

Чесотка: где истина, а где зазеркалье?

А.П. Малярчук¹, Т.В. Соколова¹, Л.Б. Важбин², Т.М. Шувалова²

¹Медицинский институт усовершенствования врачей ФГБОУ ВПО Московский государственный университет пищевых производств, Москва, Россия; ²Московский областной клинический кожно-венерологический диспансер, Москва, Россия

В Российской Федерации интенсивный показатель заболеваемости чесоткой снижается из года в год на фоне роста регистрации чесотки в мировом масштабе. Сопоставление числа зарегистрированных случаев чесотки в РФ, федеральных округах и отдельных регионах России с объемом реализованных скабицидов на одного пациента свидетельствует об искусственном занижении заболеваемости за счет ее неполной регистрации. На это указывают и результаты анонимного анкетирования 56 дерматологов.

Ключевые слова: чесотка, заболеваемость, интенсивный показатель, объем реализованных скабицидов, недостаточная регистрация

SCABIES: THE TRUE PICTURE AND SPECULATIONS

A.P.Malyarchuk¹, T.V.Sokolova¹, L.B.Vazhbin², T.M.Shuvalova²

¹Institute of Advanced Medical Training, Moscow State University of Food Manufacture, Moscow, Russia; ²Moscow Regional Clinical Center of Skin and Sexually-Transmitted Diseases, Moscow, Russia

The intense index of scabies incidence reduces every year in the Russian Federation, while the number of registered cases of scabies in the world is increasing every year. Comparison of registered cases of scabies in the Russian Federation, federal territories, and some regions of Russia and the volume of realized scabicides per patient indicates artificial reduction of disease incidence by its incomplete registration. The results of anonymous questionnaires answered by 56 dermatologists indicate the same facts.

Key words: scabies, disease incidence, intense index, volume of realized scabicides, incomplete registration

В настоящее время в мире уровень заболеваемости чесоткой достаточно высок [1—6]. Ежегодно регистрируют около 300 млн больных [7]. В ряде регионов мира, таких как Африка [7, 8], в том числе Египет [9], Центральная и Южная Америка [10, 11], Северная и Центральная Австралия [12, 13], Карибские острова [14], Индия [15, 16] и Юго-Восточная Азия [17], чесотка является эндемическим заболеванием.

Проблема чесотки актуальна и для российского здравоохранения. Постановлением Правительства РФ от 01.12.2004 № 715 "Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих" чесотка включена в их число [18]. В докладе Министра здравоохранения Москвы отмечено, что в структуре инфекционной заболеваемости населения столицы удельный вес педикулеза и чесотки составляет 54,3% (за счет лиц без определенного места жительства), что в 2,8 раза больше (19,3%), чем заболеваемость воздушно-капельными инфекциями, и в 3,6 раза больше (15,1%), чем кишечными инфекциями [19].

По данным официальной статистики, в РФ с 1998 г. наметилась стабильная тенденция к снижению заболеваемости чесоткой, уровень которой уменьшился к 2010 г. более чем в 8 раз [20]. С 2000 г. отмечена стабилизация заболеваемости при интенсивном показателе (ИП) 149—157 случаев на 100 тыс. населения.

Этот уровень все еще превышает эпидемический порог [21]. В 2005—2010 гг. ИП колебался в пределах 132—65,1 случая на 100 тыс. населения и имел постоянную тенденцию к снижению [22—25].

Чесотка относится к группе паразитарных заболеваний, подлежащих обязательной регистрации при обращении к врачу [26]. Анализ данных заболеваемости чесоткой в субъектах РФ свидетельствует, что она сильно варьирует даже в регионах, граничащих друг с другом [27—29]. В разных регионах РФ ИП в 2010 г. колебался в достаточно широких пределах — от 7,3 (Кабардино-Балкарская Республика) до 279 (Ненецкий АО) [25].

В Вооруженных силах (ВС) РФ заболеваемость чесоткой в 1991—2002 гг. в 3,3—6 раз превышала такую среди гражданского населения [2, 13, 30—33]. Это можно объяснить высокими требованиями, предъявляемыми к регистрации больных чесоткой в лечебных учреждениях Минобороны РФ. При этом установлен однонаправленный характер динамики инфекционного процесса у гражданского населения и воинского контингента при различном уровне заболеваемости. Характер кривых в двух выборках за 20 лет дал возможность выделить 4 временных периода — нарастание заболеваемости (1991—1993), ее наивысший уровень (1994—1996), спад (1997—1998) и выход на плато (1999—2008) [3]. При этом общую заболеваемость

Сведения об авторах:

Малярчук Александр Петрович — кандидат мед. наук, доцент (2236779@mail.ru); Соколова Татьяна Вениаминовна — доктор мед. наук, профессор (stv_morf2005@mail.ru); Важбин Леонид Борисович — доктор мед. наук, профессор; Шувалова Татьяна Михайловна — кандидат мед. наук

чесоткой в ВС РФ определяли военнослужащие по призыву. Их заболеваемость в целом по армии и флоту была в 4,9 раза (1994) и в 11,4 раза (1999) выше, чем у военнослужащих по контракту. Такая ситуация была типична для всех видов и родов войск [3, 32—34].

Учитывая значимую роль в эпидемиологии чесотки детского контингента, анализ его заболеваемости может дать более точную картину эпидемического процесса. Например, заболеваемость детей до 14 лет в Свердловской области в 2003—2008 гг. в 2,3—3 раза превышала таковую у всего населения области и составляла 375,4—467,4 случая на 100 тыс. детского населения [4, 27]. По данным Краевого клинического кожно-венерологического диспансера (КВД) Краснодарского края удельный вес детей в структуре общей заболеваемости чесоткой стабильно держится на уровне 40—42% [35]. По данным Иркутского ОКВД за 2008—2010 гг. также наивысший уровень заболеваемости чесоткой был зарегистрирован у детей до 14 лет и подростков 15—17 лет [36]. В первом случае ИП составил 463,5—260 случаев на 100 тыс. детского населения, во втором — 410,5—258,6 случая на 100 тыс. детского населения. Этим данным противоречат сведения из Воронежа, где в 2005 г. зарегистрировано 7815 детей и 628 подростков с заболеваниями кожи. При этом чесотка диагностирована только у 6 (0,08%) детей и 2 (0,3%) подростков [37].

Можно полагать, что снижение заболеваемости чесоткой в России на фоне ее роста во многих странах мира обусловлено многочисленными факторами. Данные официальной статистики Минздрава РФ не включают сведения о заболеваемости чесоткой в ряде министерств и ведомств (Минобороны РФ, МВД, Управление исполнения наказаний Министерства юстиции РФ и др.). Нет данных о заболеваемости чесоткой в ряде районов Северного Кавказа. В частности, отсутствует статистика из диспансеров Чеченской и Ингушской республик [38]. В официальных документах Минздрава РФ отмечено, что регистрируют только случаи чесотки при обращении больных в государственные органы здравоохранения [21, 38, 39].

Специалисты, занимающиеся изучением эпидемиологии чесотки, утверждают, что официально регистрируемый уровень заболеваемости не соответствует ее фактическому уровню [27, 39—41]. Это подтверждают факты лечения чесотки без официальной постановки диагноза и соответственно без регистрации [20, 39]. В Санкт-Петербурге в 2005 г. по сравнению с 2004 г. заболеваемость чесоткой снизилась на 9,8% [42]. При этом авторы отмечают, что неполная регистрация заразных болезней искажает истинные статистические показатели. Специалистами Областного клинического КВД Свердловской области показано, что в Екатеринбурге проживает одна треть населения области, а доля выявленных больных чесоткой составляет лишь 5,6—6,2% общего числа зарегистрированных случаев. В других крупных городах области численность населения в 3,6—8 раз меньше, чем в областном центре, однако удельный вес больных чесоткой составлял 10,1—15,2% [43].

Особенно ценны сведения, приводимые педиатрами-дерматологами, занимающимися проблемой

паразитарных дерматозов [44]. Ими отмечено, что в начале XXI века чесотка регистрируется значительно чаще, чем в 1970—1980 гг. По данным Тушинской детской городской больницы Москвы, за 3,5 года среди 1752 детей с кожными болезнями в возрасте от нескольких месяцев до 16 лет акародерматозы выявлены в 13,6% случаев [45]. В большинстве из них диагностирована чесотка (12,9%), редко — псевдосаркоптоз (0,68%). Существенно, что более половины детей (55,5%) проживали в неблагоприятных санитарно-гигиенических условиях. Это были беспризорники и дети из неблагополучных семей. Более четверти (26,5%) больных чесоткой поступили в стационар из детских домов и приютов.

Об истинном уровне заболеваемости чесоткой свидетельствуют медицинские осмотры социально значимого контингента населения. Так, в Свердловской области ИП заболеваемости призывников в 2005 г. составил 734,1 случая на 100 тыс. данного контингента, что превысило областной показатель в 4,8 раза, а в 2008 г. ИП возрос до 896,2 случая на 100 тыс. данного контингента с превышением областной заболеваемости в 6 раз. Следует отметить, что такая ситуация зарегистрирована на фоне снижения из года в год заболеваемости в целом по области [43].

Анкетирование детских дерматологов, проходящих циклы усовершенствования на кафедре Российской медицинской академии последиplomного образования, показало, что 42% из них не удовлетворены лабораторной диагностикой чесотки. При наличии клинических проявлений заболевания и отрицательных результатах поиска клеща в извещении указывается другой диагноз, а лечение проводится одним из скабицидов (спрегаль, бензилбензоат) [45].

Не всех больных чесоткой регистрируют при обращении к разным специалистам (терапевтам, педиатрам, гинекологам, психиатрам и др.) лечебно-профилактических учреждений, к частнопрактикующим врачам, в коммерческие лечебные клиники и т.п. [21, 46, 47]. Нежелание в ряде случаев проводить противоэпидемические мероприятия в очагах чесотки толкает часть врачей на ухищрения. Например, ставят диагноз аллергического дерматита, а лечение проводят противочесоточными препаратами. Нельзя не учитывать и самолечение части больных в связи с безрецептурной практикой продажи скабицидов.

Цель исследования — провести анализ заболеваемости чесоткой населения РФ по данным официальной статистики и оценить их объективность путем данных социологического опроса дерматологов и сравнения с показателями реализации скабицидов аптечной сетью страны.

Материалы и методы

Изучен ИП заболеваемости чесоткой по данным официальной статистики за 2009—2010 гг. по РФ в целом и ее федеральным округам. По данным годового отчета Московского областного клинического кожно-венерологического диспансера проведено сравнение ИП заболеваемости чесоткой населения Москвы и регионов Московской области, расположенных вокруг столицы в радиусе 30—70 км. Методом анонимного анкетирования 56 дерматовенерологов Московской области изучено исполнение раздела Приказа

Минздравсоцразвития РФ №162 от 24.04.2003 Отраслевой стандарт "Протокол ведения больных. Чесотка" о необходимости обязательной регистрации всех случаев чесотки. Использованы данные "Pharmexpert" об объемах реализации скабицидов в 2009—2010 гг.

Результаты

Заболееваемость чесоткой населения РФ по федеральным округам (ФО) в 2009—2010 гг. представлена на **рис. 1**. Отчетливо видны значительные колебания ИП в 8 ФО — от 50,2 до 123,3 в 2009 г. (Южный и Сибирский ФО соответственно) и от 39,9 до 94,1 в 2010 г. (там же). Иными словами, разница между минимальным и максимальным ИП в 2009 г. составляла 2,5 раза, а в 2010 г. — 2,4 раза. Существенно, что в 3 ФО (Южный, Северо-Кавказский, Центральный) и Москве и Санкт-Петербурге ИП заболеваемости был ниже, чем в РФ в целом; в Приволжском ФО соответствовал таковому; а в 4 ФО (Уральский, Северо-Западный, Дальневосточный, Сибирский) был выше. Следует отметить, что более низкий уровень заболеваемости чесоткой регистрировался в западных и южных районах РФ, где плотность населения выше, выражена его миграция, идет интенсивный приток людей из стран СНГ и т.п. Обращает на себя внимание снижение уровня заболеваемости чесоткой в целом по РФ, во всех ФО и Москве и Санкт-Петербурге. ИП заболеваемости чесоткой в РФ в 2010 г. снизился в 1,3 раза по сравнению с таковым в 2009 г. Аналогичная ситуация зарегистрирована практически во всех рассматриваемых регионах, кроме Приволжского ФО, где снижение произошло в 1,5 раза (60,2 против 87,5).

Учитывая, что в Центральном ФО и Москве ИП заболеваемости чесоткой в 2009—2010 гг. был ниже, чем в РФ в целом, проведено сравнение ИП в столице и районах Московской области, расположенных в радиусе 30—70 км (**рис. 2**). Разница между минимальным (Пушино) и максимальным (Долгопрудный) значением ИП составляла 5,7 раза. Существенно, что в 5 районах она была значительно ниже, чем в Москве (55,8): Пушино (15, или в 3,7 раза), Мытищах (18,2, или в 3,1 раза), Королеве (28,4, или в 2 раза), Балашихе и Химках (38,3, или в 1,7 раза). В 3 районах — Люберцах (49,9), Реутове (46,6), Одинцово (41,6) — ИП заболеваемости достоверно не отличался от такового в Москве. И только

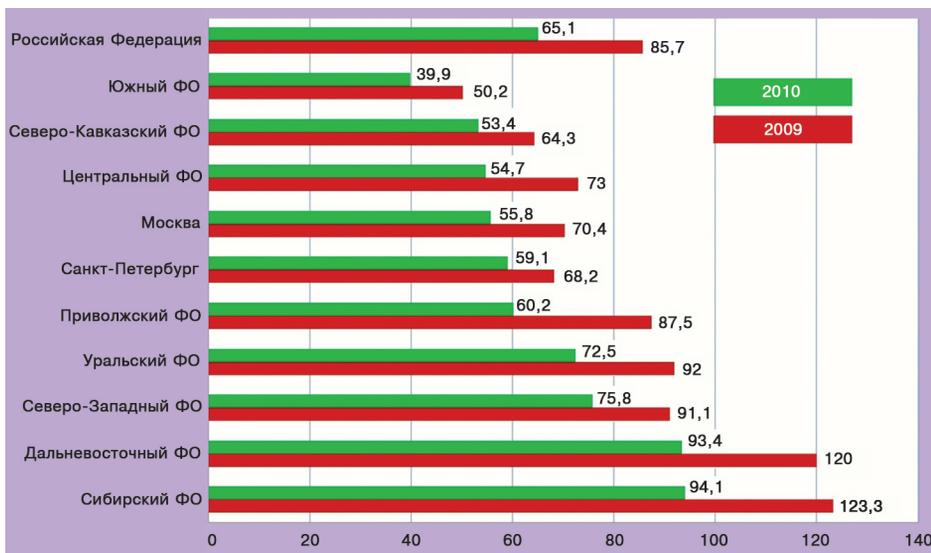


Рис. 1. Заболеваемость чесоткой населения РФ в 2009—2010 гг. (на 100 тыс. населения).

в Долгопрудном (85,3) ИП был в 1,5 раза выше, чем в Москве. При сравнении ИП заболеваемости чесоткой в РФ и выбранных нами районах Московской области (см. **рис. 1, 2**) установлено, что в 8 из 9 районов он был ниже, чем в целом по стране.

Возникает вопрос: почему на фоне роста заболеваемости чесоткой в мире в РФ она снижается? Может быть, это связано с высоким качеством работы лечебных учреждений? Для ответа на этот вопрос было проведено анонимное анкетирование 56 дерматовенерологов Московской области с целью оценки исполнения Приказа Минздравсоцразвития РФ № 162 от 24.04.2003 Отраслевой стандарт "Протокол ведения больных. Чесотка" о необходимости обязательной регистрации всех случаев чесотки.

На вопрос: "Проводится ли Вами лечение чесотки без ее регистрации?" — положительный ответ дали

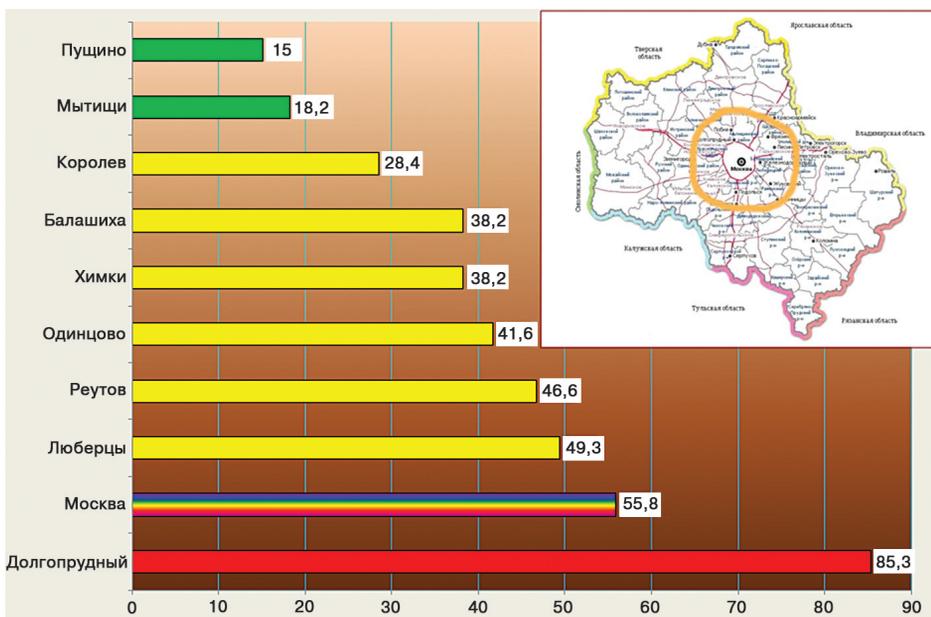


Рис. 2. Заболеваемость чесоткой населения районов Московской области, граничащих с Москвой, в 2010 г. (на 100 тыс. населения).

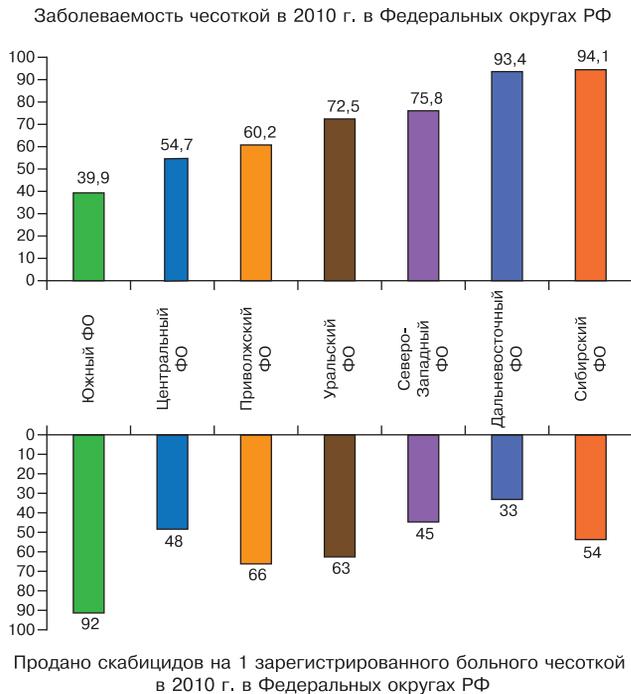


Рис. 3. Соотношение заболееваемости чесоткой и продаж скабицидов в федеральных округах РФ.

92,9% респондентов. На вопрос: "Как часто практикуется такая ситуация?" — более 2/3 (67,3%) дерматологов ответили, что периодически, а 1/3 (32,7%) — редко. Лечение чесотки под другим диагнозом практикуют 83,9% специалистов, в том числе более 1/3 (36,2%) периодически, около 2/3 (61,7%) редко и только 2,1% часто. Интересные ответы получены на вопрос: "Почему Вы проводите лечение чесотки под другим диагнозом?". В большинстве случаев (75%) это обусловлено просьбой самого больного. Четверть специалистов (25%) не были уверены в диагнозе.

Мы сделали попытку определить реальный уровень заболееваемости чесоткой в РФ путем сопоставления абсолютного числа больных с объемом реализованных аптечной сетью скабицидов в 2009—2010 гг. В РФ в 2009 г. зарегистрировано 121 700 больных чесоткой, а в 2010 г. — 92 300, т.е. по абсолютному числу больных отмечено снижение на 24%. В то же время противочесоточных препаратов в 2009 г. приобретено по 50 упаковок на 1 больного, а 2010 г. — 57, т.е. на 14% больше. Аналогичная ситуация зарегистрирована и в странах СНГ. Так, в Республике Беларусь в 2004 г. расход препаратов, используемых для лечения чесотки, составил 43,6 упаковки на 1 больного, а по Минской области — 82,8 [39].

Проведено сопоставление ИП заболееваемости чесоткой с объемом реализованных скабицидов на 1 больного в ФО РФ (рис. 3). Из выборки исключен Северо-Кавказский ФО в связи с отсутствием данных о реализации скабицидов в 2010 г. Объем реализованных скабицидов на 1 больного колебался в достаточно широких пределах — от 33 упаковок (Дальневосточный ФО) до 92 (Южный ФО). В то же время отмечено, что самому низкому ИП заболееваемости чесоткой соответствовал самый высокий показатель реализации скабицидов (Южный ФО), а

один из самых высоких ИП — самому низкому показателю реализации (Дальневосточный ФО). Иными словами, высокий уровень реализации скабицидов при низком показателе заболееваемости свидетельствует о неполной регистрации больных. С другой стороны, можно предположить, что большой приток людей в Южный ФО на отдых резко повышает объем продаж скабицидов в связи с самолечением и лечением у частнопрактикующих врачей без регистрации случаев чесотки.

Для ответа на этот вопрос в Южном ФО проведено сравнение указанных показателей в двух регионах — Волгоградской области и Краснодарском крае. Последний выбран не случайно, так как на его территории располагается большая часть санаторно-курортных учреждений Южного ФО. ИП заболееваемости чесоткой в Волгоградской области был в 2,2 раза выше, чем в Краснодарском крае (97,7 против 45,2). А объем реализации скабицидов на 1 больного превышал только в 1,3 раза (89 упаковок против 67). Полученные данные свидетельствуют, что миграция населения на отдых, заражение чесоткой и самолечение являются лишь одной из составляющих повышенного спроса на скабициды. Ведущую же роль играет неполная регистрация чесотки медицинскими работниками.

На рис. 1—3 представлены регионы с наивысшими показателями реализации скабицидов на 1 больного чесоткой. Так, в ряде регионов РФ при ИП заболееваемости чесоткой значительно ниже, чем в РФ (в 1,9—3,4 раза), объем реализуемых скабицидов на 1 больного в несколько раз больше (в 2,7—4,1 раза). Например, ИП заболееваемости чесоткой в Воронежской области в 3,3 раза ниже, чем в РФ (19,5 против 65,1), а объем реализуемых скабицидов на 1 больного — в 4,1 раза больше (236 против 57). Важно отметить, что такую ситуацию регистрировали и в других регионах с низким ИП заболееваемости чесоткой.

Обсуждение

Сопоставление числа больных чесоткой в РФ и ее регионах с объемом реализации скабицидов на 1 больного свидетельствует об искусственном занижении ИП заболееваемости за счет неполной регистрации больных. При снижении абсолютного числа больных чесоткой в 2010 г. по сравнению с 2009 г. на 24% скабицидов приобретено на 14% больше (57 упаковок против 50). Следовательно, реального снижения заболееваемости чесоткой в РФ нет.

Различие между числом больных чесоткой и объемом реализуемых аптечной сетью скабицидов может быть обусловлено рядом объективных причин.

- В первую очередь реализация их Минобороны РФ, МВД, Управлению исполнения наказаний Министерства юстиции РФ и другим ведомствам, данные о заболееваемости чесоткой в которых не отражены в официальной статистике Минздрава РФ.

- Использование скабицидов для профилактического лечения лиц, бывших в контакте с больными чесоткой. Однако показатели активного выявления чесотки невысоки — 29,7—39,1% [36, 43]. Важно отметить, что активное выявление заболевания наблюдается в основном среди декретированного кон-

тингента, в социально значимых коллективах и при регистрации больных норвежской чесоткой. Поэтому заболеваемость детей и подростков в организованных коллективах (детские сады, школы, интернаты и т. п.), а также юношей призывного и приписного возраста на несколько порядков выше, чем взрослого населения [13, 44, 45]. В Свердловской области, например, регистрируют ежегодно в среднем $419,2 \pm 49,2$ очага чесотки в социально значимых коллективах (2003—2008 гг.), при среднем числе контактных лиц $8,2 \pm 1,6$. Выявлено 11 очагов, возникших вокруг больных норвежской чесоткой в психоневрологических интернатах, где заболеваемость достигала 70—100% [4]. А в целом в данном регионе за указанные годы выявлено 29 случаев норвежской чесотки.

• При слабо поставленной лабораторной диагностике чесотки врачи достаточно часто проводят лечение больных под другими диагнозами. В то же время если пробное лечение *exjuvantibus* привело к разрешению высыпаний, то в соответствии с Приказом №162 больному должен быть поставлен диагноз чесотки.

• Нельзя не учитывать и использование скабицидов для лечения демодекоза и розацеа [48, 49], а серной мази, дающей в зависимости от концентрации кератопластический и кератолитический эффект, — для лечения микозов, псориаза, экзем и других дерматозов [50].

Однако при учете перечисленных выше объективных факторов все же основной причиной низкого уровня заболеваемости является ее плохая регистрация. Об этом свидетельствуют наши исследования и данные литературы. Дерматовенерологами Свердловской области чесотка регистрируется только в $42,9 \pm 0,5\%$ случаев от общего числа выявленных больных. Большинство врачей ($76,2 \pm 0,6\%$) в своей практике используют пробное лечение (в среднем $2,4 \pm 0,9$ раза в неделю) [4].

Полученные нами данные наглядно свидетельствуют, что снижение заболеваемости чесоткой в РФ носит искусственный характер и во многом зависит от качества работы медицинской службы в целом и дерматовенерологов в частности. Неполная регистрация больных чесоткой исключает возможность работы в очагах по выявлению и санации контактных лиц, способствует увеличению численности клещей на больном и как результат возникновению запущенных случаев заболевания, в том числе норвежской чесотки. Соккрытие случаев чесотки является причиной недостаточного комплекса противоэпидемических мероприятий. Такая ситуация не может обеспечивать снижения уровня заболеваемости населения. Безрецептурный отпуск скабицидов в аптечной сети — одна из важных предпосылок неблагоприятной эпидемиологической ситуации по чесотке в стране.

ЛИТЕРАТУРА

- Соколова Т.В., Лопатина Ю.В. Крысиный клещ и вызываемый им дерматит (лекция). Российский журнал кожных и венерических болезней. 2003; 5: 48—58.
- Гладько В.В. Клинико-эпидемиологический мониторинг, унификация методов лечения, профилактики ИППП и чесотки у военнослужащих МО РФ и лиц призывного возраста: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2004.
- Малярчук А.П. Оптимизация диагностики, лечения и профилактики чесотки: Автореферат дис. ... канд. мед. наук. М.; 2010.
- Корюкина Е.Б. Современные клинико-эпидемиологические особенности чесотки на Среднем Урале: Автореферат дис. ... канд. мед. наук. Екатеринбург. 2010.
- Heukelbach J., Wilcke T., Winter B., Sales de Oliveira F.A., Sabóia Moura R.C., Harms G., et al. Efficacy of Ivermectin in a Patient Population Concomitantly Infected with Intestinal Helminths and Ectoparasites. *Arzneimittelforschung* 2004; 54(7): 416—21.
- Roberts L.J., Huffam S.E., Walton S.F., Currie B.J. Crusted scabies: clinical and immunological findings in seventy-eight patients and a review of the literature. *J. Infect.* 2005; 50(5):375—81.
- Schmeller W., Dzikus A. Skin diseases in children in rural Kenya: long-term results of a dermatology project within the primary health care system. *Br. J. Dermatol.* 2001; 144(1):118—24.
- Oduko O.M., Onayemi O., Oyedeji G.A. A prevalence survey of skin diseases in Nigerian children. *Niger J. Med.* 2001; 10(2): 64—7.
- Hegazy A.A., Darwish N.M., Abdel-Hamid I.A., Hammad S.M. Epidemiology and control of scabies in an Egyptian village. *Int. J. Dermatol.* 1999; 38(4): 291—5.
- Heukelbach J., van Haeff E., Rump B., Wilcke T., Moura R.C., Feldmeier H. Parasitic skin diseases: health care-seeking in a slum in north-east Brazil. *Trop. Med. Int. Health.* 2003; 8(4): 368—73.
- Taplin D., Rivera A., Walker J.G., Roth W.I., Reno D., Meinking T. A comparative trial of three treatment schedules for the eradication of scabies. *J. Am. Acad. Dermatol.* 1983; 9(4): 550—4.
- Walton S.F., Holt D.C., Currie B.J., Kemp D.J. Scabies: new future for a neglected disease. *Adv. Parasitol.* 2004; 57: 309—76.
- Соколова Т.В., Малярчук А.П., Гладько В.В., Лопатина Ю.В. Некоторые особенности эпидемиологии чесотки среди воинского контингента. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2008; 5: 39—43.
- Reid H.F., Birju B., Holder Y., Hospedales J., Poon-King T. Epidemic scabies in four Caribbean islands, 1981—1988. *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.* 1990; 84(2): 298—300.
- Mallik S., Chaudhuri R.N., Biswas R., Biswas B. A study on morbidity pattern of child labourers engaged in different occupations in a slum area of Calcutta. *J. Indian Med. Assoc.* 2004; 102(4): 198—200, 226.
- Nair B.K., Joseph A., Kandamuthan M. Epidemic scabies. *Indian J. Med. Res.* 1977; 65(4): 513—8.
- Pruksachatkunakorn C., Wongthanee A., Kasiwat V. Scabies in Thai orphanages. *Pediatr. Int.* 2003; 45(6): 724—7.
- Постановление Правительства РФ от 01.12.2004. N715 "Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих" М.; 2004.
- Доклад о состоянии здоровья населения Москвы в 2009 году. Правительство Москвы, Департамент здравоохранения, Управление Роспотребнадзора по городу Москве. 2010. <http://rudocs.exdat.com/docs/index-279979.html>
- Утц С.П., Завьялов А.И., Марченко В.М. Клинико-эпидемиологические особенности чесотки и новые подходы к ее диагностике и лечению на современном этапе (обзор). Саратовский научно-медицинский журнал. 2011; 3: 636—42.
- Тихонова Л.И. Доклад на секции "Национальная политика в области здравоохранения" на 1-м Российском конгрессе дерматовенерологов. 24 сентября 2003. СПб.; 2003.
- Ресурсы и деятельность кожно-венерологических учреждений. Заболеваемость за 2005—2006 годы: Статистические материалы. М.: ФГУ ЦНИКВИ Росздрава; 2007.
- Заболеваемость, ресурсы и деятельность кожно-венерологических учреждений (2007—2008 гг.). Статистические материалы. Москва. 2009. <http://www.mednet.ru/ru/statistika/dermatovenerologicheskaya-sluzhba.html>
- Заболеваемость, ресурсы и деятельность кожно-венерологических учреждений (2008—2009 гг.). Статистические материалы. Москва. 2009. <http://www.mednet.ru/ru/statistika/dermatovenerologicheskaya-sluzhba.html>

25. Ресурсы и деятельность кожно-венерологических учреждений. Заболеваемость за 2009—2010 годы. Статистические материалы. Москва. 2011. <http://www.mednet.ru/ru/statistika/dermatovenerologicheskaya-sluzhba.html>
26. Отраслевой стандарт "Протокол ведения больных. Чесотка". М.: МЗ РФ, 2003; 64. <http://zakonprost.ru/content/base/part/386116>
27. Сырнева Т. А., Корюкина Е. Б. Клинико-эпидемиологические особенности чесотки на современном этапе. Клиническая дерматология и венерология. 2009; 6: 20—5.
28. Панкратов Б. А. Чесотка — как с ней бороться. Лечащий врач. 1997; 7: 25—6.
29. Шувалова Т. М. Чесотка: эпидемиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика. Пест-менеджмент. 2008; 4: 22—6.
30. Соколова Т. В., Гладько В. В., Малярчук А. П. Сравнительный анализ заболеваемости чесоткой военнослужащих и гражданского населения за 18 лет. Актуальные проблемы оказания специализированной медицинской помощи в условиях стационара и применение стационарозамещающих технологий: Тезисы докладов научно-практической конференции. М.: ГВКГ им. Н. Н. Бурденко; 2009: 174—5.
31. Соколова Т. В., Малярчук А. П. Факторы, определяющие топичность чесоточных ходов. Вестник последипломного профессионального образования. 2009; 3—4: 21—2.
32. Рязанцев И. В., Гладько В. В., Соколова Т. В. Анализ причин роста заболеваемости чесоткой в современных условиях (обзор литературы). Российский журнал кожных и венерических болезней. 2004; 5: 33—5.
33. Рязанцев И. В., Гладько В. В., Соколова Т. В. К вопросу о причинах высокой заболеваемости чесоткой в ВС РФ. Проблемы профилактики актуальных для войск инфекций и пути их решения. М.; 2003: 120—1.
34. Гладько В. В., Соколова Т. В., Рязанцев И. В. Организация медицинской помощи военнослужащим, больным чесоткой в ВМУ МО РФ: Методические рекомендации. М.; 2004.
35. Шевченко А. Г., Шевченко М. Н., Глузмин М. И. Заболеваемость чесоткой, социопатические триггеры. Вестник последипломного медицинского образования. 2010; 1: 57.
36. Чернигова О. А. Динамика заболеваемости чесоткой в Иркутской области в 2008—2010 годах. Сибирский журнал дерматологии и венерологии. 2012; 3: 53—6.
37. Новикова Л. А., Бахметьева Т. М. Кожные заболевания и ИППП у детей и подростков Воронежа: Тезисы научных работ X всероссийской конференции дерматовенерологов "Организация оказания дерматовенерологической помощи в современных условиях". М.; 2006.
38. Фролова А. И., Олифер В. В. Чесотка в Российской Федерации. Дезинфекционное дело. 1995; 4: 45—6.
39. Панкратов В. Г., Навроцкий А. Л., Панкратов О. В., Веденьков А. Л. Паразитарные дерматозы. Сообщение 1. Чесотка. Медицинские новости. 2011; 7: 7—11.
40. Соколова Т. В., Лопатина Ю. В., Малярчук А. П., Киселева А. В. Чесотка. Учебно-методическое пособие. М.; 2010.
41. Малярчук А. П., Соколова Т. В., Лопатина Ю. В., Киселева А. В. Заболеваемость чесоткой и другими дерматозами в детском социально значимом коллективе. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2011; 4: 27—32.
42. Смирнова Т. С., Гайворонская О. В., Бородин И. С. О состоянии заболеваемости ИППП, заразными заболеваниями кожи и дерматозами в Санкт-Петербурге в 2005 г. Материалы юбилейной научно-практической конференции "Актуальные проблемы клинической и экспериментальной медицины". Тверь; 2006: 22—6.
43. Корюкина Е. Б. Современные клинико-эпидемиологические особенности чесотки на Среднем Урале: Автореферат дис ... канд. мед наук. Екатеринбург; 2010.
44. Суворова К. Н., Опарин Р. Б., Сысоева Т. А., Тамразова О. Б., Гришко Т. Н. Чесотка у детей. Вопросы практической педиатрии. 2006; 4: 117—23.
45. Суворова К. Н., Тамразова О. Б. Акародерматозы в дерматологической практике. Материалы юбилейной научно-практической конференции "Актуальные проблемы клинической и экспериментальной медицины". Тверь; 2006: 81—5.
46. Олифер В. В. Чесотка и ее лечение. Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 1995; 4: 50—4.
47. Соколова Т. В., Лопатина Ю. В. Паразитарные дерматозы: Чесотка и крысиный клещевой дерматит. М.: Бином. 2003.
48. Кубанова А. А., Федоров С. М., Тимошин Г. Г. Спрегаль в терапии больных розовыми угрями и демодекозом. Новое в диагностике и лечении заболеваний, передающихся половым путем. Научно-практическая конференция. Москва, 22—23 октября 1997 г. М.; 1997: 49—50.
49. Коган Б. Г. Антипаразитарная терапия демодекоза с применением препарата спрегаль. Паразитология. 2002; 2: 50—1.
50. Степанова Ж. В. Грибковые заболевания. М.: Крон-Пресс; 1996.

Поступила 20.11.12

© В. Н. ЗАВАДСКИЙ, 2013
УДК 616.511-039.35-06:616.995.132.2]-036.1

Фигурная эритема по типу кольцевидной эритемы Дарье при стронгилоидозе

В. Н. Завадский

Кафедра кожных и венерических болезней ГБОУ Ярославская государственная медицинская академия Минздрава России

*Описана фигурная эритема у больной стронгилоидозом, подтвержденным обнаружением в кале личинок нематод *Strongyloides stercoralis*, представляющая собой своеобразный вариант кольцевидной центробежной эритемы Дарье. Заболевание прогрессировало около 6 мес. После дегельминтизации албендазолом по 400 мг 2 раза в день в течение 5 дней достигнут полный регресс заболевания.*

Ключевые слова: фигурная эритема, кольцевидная центробежная эритема, стронгилоидоз

Сведения об авторе:

Завадский Валентин Николаевич — кандидат мед. наук, профессор (zavad.985@mail.ru).