

- современное состояние проблемы). Zhurnal nevrologii i psixiatrii im. S.S.Korsakova. 2004; 10: 4—13. (in Russian) [Смулевич А.Б., Иванов О.Л., Львов А.Н., Дороженко И.Ю. Психодерматология: современное состояние проблемы. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2004; 10: 4—13.]
5. Smulevich A.B. Mental disorders in dermatology clinic (Psikhicheskie rasstroystva v dermatologicheskoy klinike). Psikhicheskie Rasstroystva v Obschey Meditsine. 2006; 1: 4—9. (in Russian) [Смулевич А.Б. Психические расстройства в дерматологической клинике. Психические расстройства в общей медицине. 2006; 1: 4—9].
 6. Sarwer D.B., Crerand C.E. Body image and cosmetic medical treatments. Body Image. 2004; 1(1): 99—111.
 7. Uzun O., Başoğlu C., Akar A., Cansever A., Özşahin A., Cetin M., Ebrinç S. Body dysmorphic disorder in patients with acne. Compr. Psychiatry. 2003; 44(5): 415—9.
 8. Veale D., Neziroglu F. Body dysmorphic disorder: a treatment manual. Chichester, UK: John Wiley and Sons Ltd.; 2010.
 9. Albertini R.S., Phillips K.A. Thirty-three cases of body dysmorphic disorder in children and adolescents. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 1999; 38(4): 453—9.
 10. Phillips K.A., Diaz S.F. Gender differences in body dysmorphic disorder. J. Nerv. Ment. Dis. 1997; 185(9): 570—7.
 11. Mallon E., Newson R., Bunker C.B. HLA-Cw6 and the genetic predisposition to psoriasis: a meta-analysis of published serologic studies. J. Invest. Dermatol. 1999; 113(4): 693—5.
 12. Veale D., Boocock A., Gournay K., Dryden W., Shah F., Willson R., Walburn J. Body dysmorphic disorder: a survey of fifty cases. Br. J. Psychiatry. 1996; 169(2): 196—201.
 13. Phillips K.A., Hollander E., Rasmussen S.A., Aronowitz B.R., DeCaria C., Goodman W.K. A severity rating scale for body dysmorphic disorder: development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. Psychopharmacol. Bull. 1997; 33(1): 17—22.
 14. Morozov P.V. Youth with schizophrenia disorders dysmorphic (Yunosheskaya shizofreniya s dismorfomanicheskimi rasstroystvami s dismorfomanicheskimi rasstroystvami). Dis. Moscow; 1977. (in Russian) [Морозов П.В. Юношеская шизофрения с дисмorfоманическими расстройствами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 1977].
 15. Korkina M.V. Dismorfomania in adolescence and young adulthood (Dismorfomaniya v podrostkovom i yunosheskom vozraste). Moskva: Meditsina; 1984. (in Russian) [Коркина М.В. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте. М.: Медицина; 1984].
 16. Smulevich A.B., Dorozhenok I.Yu., Romanov D.V., Lvov A.N. Psychopathology of mental disorders in the dermatology clinic: the model of mental pathology, limited space of the skin (Psikhopatologiya psikhicheskikh rasstroystv v dermatologicheskoy klinike (model' psikhicheskoy patologii, ogranichennoy prostranstvom kozhnogo pokrova). Psikhicheskie rasstroystva v obschey meditsine. 2012; 1: 4—14. (in Russian) [Смулевич А.Б., Дороженко И.Ю., Романов Д.В., Львов А.Н. Психопатология психических расстройств в дерматологической клинике (модель психической патологии, ограниченного пространством кожного покрова). Психические расстройства в общей медицине. 2012; 1: 4—14].
 17. Ware J.E. Measuring patients views: the optimum outcome measure. Br. Med. J. 1993; 306(6890): 1429—30.
 18. Finlay A.Y. Quality of life assessments in dermatology. Semin. Cutan. Med. Surg. 1998; 17(4): 291—6.
 19. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr. Scand. 1983; 67(6): 361—70.
 20. Goodman W.K., Price L.H., Rasmussen S.A., Mazure C., Fleischman R.L., Hill C.L., et al. The yale-brown obsessive-compulsive scale. I. Development, use, and reliability. Arch. Gen. Psychiatry. 1989; 46(11): 1006—11.
 21. Overall J.E., Gorham D.R. The brief psychiatric rating scale. Psychol. Rep. 1962; 10: 799—812.
 22. Lingjaerde O., Ahlfors U.G., Bech P. The UKU side-effect rating scale. A new comprehensive rating scale for psychotropic drugs and cross-sectional study of side-effects in neuroleptic treated patients. Acta Psychiatr. Scand. 1987; 76(Suppl. 334): 1—100.
 23. Hewitt P.L., Flett G.L. Perfectionism: theory, research and treatment. Washington, DC; 2002.

Поступила 25.11.13

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК 616.995.428-036.22-055.5/7

Роль семейных очагов в эпидемиологии чесотки

Т.Т. Устобаева¹, А.П. Малярчук², П.Т. Зоиров¹, Д.Х. Абдиева¹

¹Кафедра дерматовенерологии Таджикского государственного медицинского университета им. Абу Али ибн-Сины, Душанбе; ²кафедра кожных и венерических болезней с курсом косметологии (зав. В.В. Гладько) Медицинского института усовершенствования врачей ФГБОУ ВПО Московский государственный университет пищевых производств Министерства образования и науки России

Дана детальная характеристика семейных очагов чесотки в Республике Таджикистан. Они практически всегда (97,6%) были иррадирующими. Приведена их детальная характеристика с учетом пола, возраста, семейного статуса, характера семьи (полная и неполная), ее типа (малодетная, среднететная, многодетная). Определен уровень заболеваемости в очагах в целом (75,4%) и с учетом перечисленных критериев. Дана характеристика первоисточников с учетом гендерных характеристик. Паразитарный индекс очага в целом зависел от размера семьи и давности заболевания. Последовательность появления новых больных зависела от контингента первоисточника (сыновья, дочери, отцы), национальных традиций (пребывание в одной постели) и гигиенических навыков. Наиболее уязвимым контингентом явились женщины и дети.

Ключевые слова: чесотка; семья; очаг; заболеваемость; эпидемиология.

Сведения об авторах:

Устобаева Тахмина Туграловна — аспирант; Малярчук Александр Петрович — кандидат мед. наук, доцент; Зоиров Подабон Тошматович — доктор мед. наук, профессор; Абдиева Дильбар Ходжиевна — кандидат мед. наук, доцент (2242651@mail.ru).

ROLE OF THE FAMILIAL FOCI IN EPIDEMIOLOGY OF SCABIES

T.T. Ustobaeva¹, A.P. Malyarchuk², P.T. Zoirov¹, D.Kh. Abdieva¹¹Avicenna Tadjik State Medical University, Dushanbe, Tadjikistan Republic; ²Moscow State University of Foodstuff Manufacture, Moscow, Russia

A detailed characterization of familial foci of scabies in Tadjikistan is presented. The foci are virtually always (97,6%) irradiating. The foci are characterized with consideration for gender, age, family status, family type (complete/incomplete), number of children (with few children, several children, many children). The disease incidence in the foci in general (75,4%) and with consideration for each of the enumerated criteria is evaluated. The sources of infection are characterized with special emphasis on the gender. The parasitic index of a focus generally depends on the size of the family and disease standing. The order of emergence of new patients depends on the family relation to the source of infection (sons, daughters, fathers), national traditions (sleeping in the same bed), and hygienic habits. Females and children are the most vulnerable populations.

Key words: scabies; family; focus; disease incidence; epidemiology.

Эпидемиология чесотки обусловлена облигатно антропонозным (заражение только от человека) характером заболевания, постоянным типом паразитизма возбудителя и преобладанием прямого пути передачи инвазии. Очаг при чесотке определяется как группа людей, в которой имеются больной — источник заражения и условия для передачи возбудителя. Очаг с одним больным называется потенциальным, с двумя и более — иррадиирующим (действующим). В иррадиации очага решающую роль играет прямой путь заражения — контакт в постели в ночное время, в том числе интимный, в период максимальной активности возбудителя, реже — телесный контакт при других обстоятельствах (борьба, массаж и т. п.). Непрямой путь заражения осуществляется через обезличенную одежду, постельные принадлежности и другие предметы обихода. В соответствии с группами людей в обществе, наличием контактов, обеспечивающих передачу возбудителя, что напрямую связано с образом их жизни, могут возникать очаги чесотки: семейные и в коллективах различной структуры [1].

Работы по анализу очаговости чесотки в отечественной и зарубежной литературе, как правило, посвящены описанию микроэпидемий чесотки, возникших в социально значимых коллективах — домах ребенка, детских домах, интернатах, домах-интернатах для граждан пожилого возраста и инвалидов, стационарах различного профиля, казармах, общежитиях и т. п. [2—7]. Однако в отечественной литературе их немного. Так, в Свердловской области в 2003—2008 гг. было официально зарегистрировано 14 эпидемиологических локальных вспышек чесотки в социально значимых коллективах. Число лиц с высыпаниями на коже, клинически соответствующими диагнозу "чесотка", составляло 3—35%, а заболеваемость достигала 70—100% от общей численности коллектива. Зарегистрированы случаи заболевания младшего медицинского персонала [8]. В г. Орле в одном из домов ребенка чесотка была выявлена у 20% обследованных детей, причем всем был поставлен диагноз атопического дерматита и проведено соответствующее лечение [6]. Использование топических стероидов способствовало устранению зуда и, следовательно, бесконтрольному размножению популяции чесоточных клещей на больном. В настоящее время нередко регистрируются микроэпидемии чесотки среди мигрантов, проживающих в общежитиях и на частных квартирах. Их возникновению способствуют скученность, несо-

блюдение личной гигиены, обезличенные постельные принадлежности и т. п. [9].

Значительно больше публикаций по данной проблеме в зарубежной литературе. В Японии при анализе заболеваемости чесоткой больных, госпитализированных в специализированные психиатрические клиники, случаи чесотки с одним больным и более были зарегистрированы в 45% клиник из 741. В 159 (21,5%) психиатрических больницах наблюдали микроэпидемии чесотки [10]. В Бразилии при целевом обследовании 75 пожилых людей, постоянно проживающих в доме престарелых, чесотка зарегистрирована у 12% [11]. Более чем в половине (57%) домов престарелых в США (Балтимор) за 1987—1995 гг. зарегистрированы очаги с двумя и более больными чесоткой [12]. В частных санаториях Норвегии выявлено два крупных очага чесотки с заболеваемостью 68,4 и 42,2% [13]. В Бангладеш при обследовании 4824 студентов, обучающихся 8 мес, чесоткой болели 2/3 [14]. Интересный случай описан в южной Германии. При анализе вспышки в детском саду г. Констанц установлено, что заболеваемость среди воспитателей была достоверно выше. Причем в ясельной группе в 4,4 раза чаще болел персонал, постоянно контактирующий с детьми [15].

В литературе значительно больше работ посвящено описанию микроэпидемий, причиной которых послужили больные норвежской чесоткой [7, 16—18]. Так, в психиатрических стационарах Японии это наблюдалось в 20,1% случаев [10].

В то же время анализ очаговости чесотки в семейных очагах освещен в литературе недостаточно. Имеются отдельные работы, указывающие на роль семейных очагов в эпидемиологии чесотки [19—21]. Члены семьи наиболее подвержены заражению чесоткой, причем чаще всего первыми поражаются дети младшего возраста [22]. В Египте среди сельского населения чесотка преобладает в многодетных семьях, причем дети в возрасте до 10 лет болеют чаще (11,1%) [23].

Фундаментальные исследования по изучению очаговости чесотки с анализом гендерных характеристик членов очагов, путей и условий заражения, популяционной структуры возбудителя выполнены в 1992 г. [1, 24, 25]. Установлено, что семейный очаг является ведущим в эпидемиологии чесотки, так как семья представляет наиболее инвазионно-контактную, многочисленную, длительно существующую форму объ-

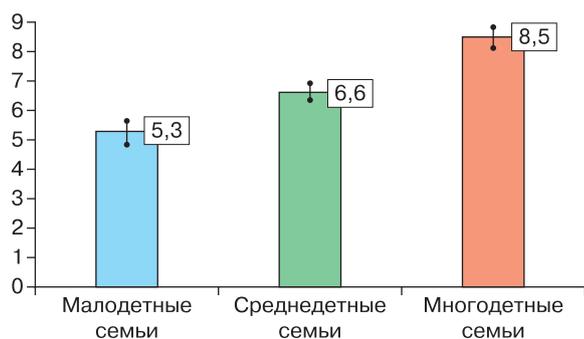


Рис. 1. Численность малодетных, среднедетных и многодетных семейных иррадирующих очагов (в абс.)

единения людей в обществе. Среди обследованных 96 семейных очагов 2/3 составляли иррадирующие очаги при заболеваемости 71%. С давностью заболевания их число возрастало от 28% (менее 1 мес) до 38% (более 2 мес). Первоисточником (вносителем) чесотки в 92% был член семьи, в 88% случаев в возрасте до 35 лет. По семейному положению это дети (59%) различного возраста, мужья (18%), жены (12%). В 87% заражение первоисточника вне семьи происходило прямым путем, в том числе в половине случаев при половом контакте. Иррадиация очага не зависела от паразитарного индекса первоисточника, размера семьи и определялась условиями прямой передачи. В иррадиации очага решающим фактором был контакт в постели в вечернее и ночное время, что наблюдалось у 78% последовательно заразившихся лиц. При росте суммарного паразитарного индекса (ПИ) очага свыше 60 включался непрямой путь заражения. Заболеваемость в семье зависела от возраста детей — чем младше, возраст, тем выше заболеваемость.

Цель исследования — изучение особенностей очаговости чесотки применительно к семейным очагам в Республике Таджикистан.

Материалы и методы

Работа выполнялась в Республике Таджикистан на базе городской клинической больницы № 1 в 2011—2012 гг. Обследовано 42 семейных очага чесотки общей численностью 252 человека, из них 121 (48%) ребенок, в том числе больных чесоткой 96 (79,3%). Для унификации исследований разработан авторский вариант протокола обследования очага, включающий 26 пунктов. Диагноз чесотки подтверждали лабораторно методом соскоба эпидермиса с применением 40% молочной кислоты и методом дерматоскопии. Проводили полный подсчет чесоточных ходов на каждом больном. Определяли ПИ очага, который равнялся сумме чесоточных ходов на всех больных.

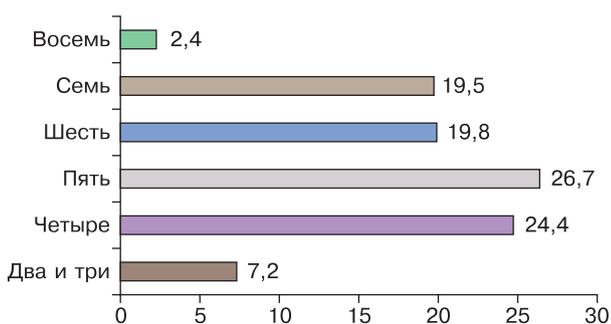


Рис. 2. Распределение семейных иррадирующих очагов с учетом числа больных в них (в %).

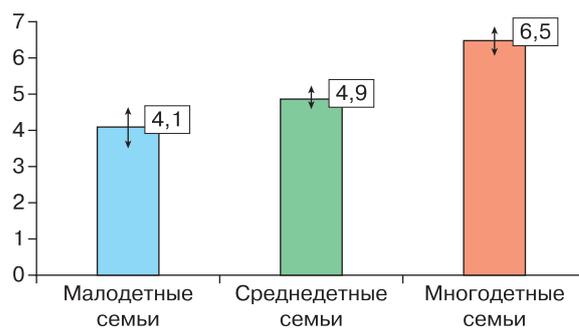


Рис. 3. Число больных в семейных иррадирующих очагах с учетом типа семьи (в абс.).

Результаты и обсуждение

Практически все обследованные очаги были иррадирующими (ИО) (41, или 97,6%), поэтому проведена только их эпидемиологическая оценка. Размер очагов определялся числом лиц, проживающих совместно. Для ИО он составлял 4—12 человек, в среднем $6,9 \pm 0,3$ человека. Существенно, что ИО формировались в 3,5 раза чаще в семьях, проживающих в частных домах, чем в благоустроенных квартирах (78 против 22%). Мужчин (50,5%) и женщин (49,5%) в них было практически поровну ($p > 0,05$).

Установлено, что в ИО чесотки одинаково часто регистрировали у 51,2% детей и у 44,6% взрослых ($p > 0,05$), при минимальной численности подростков от 15 до 18 лет (4,2%). Это вполне закономерно, так как подростки в мусульманских семьях Таджикистана взрослеют рано и покидают родителей, пытаются самостоятельно трудоустроиться и помочь семье.

По числу детей семейные ИО подразделены на малодетные (1—2), среднедетные (3—4), многодетные (5 и более) [26]. Среди ИО преобладали среднедетные (51,2%) и многодетные семьи (31,7%). Семей с 1—2 детьми было менее 1/5 (17,1%). На рис. 1 представлен размер семей в соответствии с данным критерием градации. Размер малодетных семейных ИО составлял $5,3 \pm 0,4$ члена, среднедетных — $6,6 \pm 0,3$, многодетных — $8,5 \pm 0,4$ и статистически значимо отличался ($p < 0,05$). Среднее число детей в этих очагах в целом по выборке было $4 \pm 0,2$. Полные семьи в 4,1 раза преобладали над неполными (80,5 против 19,5%).

Особенности эпидемиологии чесотки в семейных ИО. Заболеваемость чесоткой в них составила 75,4%, а число больных — от 2 до 8, в среднем $5,2 \pm 0,2$.

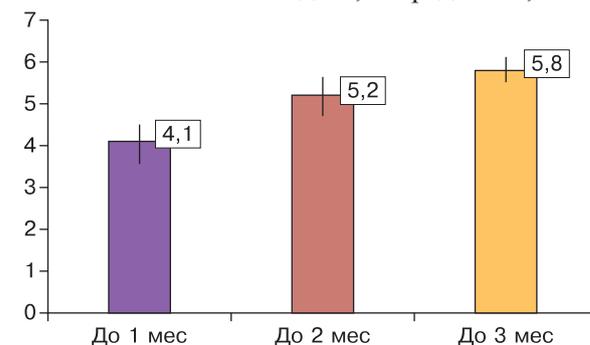


Рис. 4. Число больных в семейных иррадирующих очагах с учетом давности их существования (в абс.).

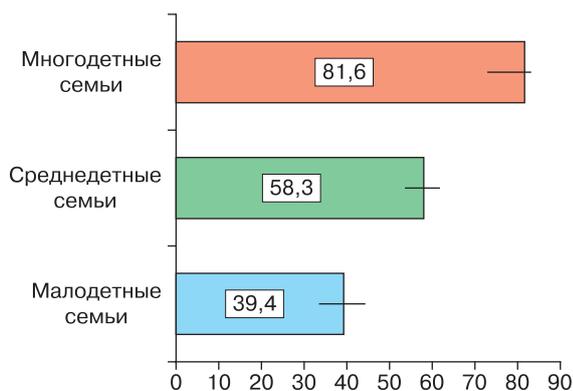


Рис. 5. Паразитарный индекс семейных иррадирующих очагов в зависимости от их вида (в абс.).

Мужчины и женщины болели одинаково часто (48,8 и 51,2% соответственно). Более половины (57,2%) заболеваемости чесоткой приходилось на детей до 14 лет, более трети (38,6%) — на взрослых. Иными словами, при одинаковой частоте встречаемости детей и взрослых в семейных очагах чесотки (51,2 и 44,6%) заболеваемость первых была достоверно в 1,5 раза выше. Следует отметить, что доля подростков составляла всего 4,2%, но все они были больны (4,2%).

Прослежено распределение заболеваемости чесоткой в ИО с учетом степени родства его членов. Выявлено, что наиболее часто болели сыновья (35,3%), а дочери (27%) — в 1,3 реже ($p < 0,05$). Из родителей в 1,3 раза чаще заболевание регистрировали у матерей, чем у отцов (15,8 против 11,2%; $p < 0,05$). Другие родственники инвазировались реже (10,4%), среди них бабушки (6,2%), дяди и тети (3,3%), дедушки (0,9%).

Распределение ИО чесотки с учетом числа больных представлено на **рис. 2**. Установлено, что семьи — это крупные ИО. Так, очагов с 2—3 больными было всего 7,2%, с 4 — 24,4%, с 5 — 26,7%, с 6 — 19,8%, с 7 — 19,5%, с 8 — 2,4%. Иными словами, очаги с 4—5 больными составляли более половины (51,1%) выборки, с 6—8 — более трети (39,3%). Существенно, что в трети очагов (14, или 34,5%) зарегистрировано 100% заражение. При этом в одном очаге было 4 больных, в четырех — 5, в трех — 6, в пяти — 7, в одном — 8. Число больных в ИО с учетом типа семьи представлено на **рис. 3**. Среднее число больных в семейных очагах зависело от их размера. В малодетных семьях их было в среднем $4,1 \pm 0,5$, в среднедетных — $4,9 \pm 0,2$ и в многодетных семьях — $6,5 \pm 0,3$ ($p < 0,05$). Большое число больных в малодетных семьях закономерно. Как сказано выше, таких семей было всего 7 (17,1%); их размер составлял $5,3 \pm 0,4$ члена за счет старшего поколения (бабушки, дедушки), а 100% заболеваемость зарегистрирована в 5 из них.

Прослежена зависимость числа больных в ИО от давности их существования (**рис. 4**). С давностью существования очага достоверно возрастало число больных в них. Так, если очаг персистировал до 1 мес, то число больных составляло от $4,1 \pm 0,4$, до 2 мес — $5,2 \pm 0,4$, до 3 мес — $5,8 \pm 0,2$. Более 78% семейных ИО существовало более 1 мес, в том числе почти половина (43,9%) — от 2 до 3 мес. Длительный постоянный контакт членов семей при наличии

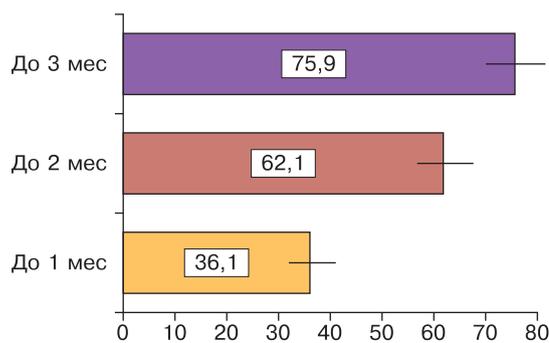


Рис. 6. Паразитарный индекс семейных иррадирующих очагов в зависимости от давности их существования (в абс.).

национальных традиций (общая постель) способствовал заражению внутри очага.

Оценка степени инвазии семейных ИО по паразитарному индексу. Рассчитан ПИ в семейных ИО в зависимости от их вида (**рис. 5**). Он резко возрастал с увеличением численности семьи. В многодетных семьях ПИ был в 2,1 раза выше, чем в малодетных семьях ($81,6 \pm 5,5$ против $39,4 \pm 5,0$). В среднедетных семьях это превышение составляло в 1,4 раза ($81,6 \pm 5,5$ против $58,3 \pm 4,5$). Рассчитан ПИ семейных ИО в зависимости от давности их существования. Как видно на **рис. 6**, ПИ существенно возрастал: при давности до 1 мес составлял от $36,1 \pm 5,6$, до 2 мес — $62,1 \pm 5,3$ и до 3 мес — $75,9 \pm 4,5$.

Оба фактора (размер семьи и длительность существования очагов) создавали условия для реализации непрямого пути заражения. Не случайно не прямой путь заражения в 4 раза преобладал над прямым (56,9 против 14,2%). В 29,9% случаев точно выявить путь заражения не удалось, так как он мог быть и прямым, и непрямым. Непрямой путь заражения чаще реализовался за счет пребывания в общей постели (51,5% больных), что связано с особенностями национальных традиций. Это совместный сон большинства членов семьи в общей постели. Посредством обезличенной одежды заразились 29,3% больных, обезличенных предметов личной гигиены — 19,2%.

Характеристика источников заражения и последовательности инвазии в семейных ИО. Учитывая большой размер ИО, выявить источник заражения у каждого больного было трудно. Первоисточником заражения являлся первый заболевший член семьи. Его удалось верифицировать для всех (41) очагов. Существенно, что в 2/3 (63,4%) случаев первоисточниками являлись лица мужского пола и только в 1/3 (36,6%) — женского. Первоисточники в ИО в 2/3 (63,4%) случаев были представлены наиболее активной в социальном плане группой лиц школьного (24,4%), юношеского (19,5%) и взрослого (до 35 лет) (19,5%) возрастов. В 1/3 (36,6%) случаев первоисточниками были лица в возрасте старше 35 лет (19,6%), дошкольного (12,1%) и ясельного (4,9%) возрастов. По степени родства первоисточниками практически во всех случаях (87,8%) были лица, длительное время проводящие вне очага. Это сыновья (39%), дочери (24,4%) и отцы (24,4%). Учитывая эти данные и возрастной состав первоисточников, представленный наиболее сексуально активной возрастной груп-

Последовательность инвазивания членов семьи в иррадиирующие очаги чесотки

Члены семьи	Инвазиванный член семьи											
	второй		третий		четвертый		пятый		шестой		седьмой	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Мать (<i>n</i> = 33)	11	33,3	6	18,2	8	24,2	3	9,1	3	9,1	2	6,1
Отец (<i>n</i> = 14)	—	—	—	—	5	35,7	8	57,1	—	—	1	7,1
Сын (<i>n</i> = 60)	16	26,7	12	20	11	18,3	13	21,7	7	11,7	1	1,7
Дочь (<i>n</i> = 48)	13	27,1	16	33,3	11	22,9	2	4,2	3	6,3	3	6,3
Бабушка (<i>n</i> = 10)	1	10	2	20	1	10	2	20	2	20	2	20
Прочие родственники (<i>n</i> = 9)	—	—	6	66,7	—	—	—	—	2	22,2	1	11,1

пой населения (63,4%), можно предположить возможность заражения части больных при интимном контакте вне очага. ПИ первоисточников в семейных ИО был от 8 до 25 ходов, в среднем $16 \pm 0,6$.

Типичная чесотка у первоисточников зарегистрирована в 73,2% случаев, в том числе у 34,2% со скабиозной лимфооплазией кожи. Чесотка, осложненная вторичной пиодермией, наблюдалась практически у каждого пятого (22%), а аллергическим дерматитом — у 4,8% больных. Это свидетельствует о наличии развитого процесса.

На следующем этапе исследования прослежена частота последовательного появления больных чесоткой в семейных ИО. Установлено, что второй, третий и четвертый больные чесоткой появлялись в семейных ИО с одинаковой частотой — 23,6; 24,1 и 20,7%. Далее частота появления больных уменьшалась: от 16,1% (пятый больной) до 9,7% (шестой) и 5,8% (седьмой). Данные анамнеза и анализ последовательности заражения членов семьи свидетельствуют, что первоначально заражались члены семьи, пребывающие в одной постели. Это были не только дети, но и некоторые близкие родственники. По мере заражения лиц, спящих совместно, происходит рост ПИ очага и включается непрямой путь заражения через обезличенную одежду и предметы личной гигиены.

Последовательность заражения членов семей в ИО представлена в **таблице**.

Вторыми—четвертыми в семейных очагах чесотки инвазировались матери (33,3; 18,2; 24,2% соответственно) и дочери (35,7; 33,3; 22,9%), вторыми—пятыми — сыновья (26,7; 20; 18,3; 21,7%). Это закономерно, если учесть, что первоисточниками в семье наиболее часто являлись сыновья (39%), дочери (24,4%) и отцы (24,4%). Заражение матерей могло происходить при интимном контакте, пребывании с детьми в общей постели и уходе за ними.

Заражение детей происходило при тесном телесном контакте в постели, а по мере нарастания ПИ — через обезличенную одежду и предметы гигиены. Отцы, не являющиеся первоисточниками, в трети случаев (35,7%) заражались четвертыми, а более чем в половине случаев (57,1%) — пятыми. Постоянно находясь на работе, они имели меньший контакт с больными детьми. Вероятно, они заражались от жен при интимном контакте.

Семейные очаги играют значимую роль в эпидемиологии чесотки в Республике Таджикистан. Они практически все иррадиирующие (97,6%), заболеваемость в них составляет 75,4%, зависит от пола, возраста больных, степени родства, размера и типа семьи. ПИ наиболее высок в среднететных (3—4 детей) и многодетных (5 детей и более) семьях ($58,3 \pm 4,5$ и $81,6 \pm 5,5$ соответственно) и резко возрастает по мере увеличения давности существования очага — от $36,1 \pm 5,6$ (1 мес) до $75,9 \pm 4,5$ (3 мес). Распространение инвазии в очаге зависит от контингента первоисточника (сыновья, дочери, отцы), национальных традиций (пребывание в одной постели) и гигиенических навыков. Наиболее уязвимым контингентом являлись женщины и дети.

Оценка эпидемиологической значимости семейных очагов чесотки является основой комплекса противоэпидемических мероприятий. Это подтверждено преобладанием крупных ИО с 4—5 (51,1%) и 6—8 (39,3%) больными и длительными сроками их существования — более $\frac{3}{4}$ очагов персистировали более 1 мес, а число больных с ростом давности увеличивалось от $4,1 \pm 0,4$ (1 мес) до $5,8 \pm 0,2$ (3 мес). Особенности распространения инвазии в семейных очагах чесотки обосновывают целесообразность проведения всестороннего комплекса профилактических мероприятий. При выявлении больного чесоткой врач-дерматовенеролог должен наметить комплекс лечебно-профилактических мероприятий для семейного очага: выявление и лечение больных; 100% профилактическая обработка всех контактных лиц (препаратом выбора является 0,8% эмульсия мексидокса); организация и проведение текущей дезинфекции, разъяснение правил личной гигиены и т. п.

ЛИТЕРАТУРА

1. Соколова Т.В. Чесотка и крысиный клещевой дерматит. Новое в этиологии, эпидемиологии, клинике, диагностике и лечении: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 1992.
2. Гладько В.В., Соколова Т.В., Рязанцев И.В. Организация медицинской помощи военнослужащим, больным чесоткой в ВМУ МО РФ: Методические рекомендации для врачей войскового звена медицинской службы МО РФ. М.; 2004.
3. McCarthy J.S., Kemp D.J., Walton S.F., Currie B.J. Scabies: more than just an irritation. *Postgrad. Med. J.* 2004; 80(945): 382—7.
4. Vorou R., Remoudaki H.D., Maltezou H.C. Nosocomial scabies. *J. Hosp. Infect.* 2007; 65(1): 9—14.

5. Мальярчук А.П. Оптимизация диагностики, лечения и профилактики чесотки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2010.
6. Киселева А.В., Павликов А.В., Кузнецова Т.А. Дерматозы, сопровождающиеся кожным зудом, у детей — воспитанников дома ребенка. Педиатр. 2010; 1(1): M41.
7. Корякина Е.Б. Современные клинико-эпидемиологические особенности чесотки на Среднем Урале: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Екатеринбург; 2011.
8. Сырнева Т.А., Корякина Е.Б. Клинико-эпидемиологические особенности чесотки на современном этапе. Клиническая дерматология и венерология. 2009; 6: 20—5.
9. Шувалова Т.М. Чесотка: эпидемиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика. Pest-менеджмент. 2008; 4: 22—6.
10. Makigami K., Ohtaki N., Ishii N., Yasumura S. Risk factors of scabies in psychiatric and long-term care hospitals: a nationwide mail-in survey in Japan. J. Dermatol. 2009; 36(9): 491—8. doi: 10.1111/j.1346-8138.2009.00691.x.
11. Dinato S.L., Oliva R., Dinato M.M., Macedo-Soares A., Bernardo W.M. Prevalence of dermatoses in residents of institutions for the elderly. Rev. Assoc. Med. Bras. 2008; 54(6): 543—7.
12. Khan A., O'Grady S., Muller M.P. Rapid control of a scabies outbreak at a tertiary care hospital without ward closure. Am. J. Infect. Control. 2012; 40(5): 451—5. doi: 10.1016/j.ajic.2011.05.014.
13. Andersen B.M., Haugen H., Rasch M., Heldal Haugen A., Tageson A. Outbreak of scabies in Norwegian nursing homes and home care patients: control and prevention. J. Hosp. Infect. 2000; 45(2): 160—4.
14. Talukder K., Talukder M.Q., Farooque M.G., Khairul M., Sharmin F., Jerin I., Rahman M.A. Controlling scabies in madrasahs (Islamic religious schools) in Bangladesh. Public Health. 2013; 127(1): 83—91. doi: 10.1016/j.puhe.2012.09.004.
15. Ariza L., Walter B., Worth C., Brockmann S., Weber M.L., Feldmeier H. Investigation of a scabies outbreak in a kindergarten in Constance, Germany. Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. 2013; 32(3): 373—80. doi: 10.1007/s10096-012-1752-1.
16. Соколова Т.В., Лопатина Ю.В. Паразитарные дерматозы: Чесотка и крысиный клещевой дерматит. М.: БИНОМ; 2003.
17. Нехамкин П.Б., Сарафанова Е.А., Корякина Е.Б. Случай норвежской чесотки у проживающих в психоневрологических интернатах. В кн.: Межрегиональная научно-практическая конференция дерматовенерологов. Екатеринбург; 2005: 34.
18. Buehlmann M., Beltraminelli H., Strub C., Bircher A., Jordan X., Battegay M., et al. Scabies outbreak in an intensive care unit with 1,659 exposed individuals — key factors for controlling the outbreak. Infect. Control Hosp. Epidemiol. 2009; 30(4): 354—60. doi: 10.1086/596113.
19. Базыка А.П. Патогенез и терапия дерматозов. Львов; 1969: 169—73.
20. Абдиева Д.Х. Чесотка у детей в Таджикистане (особенности клиники, течения и лечения): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 1987.
21. Estes S.A. Diagnosis and management of scabies. Med. Clin. North Am. 1982; 66(3): 343.
22. Hay R.J., Steer A.C., Engelman D., Walton S. Scabies in the developing world — its prevalence, complications, and management. Clin. Microbiol. Infect. 2012; 18(4): 313—23. doi: 10.1111/j.1469-0691.2012.03798.x.
23. 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.
24. Соколова Т.В., Ланге А.Б. Паразитизм чесоточного зудня *Sarcoptes scabiei* (L.) (Acariformes, Sarcoptida). Паразитология. 1992; 2: 97—100.
25. Ланге А.Б., Соколова Т.В., Панченко Л.А. Изменчивость чесоточного клеща *Sarcoptes scabiei* De Geer (Acariformes, Sarcoptidae) человека в связи с эпидемиологией чесотки. Сообщение 4. Изменчивость популяции клещей на больном и очаговая изменчивость. Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 1993; 1: 25—30.
26. Борисов В.А. Перспективы рождаемости. М.: Статистика; 1976.
4. Vorou R., Remoudaki H.D., Maltezou H.C. Nosocomial scabies. J. Hosp. Infect. 2007; 65(1): 9—14.
5. Мальярчук А.П. Оптимизация диагностики, лечения и профилактики чесотки (Optimizaciya diagnostiki, lecheniya i profilaktiki chesotki). Dis. Moskva; 2010. (in Russian)
6. Kiseleva A.V., Pavlikov A.V., Kuznetsova T.A. Dermatoses accompanied by pruritus in children - pupils of child (Dermatozy, soprovozhdayushhiesya kozhnym zudom u detei-vospitannikov doma rebenka). Pediatr. 2010; 1(1): M41. (in Russian)
7. Koryukina E.B. Current clinical and epidemiological features of scabies in the Middle Urals (Sovremennye kliniko-epidemiologicheskie osobennosti chesotki na Srednem Urale). Ekaterinburg; 2011. (in Russian)
8. Syrneva T.A., Koryukina E.B. Clinical and epidemiological features of scabies at the present stage (Kliniko-epidemiologicheskie osobennosti chesotki na sovremennom etape). Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya. 2009; 6: 20—5. (in Russian)
9. Шувалова Т.М. Чесотка: эпидемиология, клинические проявления, диагностика, лечение и профилактика (Chesotka: epidemiologiya, klinika, diagnostika, lechenie i profilaktika). Pest-менеджмент. 2008; 4: 22—6. (in Russian)
10. Makigami K., Ohtaki N., Ishii N., Yasumura S. Risk factors of scabies in psychiatric and long-term care hospitals: a nationwide mail-in survey in Japan. J. Dermatol. 2009; 36(9): 491—8. doi: 10.1111/j.1346-8138.2009.00691.x.
11. Dinato S.L., Oliva R., Dinato M.M., Macedo-Soares A., Bernardo W.M. Prevalence of dermatoses in residents of institutions for the elderly. Rev. Assoc. Med. Bras. 2008; 54(6): 543—7.
12. Khan A., O'Grady S., Muller M.P. Rapid control of a scabies outbreak at a tertiary care hospital without ward closure. Am. J. Infect. Control. 2012; 40(5): 451—5. doi: 10.1016/j.ajic.2011.05.014.
13. Andersen B.M., Haugen H., Rasch M., Heldal Haugen A., Tageson A. Outbreak of scabies in Norwegian nursing homes and home care patients: control and prevention. J. Hosp. Infect. 2000; 45(2): 160—4.
14. Talukder K., Talukder M.Q., Farooque M.G., Khairul M., Sharmin F., Jerin I., Rahman M.A. Controlling scabies in madrasahs (Islamic religious schools) in Bangladesh. Public Health. 2013; 127(1): 83—91. doi: 10.1016/j.puhe.2012.09.004.
15. Ariza L., Walter B., Worth C., Brockmann S., Weber M.L., Feldmeier H. Investigation of a scabies outbreak in a kindergarten in Constance, Germany. Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. 2013; 32(3): 373—80. doi: 10.1007/s10096-012-1752-1.
16. Соколова Т.В., Лопатина Ю.В. Паразитарные дерматозы: Чесотка и крысиный клещевой дерматит (Parazitarnye dermatozy: Chesotka i krysinyj kleshhevoj dermatit). Moskva: Binom; 2003. (in Russian)
17. Нехамкин П.Б., Сарафанова Е.А., Корякина Е.Б. Случаи норвежской чесотки в психоневрологических интернатах. В кн.: Межрегиональная научно-практическая конференция дерматовенерологов. Екатеринбург; 2005: 34. (in Russian)
18. Buehlmann M., Beltraminelli H., Strub C., Bircher A., Jordan X., Battegay M., et al. Scabies outbreak in an intensive care unit with 1,659 exposed individuals — key factors for controlling the outbreak. Infect. Control Hosp. Epidemiol. 2009; 30(4): 354—60. doi: 10.1086/596113.
19. Базыка А.П. Патогенез и терапия дерматозов (Patogenez i terapiya dermatozov). Lvov; 1969: 169—73. (in Russian)
20. Абдиева Д.Х. Чесотка у детей в Таджикистане: клинические особенности, течение и лечение (Chesotka u detei v Tadzhikistane: osobennosti kliniki, techeniya i lecheniya). Dis. Moskva; 1987. (in Russian)
21. Estes S.A. Diagnosis and management of scabies. Med. Clin. North Am. 1982; 66(3): 343.
22. Hay R.J., Steer A.C., Engelman D., Walton S. Scabies in the developing world — its prevalence, complications, and management. Clin. Microbiol. Infect. 2012; 18(4): 313—23. doi: 10.1111/j.1469-0691.2012.03798.x.
23. 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.
24. Соколова Т.В., Ланге А.Б. Паразитизм чесоточного зудня *Sarcoptes scabiei* (L.) (Acariformes, Sarcoptida) (Parazitizm chesotochnogo zudnya *Sarcoptes scabiei* (L.) (Acariformes, Sarcoptida). Parazitologiya. 1992; 2: 97—100.
25. Ланге А.Б., Соколова Т.В., Панченко Л.А. Вариативность чесоточного клеща *Sarcoptes scabiei* De Geer (Acariformes, Sarcoptidae) человека в связи с эпидемиологией чесотки. Сообщение 4. Вариативность митической популяции и локальная изменчивость чесоточного клеща *Sarcoptes scabiei* De Geer (Acariformes, Sarcoptidae) человека в связи с эпидемиологией чесотки. Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 1993; 1: 25—30. (in Russian)
26. Борисов В.А. Перспективы рождаемости (Perspektivy rozhdaemosti). Moskva: Statistika; 1976. (in Russian)

Поступила 26.03.13

REFERENCES