обработки обуви дезинфицирующим средством, мебели, предметов обстановки протиранием 1 – 2 % мыльно-содовым раствором, мягкой мебели и вещей инсектицидами.

2.4.5 Территориальные филиалы РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы» Комитета СЭК МЗ РК (далее - филиал) после госпитализации больного или окончания амбулаторного лечения в очагах чесотки (*в домашних очагах и организованных коллективах*) организуют заключительную дезинфекцию, которая включает:

1) санитарную обработку лиц, контактировавших с больным в очаге;

2) дезинсекцию одежды, постельных принадлежностей, предметов обстановки и помещения.

Все мероприятия выполняются одновременно, контактные проходят санитарную обработку в санитарном пропускнике. Постельные принадлежности больного, одежда, мягкие игрушки и вещи, которые соприкасались с вещами больного, упаковывают в клеенчатые мешки и направляют для обеззараживания в дезинфекционную камеру.

После ликвидации очага целесообразно организовать (инициировать) детальный разбор ситуации на уровне органов исполнительной власти с принятием административных или дисциплинарных решений.

2.4.6 Со стороны органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, необходимо внесение предложений по профилактике данной нозологической формы с учетом существующих программ и планов в регионе, ретроспективного анализа эпидемиологической ситуации.

2.4.7 Заявка на проведение заключительной дезинфекции в очагах заболеваний чесотки подается по телефону специалистами госоргана и медицинских организаций в отделы (отделения) государственных организаций, осуществляющих деятельность в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения с последующим направлением письменной заявки, дублирующей содержание телефонограммы, до конца следующего рабочего дня.

### **III. Применение статистических методов**

2.5.1 С целью определения эпидемиологических особенностей, в т. ч. многолетних тенденций, сезонности, структуры заболеваемости и определения групп риска заболевания чесоткой на подконтрольных территориях рекомендуется проведение эпидемиологического исследования.

2.5.2 В зависимости от задач, поставленных перед врачом, можно выделить три типа основных эпидемиологических исследований:

а) исследования, связанные с изучением распределения той или иной болезни или болезней среди населения (описательная эпидемиология);

б) исследования, связанные с оценкой – гипотез, сформулированных для объяснения результатов проведенных наблюдений (аналитическая эпидемиология);

в) исследования, связанные с использованием эксперимента и направления на определение эффекта контрольных испытаний по управлению воздействием вредных условий, либо – эффекта профилактических мероприятий среди населения экспериментальная, интервенционная эпидемиология) [13,14].

2.5.3 Исходными данными для эпидемиологических исследований являются учетные и отчетные материалы на уровне территориальных Департаментов, характеризующиеся доступностью и простотой их получения.

2.5.4 Для статистического анализа используются общепринятые статистические показатели.

Основными из них являются абсолютные цифры, доли, показатели заболеваемости на, распространённость, средние величины, стандартизированные показатели, соотношения [19] (Приложение 1).

## **Заключение**

Проблема разработки единых методических подходов к организации и проведению профилактических и противоэпидемических мероприятий по предупреждению чесотки актуальна и практически значима в контексте обеспечения общественного здоровья.

Данные методические рекомендации содержат обобщенные и последовательные данные по организации и проведению работы в очагах чесотки. Рекомендации пронумерованы для облегчения поиска информации по проведению мероприятий в очагах чесотки. Они предоставляют структурированные указания по регистрации случаев, проведению эпидемиологического расследования, и организации противоэпидемических мероприятий. Методические рекомендации необходимы для обеспечения единообразия и качества работы специалистов в сфере санитарно-эпидемиологического контроля и предупреждения паразитарных заболеваний.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Чесотка > Клинические протоколы МЗ РК - 2019 > MedElement [Electronic resource]. URL: <https://diseases.medelement.com/disease/16289> (accessed: 13.01.2022).
2. Современные проблемы терапии и профилактики чесотки [Electronic resource]. URL: <https://medi.ru/info/10162/> (accessed: 28.03.2021).
3. Anderson K.L., Strowd L.C. Epidemiology, diagnosis, and treatment of scabies in a dermatology office // Journal of the American Board of Family Medicine. American Board of Family Medicine, 2017. Vol. 30, № 1. P. 78–84.
4. Корюкина Е.Б. Современные клинико-эпидемиологические особенности чесотки на Среднем Урале. 2010.
5. WHO | Scabies and other ectoparasites [Electronic resource]. URL: [https://www.who.int/neglected\\_diseases/diseases/scabies-and-other-ectoparasites/en/](https://www.who.int/neglected_diseases/diseases/scabies-and-other-ectoparasites/en/) (accessed: 28.03.2021).
6. CDC - Scabies [Electronic resource]. URL: <https://www.cdc.gov/parasites/scabies/index.html> (accessed: 28.03.2021).
7. Чесотка [Electronic resource]. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/scabies> (accessed: 13.01.2022).
8. ВОЗ | Болезни, связанные с водой: чесотка [Electronic resource]. URL: [https://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/diseases/scabies/ru/](https://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/scabies/ru/) (accessed: 26.03.2021).
9. Соколова Т.В. et al. Норвежская чесотка : реалии нашего времени. 2020.
10. Karimkhani C. et al. The global burden of scabies: a cross-sectional analysis from the Global Burden of Disease Study 2015 // Lancet Infect. Dis. The Author(s). Published by Elsevier Ltd. This is an Open Access article under the CC BY 4.0 license, 2017. Vol. 17, № 12. P. 1247–1254.
11. Чесотка > Клинические протоколы МЗ РК - 2019 (Казахстан) > MedElement [Electronic resource]. URL: <https://diseases.medelement.com/disease/16289> (accessed: 14.02.2023).
12. Атлас по дерматологии/Г.Уйат; пер.с англ. Н.Г.Кочергина; под ред.О.Л.Иванова, Н.Г.Кочергина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 384 с.
13. Cassell JA et al. (2018) Scabies outbreaks in ten care homes for elderly people: a prospective study of clinical features, epidemiology, and treatment outcomes. The Lancet Infectious Diseases 18, 894–902.
14. Fuller LC (2013) Epidemiology of scabies. Current Opinion on Infectious Diseases 26, 123–126.
15. Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Ю. С. Бутова, Ю. К. Скрипкина, О. Л. Иванова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 896 с.
16. European guideline for the management of scabies. C.M. Salavastru, O. Chosidow, M.J. Boffa, M. Janier, G.S. Tiplica. Volume 0, Issue n/a , June - 2017, Pages n/a.

17. О ЗДОРОВЬЕ НАРОДА И СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ - ИПС “Әділет” [Electronic resource]. URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360> (accessed: 03.12.2021).

18. Об утверждении форм учетной и отчетной документации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения - ИПС “Әділет” [Electronic resource]. URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2100024082#z306> (accessed: 13.01.2022).

19. U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service. Principles of epidemiology. An introduction to applied epidemiology and biostatistics. 1994. № Cdc.

### Пример основных статистических показателей заболеваемости

**Абсолютные величины** - используются для определения абсолютного размера изучаемого явления, например число случаев чесотки – за месяц, полугодие, год, в сравнении с прошлым годом.

Абсолютные величины не следует округлять при проведении анализа.

При рассмотрении абсолютных величин чаще всего можно сделать только некоторые предварительные выводы. При дальнейшем анализе возникает необходимость в преобразовании этих величин в производные величины, такие как доли, соотношения, показатели заболеваемости и т.д.

**Доля** – это отношение двух чисел, в котором значение числителя включено в значение знаменателя:

$$\text{Доля} = \frac{\text{число случаев в данной группе}}{\text{численность группы}} \times 100\%$$

Например, доля детского населения в общей паразитарной заболеваемости РК составляет 68,0% и рассчитывается по формуле:

$$\text{Доля} = \frac{\text{число случаев паразитарных болезней среди детей}}{\text{всего случаев паразитарных болезней}} \times 100\% = \frac{4543}{6689} \times 100\% = 68,0\%$$

**Соотношения** – это отношение двух чисел, которые могут быть полностью независимы друг от друга. Чаще всего сравнивается частота заболевания в «группе риска» с частотой заболевания среди остального населения или неподверженной данному заболеванию группой. Для расчета необходима численность населения в данных группах (контингентах) населения.

Например, риск заболеть дерматомикозами выше в 1,7 среди лиц неорганизованного детства по сравнению с лицами организованного детства. Здесь, на 3 225 173 детей посещающих ООШ приходится 2 233 случаев дерматомикозов (показатель заболеваемости составил – 69,2 на 100 тыс.нас); на 1 075 058 лиц неорганизованного детства приходится 1 311 случаев дерматомикозами (показатель заболеваемости составил – 122,0 на 100 тыс.нас). Мы сравниваем показатели заболеваемости по формуле:

$$\frac{122,0}{69,2} = 1,7$$

Для описания заболеваний среди населения используются следующие показатели:

$$1. \text{ Показатель заболеваемости} = \frac{\text{число новых случаев заболевания зарегистрированных в течение данного промежутка времени}}{\text{численность населения в течение периода времени}} \times 10^n$$

$$2. \text{ Показатель пораженности} = \frac{\text{число новых случаев заболевания зарегистрированные во время вспышки}}{\text{численность населения на момент начала вспышки}} \times 10^n$$

$$3. \text{ Вторичная пораженность} = \frac{\text{число вторичных случаев заболевания среди лиц общавшихся с первыми случаями}}{\text{общее число контактных лиц}} \times 10^n$$

$$4. \text{ Распространенность} = \frac{\text{число всех случаев заболевания на определенный момент времени}}{\text{численность населения на середину временного интервала}} \times 10^n$$