

## Проблема чесотки в стационарах психиатрического профиля

А.П. Малярчук<sup>1</sup>, Т.В. Соколова<sup>1</sup>, Ю.В. Лопатина<sup>2</sup>, Л.Б. Важбин<sup>3</sup>, Т.М. Шувалова<sup>3</sup>,  
Е.Д. Нефедова<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Кафедра кожных и венерических болезней с курсом косметологии (зав. В.В. Гладыко) Медицинский институт усовершенствования врачей ФГБОУ ВПО Московский государственный университет пищевых производств; <sup>2</sup>кафедра энтомологии биологического факультета (зав. Р. Д. Жантиев) ФГОУ ВПО Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова; <sup>3</sup>ГУЗ МО Московский областной клинический кожно-венерологический диспансер (главный врач Л.Б. Важбин)

*Обобщен материал, полученный при целенаправленном обследовании на чесотку пациентов четырех психиатрических стационаров Московской области. Из 398 осмотренных больных у 56 (14,1%) диагностировали чесотку. При этом очаги чесотки выявили в большинстве (60,9%) обследованных палат. Преобладали иррадиирующие очаги (64,3%). Наивысший (20—71%) уровень пораженности чесоткой зарегистрировали в надзорных палатах. Паразитарный индекс в таких очагах варьировал от 19 до 80. Приведены особенности течения чесотки на фоне психических заболеваний. Обоснован комплекс лечебно-профилактических мероприятий. Лечение больных чесоткой и профилактическую обработку контактных лиц проводили мифоксом. Рецидивов заболевания не зарегистрировали.*

Ключевые слова: чесотка, психиатрические больницы, очаговость, диагностика, лечение, профилактика

### THE PROBLEM OF SCABIES IN MENTAL ASYLUMS

A.P.MALYARCHUK, T.V.SOKOLOVA, YU.V.LOPATINA, L.V.VAZHBIN, T.M.SHUVALOVA,  
E.D.NEFYODOVA

*Patients of 4 mental asylums of the Moscow region were screened for scabies. The disease was diagnosed in 56 (14,1%) of 398 patients. Foci of scabies were detected in the majority (60,9%) of inspected wards. Irradiating foci predominated (64,3%). The highest level (20—71%) of scabies involvement was found in supervised wards. The parasitic index in these foci varied from 19 to 80. Specific features of scabies course in mental patients were described. The complex of therapeutic and preventive measures was suggested. The patients with scabies were treated by medifox. The same drug was used for preventive treatment of subjects contacting with the patients. No relapses were recorded.*

Key words: scabies, mental asylums, foci, diagnosis, therapy, prevention

Чесотка — распространенное паразитарное заболевание кожи, поражающее все контингенты населения независимо от социально-экономического статуса [1—4]. Ежегодно в мире чесоткой болеют около 300 млн человек [5]. Интенсивный показатель заболеваемости в России составляет 132—129,7 случая на 100 000 населения [6]. Чесотка относится к группе паразитарных заболеваний, подлежащих обязательной регистрации при обращении к врачу [7]. Данные по заболеваемости чесоткой в субъектах РФ сильно варьируют даже в регионах, граничащих друг с другом [8—11]. Так, в Московской области минимальный уровень заболеваемости чесоткой 12,1 на 100 000 населения зарегистрирован в 2010 г. в Серпуховском районе, максимальный (202,5) — в Егорьевском [12]. В разных регионах страны интенсивный показатель заболеваемости чесоткой колеблется в достаточно широких пределах — от 9,7 (Кабардино-Балкарская Республика) до 377,6 (Томская область) на 100 000 населения [6]. В Воронеже 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 [13].

В аптечной сети России приобретается противочесоточных препаратов в 10 раз больше, чем это необходимо для лечения официально зарегистрированных больных [14—19]. Следовательно, ежегодная заболеваемость чесоткой в России превышает 1 млн случаев [16].

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 1 больным называют потенциальным, с 2 и более — иррадиирующим (действующим). В иррадиации очага решающую роль играет прямой путь заражениям — 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 [20]. В соответствии с группировками людей в обществе, наличием контактов, обеспечивающих пере-

#### Сведения об авторах:

Малярчук А.П. — канд. мед. наук, доцент (2236779@mail.ru); Соколова Т.В. — д-р мед. наук, проф.; Лопатина Ю.В. — канд. биол. наук, ст. научн. сотр.; Важбин Л.Б. — д-р мед. наук, главный врач, глав. специалист дерматовенеролог Минздрава Московской области; Шувалова Т.М. — канд. мед. наук, зав. орг.-метод. отд.; Нефедова Е.Д. — канд. мед. наук, врач.

дачу возбудителя, что напрямую связано с образом их жизни, могут возникать очаги чесотки: семейные и в коллективах различной структуры. Семейный очаг является ведущим в эпидемиологии чесотки, так как именно здесь люди наиболее близко контактируют друг с другом [21].

Кроме того, подобные условия передачи возбудителя могут иметь место и в социально значимых коллективах. К ним относятся группы людей, объединенные общими спальнями в домах ребенка, домах-интернатах для граждан пожилого возраста и инвалидов, детских домах и интернатах, стационарах различного профиля, казармах, общежитиях и т.п. [2, 21—24], где заболеваемость чесоткой нередко принимает характер микроэпидемий. В Свердловской области в 2003—2008 гг. зарегистрировано 14 эпидемических локальных вспышек чесотки в социально значимых коллективах, число заболевших при этом достигало 70—100% ( $n = 100—350$ ) общей численности коллектива. Зарегистрированы случаи заболевания младшего медицинского персонала [8]. В настоящее время нередко регистрируются микроэпидемии чесотки среди мигрантов, проживающих в общежитиях и на частных квартирах.

Многочисленные локальные микроэпидемии, по данным литературы, возникают преимущественно вокруг больных норвежской чесоткой [24—26]. Однако имеются сообщения об их появлении в очагах при наличии множества больных, суммарный паразитарный индекс которых (количество чесоточных ходов) достаточен для реализации непрямого пути заражения. Например, в одном из домов ребенка чесотку выявили у 20% детей, причем всех их лечили с диагнозом атопического дерматита [23], использование топических стероидов при этом способствовало устранению одного из главных симптомов чесотки — зуда.

В целях предотвращения распространения чесотки в социально значимых коллективах больных, выявленных там, зачастую госпитализируют в стационары КВД [27, 28].

В 159 (21,5%) психиатрических больницах Японии наблюдались микроэпидемии чесотки, из них в 32 (20,1%) их причиной стали больные норвежской чесоткой [24]. Проблема чесотки в стационарах психиатрического профиля в России не изучалась.

Цель настоящего исследования — изучение заболеваемости, особенностей очаговости и течения чесотки в стационарах психиатрического профиля и разработка комплекса лечебных и профилактических мероприятий по организации помощи больным с данной патологией.

## Материалы и методы

Нами был заключен договор между ГУЗ МО Московский областной клинический КВД и Московским институтом усовершенствования врачей о проведении комплексных исследований в кожно-венерологических и социально значимых коллективах (детские дома, интернаты, реабилитационные центры, психиатрические стационары и др.) Московской области и разработан план совместных мероприятий по совершенствованию профилактики чесотки в Московской области, утвержденный Минздравом МО. Срок исполнения 2011—2012 гг. В работе приняла участие дерматовенерологи, паразитолог, организаторы здравоохранения. Для унификации исследований разработали индивидуальную карту по обследованию очага чесотки и клинико-эпидемиологическую карту больного чесоткой. Обобщен материал по обследованию пациентов четырех психиатрических больниц с июня по сентябрь 2011 г. Коечный фонд больниц разный — 130, 350, 450, 1750, а количество занятых коек составляло 78, 292, 359, 1689 (всего 2816). Методом произвольной выборки осмотрено 398 (14,9%) больных психиатрического профиля, в том числе по каждому учреждению — 25,6; 68,2; 25,1; 5,3% числа госпитализированных. Очагом чесотки в учреждении психиатрического профиля считали пациентов, находящихся в одной палате с больным чесоткой.

Определяли паразитарные индексы больных чесоткой и очага заболевания в целом. В первом случае подсчитывали общее

количество чесоточных ходов на больном, во втором — суммарное количество ходов на всех больных в иррадиирующем (действующем) очаге.

Для количественной оценки патологического процесса считали индексы встречаемости и обилия чесоточных ходов. Индекс встречаемости — частота (в %) обнаружения чесоточных ходов на определенных участках кожного покрова. Индекс обилия — среднее количество чесоточных ходов, приходящихся на тот или иной участок кожного покрова. Выявили 14 очагов чесотки и 45 больных в них. Возраст больных чесоткой колебался от 37 до 86 лет (средний возраст  $65,6 \pm 11$  лет). Преобладали женщины (93,3%). Контрольную группу составили 28 больных чесоткой, обратившихся к дерматологу в Московский областной клинический КВД. Возраст больных составил 45—76 лет (средний возраст  $57,6 \pm 16,2$  года), женщин среди них было в 2,5 раза больше, чем мужчин (71,4 % против 28,6%).

Для лабораторного подтверждения диагноза чесотки применяли метод дерматоскопии. С этой целью использовали USB-микроскоп, подключенный к компьютеру. Клещей извлекали из ходов иглой под контролем налобной лупы с подсветкой и микроскопировали. Для лечения больных чесоткой и профилактического лечения контактных лиц использовали отечественный препарат медифокс. Оценку его специфической активности по воздействию на активные стадии развития чесоточного клеща провели у 15 больных. Для этого при первичном осмотре пациентов методом цифровой дерматоскопии выявляли чесоточные ходы, общее количество которых составило 21. Спустя 12 ч включая ночной период самок под контролем дерматоскопа извлекали из ходов и определяли их жизнеспособность.

## Результаты и обсуждение

При анализе материала установили, что при общей выявляемости чесотки 14,1% числа обследованных больных этот показатель в четырех стационарах существенно колебался и составил 15% (130 коек), 11,6% (350 коек), 21,1% (450 коек) и 0% (1750 коек), что зависело от ряда объективных условий. Чесотка отсутствовала у пациентов в самом крупном из обследованных нами психиатрических стационаров. В штате этой больницы имеется дерматовенеролог, ежедневно консультирующий больных с кожной патологией не только в стационаре, но и что очень важно в приемном отделении при поступлении пациентов на лечение. При выявлении больных чесоткой среди поступающих на лечение своевременно проводили комплекс лечебно-профилактических мероприятий для предупреждения распространения заболевания внутри стационара. Учреждение имеет незначительный запас препаратов для лечения чесотки и укомплектовано достаточным количеством функционирующих дезинфекционных камер. По данным официальной статистики, в этой больнице на протяжении последних 7 лет случаи чесотки в стационаре не зарегистрированы.

При анализе очаговости чесотки в психиатрических стационарах (рис. 1) выявили, что больные чесоткой отсутствовали в 9 (39,1%) из 23 осматриваемых палат. Очаги чесотки были в 14 (60,9%) палатах, при этом иррадиирующие очаги (с 2 больными и более) составляли  $\frac{2}{3}$  — 9 (64,3%), а потенциальные очаги (с 1 больным) — только  $\frac{1}{3}$  — 5 (35,7%). Число больных в иррадиирующих очагах варьировало от 2 до 12, составив в среднем  $4,6 \pm 3,4$ . Преобладали очаги с 2—3 больными чесоткой — 6 (66,7%),  $\frac{1}{3}$  очагов — 3 (33,3%) — были достаточно крупными (7—12 больных).

Число больных чесоткой в очаге напрямую зависело от тяжести состояния больных в нем, а не от их количества в палате. Наибольшее число больных чесоткой находилось в так называемых надзорных палатах, где, как правило, были «прикованные» к постели или малоподвижные больные пожилого и старческого возраста, отягощенные тяжелыми соматическими заболеваниями. Таких очагов было 4 (рис. 2). На их долю пришлось 64,4% всех выявленных больных чесоткой. Выявляемость чесотки в надзорных палатах составила 71,2; 46,7; 44,4 и 20% числа осматриваемых пациентов,



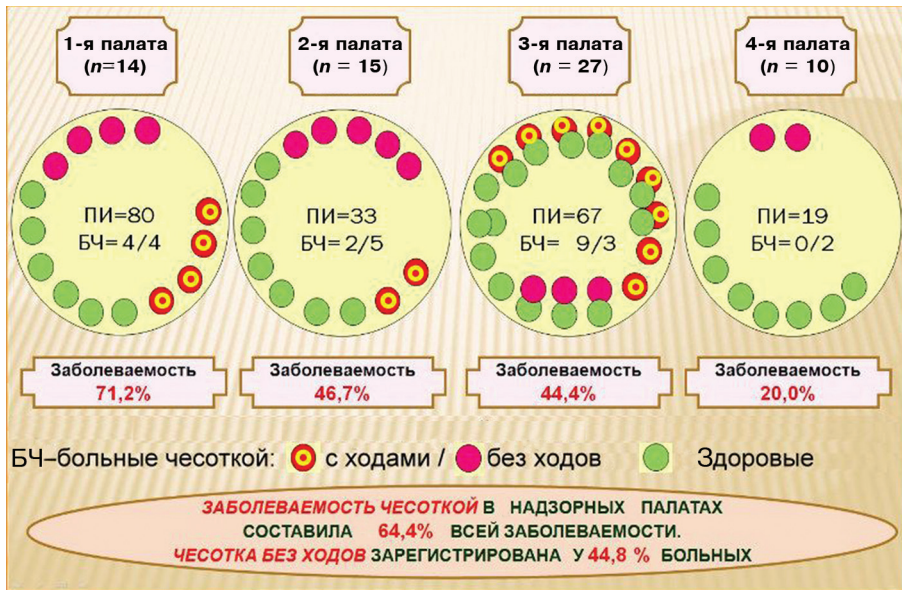


Рис. 1. Очаговость чесотки в психиатрических больницах (на примере Московской области). ПИ — паразитарный индекс.

в среднем — 44%. Паразитарный индекс очага варьировал в широких пределах, составив 80, 67, 33, 19. В первых трех случаях в связи со скученностью больных (от 14 до 27) в палате, имелись условия для реализации как прямого, так и непрямого пути заражения одновременно самками и личинками чесоточного клеща. Это могло происходить при участии больных в оказании помощи медицинскому персоналу в уходе за тяжелыми пациентами (смена нательного и постельного белья, подготовка к транспортировке, помывке и т.п.); при тесном длительном контакте нескольких больных при сидении на общей скамье, пользовании унитазом, в душевых кабинах и т.д. Личинки благодаря многочисленности, малому размеру и большой подвижности более инвазивны, чем самки. Покидая ход, они быстро, в течение 15—20 мин, внедряются практически на любом участке кожного покрова как больного, так и лица, контактирующего с ним. При этом у контактных лиц чесотка развивается без ходов, что зарегистрировали у 13 (28,9%) больных.

В иррадирующих очагах больных чесоткой лечили 0,4% водной эмульсией медиформса. Для этого 8 мл 5% кон-

центра эмульсии разводили водой до 100 мл. Препарат втирали в весь кожный покров, за исключением части головы. Процедура осуществлялась медицинским работником независимо от тяжести психического нарушения у больного. Лечение чесотки без ходов проводили аналогично. Курс лечения больных с типичной чесоткой и чесоткой без ходов состоял из двух втираний препарата с интервалом 3 сут (в 1-е и 4-е сутки). Всех контактных лиц в иррадирующих очагах однократно профилактически обрабатывали медиформсом. Смену нательного и постельного белья больных чесоткой проводили после завершения курса терапии — на 5-е сутки. Текущую дезинфекцию в очаге проводили в соответствии с Приложением № 2 к приказу № 383 Департамента здравоохранения Москвы от 26.09.05 [29].

Потенциальных очагов выявили 5 (35,7%), число больных в них варьировало от 7 до 16. Паразитарные индексы очагов колебались от 1 до 27, при этом в 4 из 5 очагов паразитарный индекс не превышал 5. В этих случаях заражение прямым путем маловероятно, а непрямым — практически невозможно, поэтому профилактическое лечение других пациентов в палате не проводили. В очаге, где находился больной чесоткой с паразитарным индексом 27, существовала опасность заражения окружающих как прямым, так и непрямым путем. Поэтому всех больных этой палаты однократно профилактически обрабатывали медиформсом.

Оценивали специфическую активность медиформса на активные стадии чесоточного клеща. Спустя 12 ч после обработки больных препаратом из 20 ходов были извлечены погибшие самки и личинки. Исключение составил единственный случай, когда ход располагался на подошве больной глубоко в толще эпидермиса, что, по-видимому, помешало проникновению достаточного количества препарата. Полученные данные свидетельствуют о достаточно высокой специфической активности медиформса.

Особенности течения чесотки изучили у 45 стационарных больных психическими заболеваниями. В первую очередь

они обусловлены длительным приемом различных психотропных препаратов, которые практически у всех больных вызывают сухость кожных покровов. Прием нескольких медикаментов достаточно часто является причиной медикаментозной токсикодермии — у 12 (26,7%) больных, и, вызывая иммуносупрессивный эффект, способствует развитию поверхностных микозов кожи — у 26 (57,8%). В последнем случае почти половина — 11 (42,3%) больных имели микоз стоп с поражением ногтей вплоть до онихогрифа, в более четверти случаев — у 7 (26,9%) — микоз без поражения ногтевых пластин, у 5 (19,2%) — изолированный онихомикоз, у 4 (15,4%) — микоз крупных складок. Редко регистрировали микотическую экзему — у 1 (3,8%). Все это маскировало клинические проявления чесотки.

Типичную чесотку диагностировали у 32 (71,1%) больных, в том числе осложненную у 6 (18,8%) (рис. 3), че-

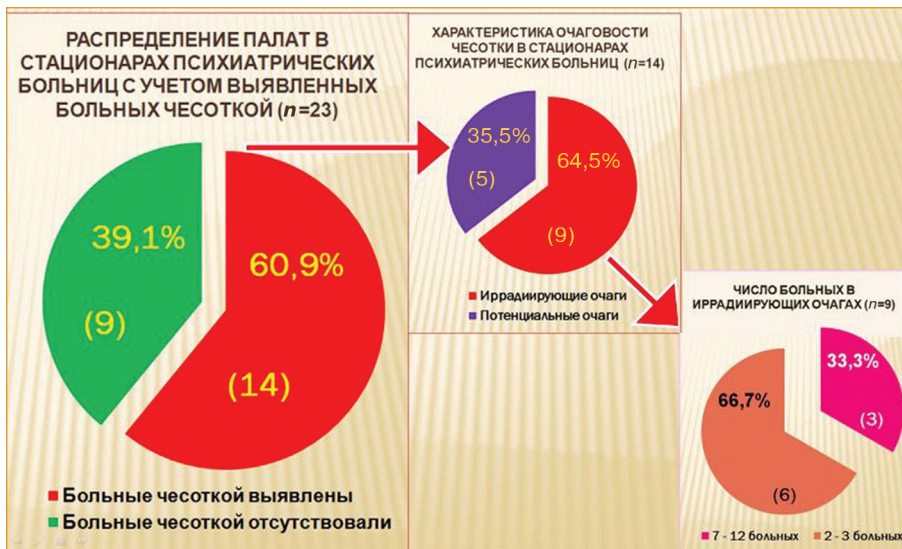


Рис. 2. Характеристика иррадирующих очагов чесотки в надзорных палатах психиатрических стационаров (на примере Московской области).

сотку без ходов у 13 (28,9%). Прием психотропных препаратов снижал интенсивность зуда. Более половины — 26 (57,8%) больных его не ощущали. Объективным подтверждением данного факта являлось отсутствие расчесов и кровянистых корочек на теле. Более 1/3 — 17 (37,8%) — больных беспокоил слабый зуд, 2 (4,4%) больных — умеренный зуд.

Количество чесоточных ходов у 32 больных типичной чесоткой сильно варьировало — от 1 до 40. До 5 ходов имели 15 (46,9%) больных, от 6 до 10 — 5 (15,6%), от 11 до 15 — 4 (12,5%), от 16 до 20 — 2 (6,2%), более 20 — 6 (18,8%). Таким образом, более 1/3 (37,5%) пациентов имели не менее 10 чесоточных ходов. Среднее количество чесоточных ходов у 1 больного составило  $10,5 \pm 10,1$ .

Полный подсчет чесоточных ходов позволил рассчитать индексы их встречаемости и обилия на больном. Основную группу составили больные чесоткой с психическими заболеваниями ( $n = 32$ ), контрольную — больные чесоткой без указанной патологии ( $n = 28$ ). Полученные данные (рис. 4) наглядно свидетельствуют о том, что при одинаковых индексах встречаемости чесоточных ходов на кистях у больных контрольной и основной групп (96,4 и 90,6% соответственно) индекс их обилия в основной группе был в 1,5 раза выше (6,4 против 4,3;  $p < 0,05$ ). На запястьях, наоборот, индекс встречаемости в основной группе оказался в 1,4 раза выше (68,8% против 50%), чем в контрольной, при одинаковом значении индекса обилия (1,2 против 1,1). На туловище оба индекса у больных, страдающих психическими заболеваниями, были выше, чем в контрольной группе, в 2 раза (28,1 и 14,3%) и в 1,7 раза (0,5 против 0,3) соответственно. Особо значимые различия зарегистрировали при обследовании стоп больных — индекс встречаемости чесоточных ходов в основной группе по сравнению с таковым в контроле был выше в 4,1 раза (87,5% против 21,4%), а индекс обилия — в 2,8 раза (2,5 против 0,9). Общеизвестно, что у лиц пожилого возраста преобладают единичные, чаще интактные варианты чесоточных ходов с редкой локализацией на стопах [18]. Таким образом, на фоне психических заболеваний чесотка протекает с множественными чесоточными ходами, которые чаще встречаются на запястьях, стопах и туловище, численно преобладают на кистях, туловище и стопах.

У всех больных в сумме выявили 337 чесоточных ходов. Более половины (58,8%) из них составили полуразрушенные

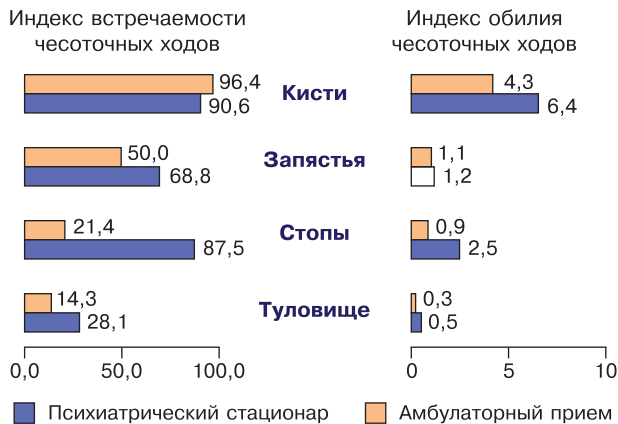


Рис. 4. Количественная оценка распределения чесоточных ходов у больных психиатрических стационаров (на примере Московской области).



Рис. 3. Чесотка, осложненная вторичной пиодермией, у пациентов психиатрических стационаров.

а — стафилококковое импетиго на тыле межфалангового сочленения III пальца кисти; б, г — множественное стафилококковое импетиго на подошве, в межпальцевых складках и на боковой поверхности стопы; в — начинающийся вульгарный панариций в области ногтевой фаланги пальца кисти. Хорошо виден чесоточный ход у основания ногтя.

ходы (рис. 5), чаще в виде трещин, что обусловлено выраженной сухостью кожных покровов. Исходный тип чесоточного хода встречали в 1/4 (24,6%) выборки (рис. 6). Ходы в виде ленткулярных папул (скабиозная лимфооплазия кожи) составили только 9,5% выборки, у большинства больных они локализовались на ягодицах и/или в области седалищных бугров (рис. 7). Ходы с приуроченными к ним экссудативными морфологическими элементами составили всего 7,1%.

В результате анализа локализации чесоточных ходов у больных психиатрического профиля сделали важный эпидемиологический вывод. Высокие индексы встречаемости и обилия чесоточных ходов на стопах свидетельствуют о возможности заражения больных в душевых комнатах. Мытье больных особенно в вечернее время приводит к удалению самок и личинок чесоточных клещей, мигрирующих по коже, и попаданию их в смывные воды и на пол. Не исключено, что в результате этого клещи могут внедряться в кожу стоп. Подтверждением данного предположения является обнаружение у 2 пациенток чесоточных ходов только на подошвах при отсутствии других клинических проявлений чесотки. Важным моментом профилактики заражения чесоткой в душевых является соблюдение последовательности мытья больных — пациенты из надзорных палат должны мыться последними. При наличии высыпаний на кистях и стопах за сутки до посещения душевой в вечернее время их следует



Рис. 5. Множественные чесоточные ходы на ладони у пациентки с шизофренией (преобладают разрушенные варианты ходов).



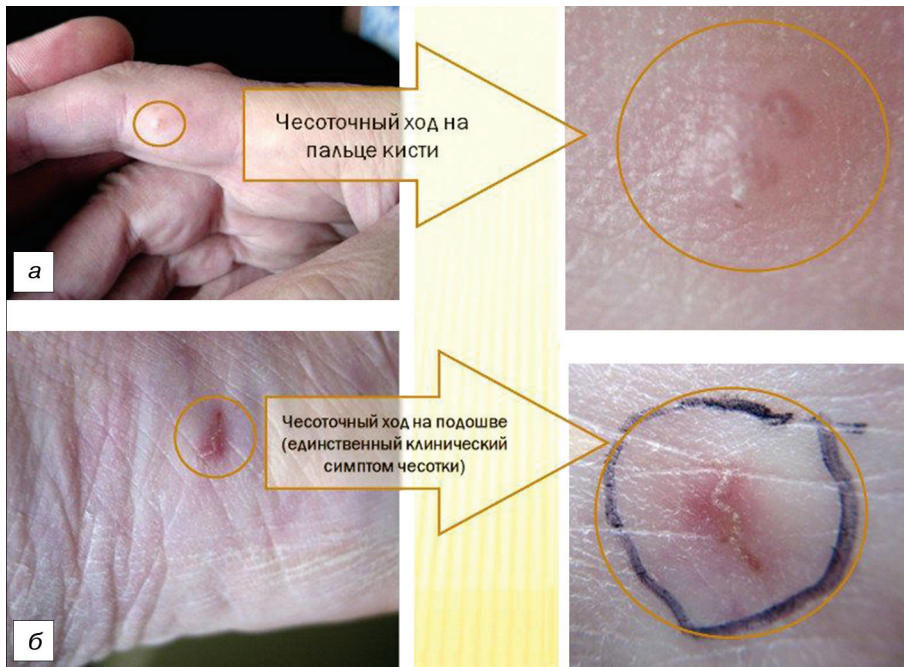


Рис. 6. Исходный тип чесоточного хода на пальце кисти (а) и подошве (б). Справа изображения ходов при использовании дерматоскопа.

обработать медиформом, а пустулы тушировать 10% раствором перманганата калия. Обязательным условием является текущая дезинфекция душевых комнат путем ежедневного мытья полов и других поверхностей с использованием доступных моющих и дезинфицирующих средств особенно при помывке больных из надзорных палат [30].

Типичные высыпания, свойственные метаморфической части жизненного цикла чесоточного клеща (фолликулярные папулы и везикулы), у данного контингента больных наблюдались редко. Возможно, это обусловлено сухостью кожного покрова, аллергическими реакциями на принимаемые психотропные препараты, сенсибилизацией к дерматофитам (микоз кожи) и т. п.

Таким образом, чесотка является актуальной медицинской проблемой для стационаров психиатрического профиля.

Основой противоэпидемических мероприятий в стационарах психиатрического профиля является своевременное выявление больных особенно в приемном отделении. Это невозможно осуществить силами дерматолога-совместителя, посещающего больницу 2—3 раза в неделю. Вопрос может быть решен при наличии в больнице ежедневно работающего специалиста, подготовленного по паразитарным дермато-



Рис. 7. Чесоточные ходы, приуроченные к лентикулярным папулам (скабиозная лимфоплазия кожи), на ягодицах.

зам. Им может быть врач любой специальности или медицинский работник со средним образованием (фельдшер, медицинская сестра), прошедшие циклы усовершенствования по данной проблеме. В иррадирующих очагах лечебно-профилактические мероприятия должны быть наиболее интенсивными. Они складываются из адекватной терапии выявленных больных, профилактического лечения всех контактных лиц и наблюдения за очагом не менее 2 нед. В потенциальных очагах решение вопроса о профилактической обработке контактных лиц зависит от выраженности кожного процесса у источника заражения. При единичных высыпаниях (ходы, папулы, везикулы, расчесы) можно ограничиться наблюдением за контактными лицами не менее 1 мес, при множественных высыпаниях все пациенты в палате подлежат профилактическому лечению.

Оценка воздействия медиформы на возбудителя показала его высокую специфическую активность в отношении самок и личинок чесоточного клеща. Использование препарата в виде раствора для лечения больных, прикованных к постели, дает возможность полноценно обработать все участки кожного покрова. В жаркое время года препарат не способствует перегреванию и потливости больных.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Соколова Т.В., Лопатина Ю.В. Крысиный клещ и вызываемый им дерматит (лекция). Российский журнал кожных и венерических болезней. 2003; 5: 48—58.
2. Гладько В.В., Соколова Т.В., Рязанцев И.В. Организация медицинской помощи военнослужащим, больным чесоткой в ВМУ МО РФ: Методические рекомендации. М; 2004.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Ресурсы и деятельность кожно-венерологических учреждений. Заболеваемость за 2005—2006 годы. Статистические материалы. М.; 2007: 80—2.
7. Об утверждении отраслевого стандарта «Протокол ведения больных. Чесотка». Приказ МЗ РФ № 162 от 24.04.03. М.; 2003.
8. Сырнева Т.А., Корюкина Е.Б. Клинико-эпидемиологические особенности чесотки на современном этапе. *Клиническая дерматология и венерология*. 2009; 6: 20—5.
9. Шевченко А.Г., Шевченко М.Н., Глузмин М.И. Заболеваемость чесоткой, социопатические триггеры. *Вестник последипломного медицинского образования*. 2010; 1: 57.
11. Панкратов Б.А. Чесотка — как с ней бороться. *Лечащий врач*. 1997; 7: 25—6.
12. Шувалова Т.М. Чесотка: эпидемиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика. *Пест-менеджмент*. 2008; 4: 22—6.
12. Годовой отчет о работе Московского областного клинического кожно-венерологического диспансера за 2010 год. М.: МОККВД; 2011.

13. Новикова Л.А., Бахметьева Т.М. Кожные заболевания и ИППП у детей и подростков Воронежа. В кн.: Тезисы научных работ X всероссийской конференции дерматовенерологов «Организация оказания дерматовенерологической помощи в современных условиях» М.; 2006.
14. Соколова Т.В., Лопатина Ю.В. Паразитарные дерматозы: Чесотка и крысиный клещевой дерматит. М.; 2003.
15. Соколова Т.В., Осмоналиев М.К., Тартаковский В.И., Антонов А.А., Нургазиева Д.Т. Некоторые социально-эпидемиологические аспекты чесотки на современном этапе. Медицинские новости (Medical News). 1996; 4: 50—1.
16. Скрипкин Ю.К., ред. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей. М.: Медицина; 2002; т. 1: 457—8.
17. Панкратов В.Г., Навроцкий А.Л., Панкратов О.В., Веденьков А.Л. Паразитарные дерматозы. Сообщение 1. Чесотка. Медицинские новости. 2011; 7: 7—11.
18. Олифер В.В. Чесотка и ее лечение. Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 1995; 4: 50—4.
19. Тихонова Л.И. Доклад на секции «Национальная политика в области здравоохранения» на I Российском конгрессе дерматовенерологов. Санкт-Петербург, 24 сент. 2003.
20. Соколова Т.В., Лопатина Ю.В., Мальярчук А.П., Киселева А.В. Чесотка: Учебно-методическое пособие. М.: АдамантЪ; 2010.
21. Соколова Т.В. Чесотка и крысиный клещевой дерматит. Новое в этиологии, эпидемиологии, клинике, диагностике и лечении: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 1992.
22. Мальярчук А.П. Оптимизация диагностики, лечения и профилактики чесотки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2010.
23. Киселева А.В., Павликов А.В., Кузнецова Т.А. Дерматозы, сопровождающиеся кожным зудом, у детей — воспитанников дома ребенка. Педиатр. 2010; 1(1): M41. [http://www.pediatrya-spb.ru/img/pediatr\\_1\\_2010\\_s.pdf](http://www.pediatrya-spb.ru/img/pediatr_1_2010_s.pdf)
24. 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.
25. Минуллин И.Л., Микешина А.В., Сафина Ф.Г. Норвежская чесотка. Казанский медицинский журнал. 2002; 83(1): 59-60.
26. Писклакова Т.П. Случай норвежской чесотки у больной хроническим лимфолейкозом. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2007; 2: 50—2.
27. Кулагина Л.М., Юцковский А.Д. Структура заболеваний кожи у детей в приморском крае. В кн.: Тезисы научных работ 3-го Всероссийского конгресса дерматовенерологов. Казань; 2009: 14.
28. 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.
29. Приказ Правительства и Департамента здравоохранения Москвы № 383 от 26.09.05 «О совершенствовании мероприятий по профилактике чесотки и дерматомикозов».
30. Соколова Т.В. Чесотка. Современное состояние проблемы. Герiatrics. 2008; 4: 19—25.

Поступила 14.05.12

## КОСМЕТОЛОГИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 612.79:613.165.6

### Кожа и солнце

О.Ю. Олисова<sup>1</sup>, Е.В. Владимирова<sup>2</sup>, А.М. Бабушкин<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Кафедра кожных и венерических болезней (зав. — проф. О.Ю. Олисова) лечебного факультета ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, <sup>2</sup>кафедра дерматовенерологии (зав. — проф. В.В. Владимиров) Института повышения квалификации ФМБА России, <sup>3</sup>Ханты-Мансийский клинический кожно-венерологический диспансер, Югры

*Приведены данные литературы о спектрах УФ-излучения, благотворном и негативном воздействии УФ-излучения на человека. Обсуждаются различные классификации по фототипам кожи, и предложена классификация В.В. Владимирова по реагированию кожи на УФ-облучение, которая должна стать общепризнанной на территории России. В работе также освещены вопросы применения фотозащитных средств.*

Ключевые слова: *УФ-излучение, классификация фототипов, фотозащитные средства*

#### THE SKIN AND THE SUN

**O. Yu. Olishova, E. V. Vladimirova**

*Published data on UV radiation spectra, favorable and negative effects of UV radiation on human beings are presented. Classifications of the skin by phototypes are discussed. V.V. Vladimirov's classification by skin reaction to UV exposure is suggested, which should become universally acknowledged in Russia. The use of photoprotective means is discussed.*

Key words: *UV radiation, phototype classification, photoprotective means*

Составляющей спектра солнечного излучения, достигающего поверхности Земли и влияющего на человека, являются УФ-лучи, видимый свет и инфра-

красное излучение (**рис. 1**). Наибольшую опасность для человека из этих видов излучения представляет ультрафиолетовое, которое вызывает фотостарение

Сведения об авторах:

Олисова О. Ю. — д-р мед. наук, проф. (olisovaolga@mail.ru); Владимирова Е. В. — канд. мед. наук, доцент, Бабушкин А. М. — аспирант.