

**Педикулез**

Кодирование по Международной

 статистической классификации

 болезней и проблем, связанных

со здоровьем: **В 85**

Возрастная группа: взрослые/дети

Год утверждения:

Разработчик клинической рекомендации: **Российское общество дерматовенерологов и косметологов**

Клинические рекомендации

Оглавление

 [1](#_Toc18581325)

[Оглавление 2](#_Toc18581326)

[Список сокращений 4](#_Toc18581327)

[Термины и определения 5](#_Toc18581328)

[1.1. Определение заболевания 6](#_Toc18581329)

[1.2. Этиология и патогенез заболевания 6](#_Toc18581330)

[1.3. Эпидемиология заболевания 6](#_Toc18581331)

[1.4. Особенности кодирования заболевания по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 7](#_Toc18581332)

[1.5 Классификация заболевания соответствует Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ 10) 7](#_Toc18581333)

[1.6. Клиническая картина заболевания 7](#_Toc18581334)

[2. Диагностика заболевания, медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики 8](#_Toc18581335)

[2.1 Жалобы и анамнез заболевания 8](#_Toc18581336)

[2.2 Физикальное обследование 8](#_Toc18581337)

[2.3 Лабораторные диагностические исследования 9](#_Toc18581338)

[2.4 Инструментальные диагностические исследования 9](#_Toc18581339)

[2.5 Иные диагностические исследования 9](#_Toc18581340)

[3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения 9](#_Toc18581341)

[3.1 Консервативное лечение 9](#_Toc18581342)

[3.2 Хирургическое лечение 16](#_Toc18581343)

[3.3 Иное лечение 16](#_Toc18581344)

[4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитация 16](#_Toc18581345)

[5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики 16](#_Toc18581346)

[6. Организация медицинской помощи 16](#_Toc18581347)

[7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания) 17](#_Toc18581348)

[Критерии оценки качества медицинской помощи 17](#_Toc18581349)

[Список литературы 19](#_Toc18581350)

[Приложение А1. Состав рабочей группы 21](#_Toc18581351)

[Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций 22](#_Toc18581352)

[Целевая аудитория клинических рекомендаций: 22](#_Toc18581353)

[Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата 24](#_Toc18581354)

[Приложение Б. Алгоритмы действий врача 25](#_Toc18581355)

[Приложение В. Информация для пациентов 26](#_Toc18581356)

[Приложение Г1. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях. 27](#_Toc18581357)

Список сокращений

МКБ – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем

СанПиН – санитарные правила и нормы

Термины и определения

**Педикулез** - паразитарное заразное заболевание человека, причиной которого служат кровососущие насекомые – вши.

Pediculus humanus capitis de Geer – семейство Pediculidae - головная вошь, вызывает головной педикулез.

Pediculus corporis de Geer - семейство Pediculidae - платяная вошь, вызывает платяной педикулез.

Phthirus pubis, семейство Phthiridae – лобковая вошь, или площица, вызывает лобковый педикулез.

**1. Краткая информация по заболеванию**

## ****1.1. Определение заболевания****

**Педикулез** – паразитарное заразное заболевание человека, причиной которого служат кровососущие насекомые – вши.

## ****1.2. Этиология и патогенез заболевания****

Вши (отряд Anoplura) – постоянные эктопаразиты млекопитающих.

Педикулез вызывают специфические однохозяинные паразиты человека:

* Pediculus humanus capitis de Geer, семейство Pediculidae – головная вошь, вызывает головной педикулез;
* Pediculus corporis de Geer, семейство Pediculidae – платяная вошь, вызывает платяной педикулез;
* Phthirus pubis, семейство Phthiridae – лобковая вошь, или площица, вызывает лобковый педикулез.

Заражение людей головным педикулезом происходит при контакте с человеком, зараженным вшами, преимущественно при соприкосновении волос (прямой путь) или при использовании предметов (непрямой путь), которыми пользовался больной педикулезом.

Заражение платяными вшами происходит при контакте или при использовании одежды больного педикулезом. Платяные вши являются переносчиками сыпного и возвратного тифа.

Лобковый педикулез (фтириаз) передается, главным образом, при половых контактах.

## ****1.3. Эпидемиология заболевания****

Распространенность заражения составляет от 5% до 30% в некоторых популяциях.

В Российской Федерации заболеваемость педикулезом в 2018 году составила 120,5 на 100 тыс. населения: у лиц в возрасте до 17 лет – 193,7 на 100 тыс.населения соответствующего возраста; у детей в возрасте до 14 лет – 211, 1 на 100 тыс. населения соответствующего возраста [1].

Платяная  вошь - самая крупная (размер до 5,0 мм),  живет в складках  и швах белья и одежды, где откладывает яйца, которые приклеиваются к ворсинкам ткани, а также к волосам на теле человека. Средняя продолжительность жизни взрослых особей вшей 35-45 дней. В течение жизни откладывает до 400 яиц. Платяные вши остаются жизнеспособными вне человека  2-3 суток,  при понижении температуры до 7 суток.

Головная вошь - (размер до 3,5 мм)  живет и размножается в волосистой части головы, предпочтительно на висках, затылке и темени. Жизненный цикл от яйца (гнида) до взрослой особи 25-35 дней, откладывает за жизнь  до 140 яиц.  Вне тела хозяина погибает через сутки.

Лобковая вошь - (размер до 1,5 мм) живет на волосах лобка, бровей, ресниц, усов, подмышечных впадин. При значительной численности насекомые могут распространяться на всей нижней части туловища, особенно на животе, после укусов остаются характерные синюшные следы. Самка в течение жизни откладывает около 50 яиц. Продолжительность жизни около месяца.  Вне человека лобковая вошь живет 10-12 часов.

## ****1.4. Особенности кодирования заболевания по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем****

**Педикулез и фтириаз** (В85)

B85.0 – Педикулез, вызванный Pediculus humanuscapitis;

B85.1 – Педикулез, вызванныйPediculushumanuscorporis;

В85.2 – Педикулез неуточенный;

B85.3 – Фтириаз;

B85.4 – Смешанный педикулез.

## ****1.5 Классификация заболевания соответствует Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ 10)****

## ****1.6. Клиническая картина заболевания****

При головном педикулезе вши и гниды локализуются на волосистой части головы, чаще в височной и затылочной областях. При активном процессе возможно склеивание волос серозно-гнойным экссудатом. Может наблюдаться поражение бровей и ресниц, а также гладкой кожи ушных раковин, заушных областей и шеи.

При платяном педикулезе вши заселяют одежду, концентрируясь в складках. При распространенном процессе переходят на кожу туловища. В местах частогокровососания вшей, где одежда плотно прилегает к телу, типичны огрубение кожи, меланодермия («кожа бродяг»).

При смешанном педикулезе инфестация головными и платяными вшами происходит одновременно, клинические симптомы заболеваний сочетаются.

При лобковом педикулезе (фтириазе) вши обнаруживаются в волосах лобка, нижней части живота. Они могут переползать на волосы аксилярных областей, бороды и усов, бровей и ресниц. Характерно появление голубоватых пятен (macula cаeruleae) в местах кровососания.

## 2. Диагностика заболевания, медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Критерии установления диагноза:

диагностика основывается на клинических и эпидемиологических данных, подтвержденных обнаружением возбудителя. Рекомендуется визуальный осмотр пациента, вычесывание, использование лампы Вуда, возможно –дерматоскопия для верификации диагноза и дифференциальной диагностики с чесоткой, крысиным клещевым дерматитом, флеботодермией, аллергическим контактным дерматитом, пиодермией.

## ****2.1 Жалобы и анамнез заболевания****

Зуд (как результат аллергической реакции на слюну, вводимую вшами в кожу при кровососании), экскориации и кровянистые корочки.

Наличие вшей на разных стадиях развития, включая гниды: при головном и лобковом педикулезе на голове, лобке, в аксиллярной области, при платяном – на одежде больного [2].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).**

## ****2.2 Физикальное обследование****

Объективные клинические проявления педикулеза, выявляемые при физикальном обследовании, описаны в разделе «Клиническая картина».

При высокой численности вшей их легко обнаружить визуально в местах наиболее частого обитания. Живые гниды при головном и лобковом педикулезе находятся у основания волос, тогда как пустые оболочки и погибшие яйца можно обнаружить на значительном расстоянии – до 2-3 см от корней волос. Локализация гнид на волосах помогает определить давность заболевания. При средней скорости роста волос около 0,5 мм в сутки отложенные месяц назад гниды находятся на расстоянии 1-1,5 см от кожи. Наличие только пустых яйцевых оболочек и погибших гнид на значительном расстоянии от кожи головы свидетельствует о перенесенном ранее педикулезе и не является признаком активной инфестации. При подозрении на платяной педикулез осматривают больного и его одежду, уделяя особое внимание швам и складкам на внутренней стороне вещей.

* **Рекомендуется** осмотр кожи под увеличением (дерматоскопия) [2].

**Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств – 5).**

## ****2.3 Лабораторные диагностические исследования****

Не применяется.

## ****2.4 Инструментальные диагностические исследования****

## ****2.5 Иные диагностические исследования****

* **Рекомендуется** использование лампы Вуда: живые гниды дают жемчужно-белое свечение[2].

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств – 5)

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

## ****3.1 Консервативное лечение****

* **Рекомендуются** для наружной терапии головного, лобкового и платяного педикулеза препараты на основе перметрина в различных формах выпуска:

перметрин крем 1% экспозиция 10 минут, однократная обработка [3].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3)**

или

перметрин гель 1% экспозиция 40 минут, однократная обработка [4].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

или

перметрин лосьон 0,2–0,5% экспозиция от 10 до 40 минут в зависимости от препарата, однократная обработка [4].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

или

перметрин шампунь 0,4–1,5% экспозиция от 10 до 20 минут, в зависимости от препарата, необходима повторная обработка через 7–10 дней [4].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

или

перметрин твердое мыло 0,5% экспозиция 20 минут, необходима повторная обработка через 7–10 дней [4].

**Уровень убедительности рекомендаций С** (**уровень достоверности доказательств – 5)**

или

концентраты эмульсий с содержанием перметрина от 5% до 25% в зависимости от препарата концентрация перметрина в рабочих водных эмульсиях от 0,1% до 0,3%, экспозиция от 20 до 40 минут, обработка однократная [5,6].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

* **Рекомендуются** для наружной терапии головного и лобкового педикулеза другие из группы пиретроидов:

d-фенотрин 0,3% [4].

**Уровень убедительности рекомендаций С**(уровень достоверности доказательств – 5)

или

перметрин 0,7%, тетраметрин 0,5%, пирипроксифен 0,05% [4].

**Уровень убедительности рекомендаций С**(уровень достоверности доказательств – 5)

или

перметрин 0,7%, биоаллетрин 0,03% [4].

**Уровень убедительности рекомендацийС** (уровень достоверности доказательств – 5)

**Комментарии:** Указанные инсектициды входят в состав шампуней, как правило, в смеси с перметрином. Экспозиция для всех препаратов 10 минут. Повторная обработка через 7–10 дней.

* **Рекомендуются** для наружной терапии головного и лобкового педикулеза фосфорорганические соединения:

малатион [4, 12, 13].

**Уровень убедительности рекомендаций С** **(уровень достоверности доказательств – 5)**

**Комментарии:** Малатион входит в состав: готового к применению средства в аэрозольной упаковке (смесь малатиона, 0,5%; перметрина, 1%; пиперонилбутоксида, 4%), экспозиция 10 мин, однократная обработка; концентрата эмульсии (41%), рабочая водная эмульсия содержит 0,5% малатиона, экспозиция 10 минут, однократная обработка.

или

фентион [9,10].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

**Комментарии:** Фентионвходит как действующее вещество в препараты в форме концентрата эмульсии либо самостоятельно (20%, 24%), либо в смеси с перметрином (суммарная концентрация – 10%, 20%); концентрация рабочей эмульсии от 0,1% до 0,25% (согласно инструкциям производителей).

Все препараты в форме концентрата эмульсии на основе фосфорорганических соединений разрешены для обработки лиц в возрасте старше 16-18 лет в зависимости от конкретного средства.

* **Рекомендуется** для наружной терапии головного и лобкового педикулеза бензилбензоат\*\* в 20%-ной концентрации [7].

**Уровень убедительности рекомендаций С** **(уровень достоверности доказательств – 5)**

**Комментарии:** бензилбензоат входит в состав педикулицидных средств в форме спрея (экспозиция 30 минут, однократная обработка) и в форме лосьона (экспозиция 10 минут, однократная обработка).

* **Рекомендуются** для наружной терапии головного и лобкового педикулеза полидиметилсилоксаны (диметиконы) – синтетические кремнийорганические полимеры (силиконовые масла), обладают высокой инсектицидной активностью в отношении вшей. Применяют готовые к применению средства в форме:

лосьона – смесь диметикона (4%) и изопара (96%), экспозиция 15 мин., необходима повторная обработка через 7–10 дней [8].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

или

спрея – смесь диметикона (4%) и изопара (96%), экспозиция 15 минут, необходима повторная обработка через 7–10 дней [8].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

или

спрея – смесь диметикона (4%) и оксифтирина, экспозиция 8 часов, однократная обработка [6].

**Уровень убедительности рекомендаций С** **(уровень достоверности доказательств – 5)**

или

жидкости – 92% диметиконов (смесь двух диметиконов с разной степенью летучести), экспозиция 45 минут, необходима повторная обработка через 7–10 дней [16, 17].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 1, 5)**

или

жидкости – 4% диметиконов, экспозиция 8 часов, необходима повторная обработка через 7–10 дней [6].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

* **Рекомендуется** для наружной терапии головного и лобкового педикулеза шампунь, содержащий клеарол (69,25%), экспозиция 10 минут, необходима повторная обработка через 7–10 дней [6].

**Уровень убедительности рекомендаций С** **(уровень достоверности доказательств – 5)**

* **Рекомендуется** для наружной терапии головного и лобкового педикулеза изопропиловый эфир миристиновой кислоты (изопропилмиристат):

смесь изопропилмиристата (50%) и циклометикона (50%) (A, С, D), экспозиция 10 минут, необходима повторная обработка через 7–10 дней [8,18,19].

**Уровень убедительности рекомендаций С** **(уровень достоверности доказательств – 5)**

**Рекомендуется** для наружной терапии головного педикулеза спиртовой лосьон, содержащий эфирные масла:

анисового масла, 6%, экспозиция 30 минут, однократная обработка [6,20].

**Уровень убедительности рекомендаций С** (**уровень достоверности доказательств – 5)**

гвоздичного масла, 10%, экспозиция 30 минут, однократная обработка [6,20].

**Уровень убедительности рекомендаций С** (**уровень достоверности доказательств – 5)**

**Комментарии:**Готовые к применению лекарственные препараты наносят на волосистую часть головы (головной педикулез) или на волосы лобка, подмышечных впадин (фтириаз), равномерно распределяя по длине волос и особенно тщательно обрабатывая их корни. Концентраты эмульсии разводят водой до рабочей концентрации (по инструкции производителя) и наносят тампоном. Экспозиция для каждого препарата индивидуальна. После завершения времени действия педикулицид смывают с волос проточной водой, моют мылом или шампунем, ополаскивают 4,5–5% раствором уксусной кислоты, прочесывают частым гребнем для удаления погибших насекомых и яиц. Спиртсодержащие препараты противопоказаны при фтириазе.

Лечение проводится одновременно с организацией противоэпидемическими профилактическими мероприятиями в соответствии с СанПиН 3.2.3215-14 «Профилактика паразитарных болезней на территории РФ»

* **Рекомендуется** для лечения беременных и кормящих женщин**:**

раствор перметрина, приготовленный из 5% концентрата эмульсии в этаноле.

**Уровень убедительности рекомендаций С** **(уровень достоверности доказательств – 5)**

или

лосьон, содержащий 4% диметиконов.

**Уровень убедительности рекомендаций С** **(уровень достоверности доказательств – 5)**

* **Рекомендуется** для лечения детей:

1% гель на основе перметрина, разрешенный к применению у детей в возрасте старше 1 года. Экспозиция 40 минут, однократная обработка.

**Уровень убедительности рекомендаций С** **(уровень достоверности доказательств – 5)**

или

препарат, содержащий смесь малатиона и перметрина (0,5% и 1%, соответственно) и синергист пиперонилбутоксид (4%), разрешенный к применению у детей в возрасте старше 2,5 лет. Экспозиция 10 минут, однократная обработка.

**Уровень убедительности рекомендаций С** **(уровень достоверности доказательств – 5)**

**Комментарии:**основную часть педикулицидов используют для лечения детей, начиная с 5–летнего возраста. Исключение составляют лишь отдельные препараты, разрешенные для использования детям в возрасте до 5 лет [6].

Чемерицы Лобеля корневищ с корнями настойка

**Комментарии.***Противопоказания к применению: Повышенная чувствительность к препарату, беременность, период грудного вскармливания. Детский возраст до 18 лет (так как отсутствуют данные по клиническому применению препарата в педиатрии).*

**Уровень убедительности рекомендаций С** **(уровень достоверности доказательств – 5)**

## 3.2 Хирургическое лечение

Не применяется.

## 3.3 Иное лечение

Не применяется.

Диетотерапия не применяется.

Обезболивание не применяется.

4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитация

Не применяется.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

**Рекомендуется** соблюдать правила личной и половой гигиены.

При выявлении лиц с педикулезом (в первую очередь с платяным педикулезом) **рекомендуется** проведение радикального уничтожения вшей.

**Рекомендуется** проводить дезинсекцию одновременно уничтожая вшей на теле человека, его белье, одежде, головных уборах, расческах и прочих вещах (постельное белье и др.), при необходимости на предметах обстановки (камерная дезинсекция).

При выявлении платяного или смешанного педикулеза **рекомендуется** камерная дезинсекция вещей, не подлежащих кипячению.

Обследование контактировавших с больным педикулезом людей на наличие вшей.

При лобковом педикулезе – **рекомендуется** осмотр половых контактов [4].

Эффективность обработки при головном и лобковом педикулёзе устанавливается путём тщательного визуального осмотра волос и вычёсывания насекомых частым гребнем. При выявлении минимального количества жизнеспособных яиц вшей (1–3) **рекомендуется** проведение повторной обработки через 7–10 дней [4].

**Уровень убедительности рекомендаций С** **(уровень достоверности доказательств – 5)**

Эффективность обработки вещей при платяном или смешанном педикулёзе устанавливается визуально, осматривая их с внутренней стороны через 1,5–2 часа и через сутки после обработки. Особое внимание уделяется воротнику, швам и складкам одежды, где обычно локализуются вши.

6. Организация медицинской помощи

Показания для госпитализации отсутствуют.

Осмотр контактных лиц в организованных коллективах проводит медицинский персонал учреждения, при его отсутствии (и при осмотре контактных лиц в домашних очагах) – медицинский персонал медицинской организации территориальной принадлежности.

В организованных коллективах осмотр контактных лиц и противопедикулезные мероприятия осуществляет медицинский персонал, при необходимости привлекаются другие сотрудники. Обследования организованного коллектива проводятся при выявлении первого больного и через 2 недели после завершения лечения последнего пациента (при условии своевременного осмотра всех членов очага). Срок наблюдения очага – 1 месяц с момента изоляции (или санации) последнего заболевшего. Осмотр контактных лиц в очаге -1 раз в 10 дней. Очаг считается санированным при трех отрицательных результатах обследования.

При выявлении случая педикулеза в соматическом отделении перевода в дерматологическое отделение (стационар) не требуется. Лечение проводится в том отделении, где пациент находится в связи с основным заболеванием.

При подозрении на фтириаз пациенты направляются к дерматовенерологу.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания)

Возможные осложнения педикулеза:

1. розеолы, папулы («папулезная крапивница») в местах кровососания вшей, реже – эритема;
2. дерматит и экзематизация кожи при длительном течении педикулеза и фтириаза;
3. вторичная пиодермия, как следствие присоединения кокковой микрофлоры;
4. регионарный лимфаденит при распространенной пиодермии.

Критерии оценки качества медицинской помощи

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | Критериикачества | Уровеньдостоверности доказательств | Уровень убедительности рекомендаций |
| 1 | Выполнено визуальное обнаружение | 5 | С |
|     2 | Проведена терапия противопаразитарными препаратами | 1, 5 | A, C |
|     3 | Достигнуто полное уничтожениеPediculuscapitisdeGeerPediculuscorporis de GeerPhthirus pubis | 5 | С |
|    4 | Достигнуто исчезновение клинических симптомов заболевания (субъективных и объективных) клиническое выздоровление | 5 | С |

Список литературы

1. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека: официальный сайт. – М. – URL: <http://77.rospotrebnadzor.ru/index.php/napravlenie/profinfzab/5437-2017-08-29-14-26-56> (дата обращения: 02.09.2019). – Текст: электронный.
2. Детская дерматовенерология: учебник под ред. проф. И.А. Горланова. М,: «ГЭОТАР-Медиа», 2017. – 512 с.- С.154.
3. CarsonD.S., TribbleP.W., WeartC.W. Pyrethrins combined with piperonylbutoxide (RID) vs 1% permethrin (NIX) in the treatment of head lice. Am J Dis Child 1988; 142 (7): 768–769.
4. Шандала М.Г., Фролова А.И., Царенко В.А., Осипова Н.З. Информационное письмо «О борьбе с головными, лобковыми и платяными вшами в целях неспецифической профилактики сыпного и возвратного тифов и волынской лихорадки, переносчиками возбудителей которых являются платяные и головные вши» (по состоянию на 1 января 2009 г.)». Дезинфекционное дело 2009; 2: С.54–58.
5. Медифокс – оптимальное средство для противоэпидемических (профилактических) мероприятий в очагах чесоткой / Бондарев И.М., Ибрагимов Р.С., Юркова Е.В. Текст: непосредственный //. РЭТ-ИНФО.- 2005.-№ 4.- С 51–54.
6. Шестопалов Н.В., Фролова А.И., Рославцева С.А., и др. Информационное письмо «Современные педикулицидные средства для борьбы со вшами» (по состоянию на 1 января 2013 г.). Дезинфекционное дело 2013; 2: 34–38.
7. Сравнительная педикулицидная активность invitroпрепаративных форм на основе бензилбензоата. / Лопатина Ю.В. Текст: непосредственный // Дезинфекционное дело. – 2013. - №4. С.47–51.
8. Современные средства для лечения головного педикулеза: полисилоксаны //Лопатина Ю.В., Еремина О.Ю. Текст: непосредственный // Медицинский алфавит. Санитария и гигиена. – 2012. - № 4. С.28–33.
9. Инсектицидное действие на вшей перметрина и фосфорорганических соединений в бинарных смесевых препаратах / Лопатина Ю.В., Еремина О.Ю. Текст: непосредственный // Дезинфекционное дело.- 2012.- № 2.- С. 41–47.
10. Сравнительная активность разных групп инсектицидов в отношении устойчивых к перметрину вшей (Anoplura, Pediculidae) / Лопатина Ю.В., Еремина О.Ю. Текст: непосредственный // Медицинская паразитология и паразитарные болезни.- 2013.-№ 1. С.20–28.
11. Efficacy of a reduced application time of Ovide lotion (0.5% malathion) compared to Nix creme rinse (1% permethrin) for the treatment of head lice// Menking T.L., Vicaria M., Eyerdam D.H. et al./PediatrDermatol.- 2004; 21 (6): РР. 670–674.
12. Natural products and their application to the control of head lice: An evidence-based review //Heukelbach J., Speare R., Canyon D. / Chemistry of natural products: recent trends and developments. Part 7. Ed. G.Brachmachari. 2006. P. 1–26.
13. A new two-phase dimeticonepediculicide shows high efficacy in a comparative bioassay //Heukelbach J., Asenov A., Liesenfeld O. et al. // BMC Dermatol. 2009; РР. 9: 12.
14. Evaluation of four pediculicides against the head lice Pediculus h. capitis // Abou el-Ela R.G., Morsy T.A., Nassar M.M., Khalaf S.A. /J Egypt SocParasitol 2000; 30 (1): РР. 51–58.
15. A highly efficacious pediculicide based on dimeticone: randomized observer blinded comparative trial // Heukelbach J., Pilger D., Oliveira F.A. et al. / BMC Infect Dis 2008; РР.8: 15.
16. Ovicidal response of NYDA formulations on the human head louse (Anoplura: Pediculidae) using a hair tuft bioassay // Strycharz J.P., Lao A.R., Alves A.M., Clark J.M. /J Med Entomol 2012; 49 (2): РР. 336–342.
17. North American efficacy and safety of a novel pediculicide rinse, isopropyl myristate 50% (Resultz) // Kaul N., Palma K.G., Silagy S.S. et al. // J Cutan Med Surg 2007; 11 (5): РР.161–167.
18. Randomised, controlled, parallel group clinical trials to evaluate the efficacy of isopropyl myristate/cyclomethicone solution against head lice // Burgess I.F., Lee P.N., Brown C.M. // Pharmaceutical J 2008; 280 (7495): РР.371–375.
19. Педикулицидная активность веществ растительного происхождения и препаратов на их основе //Лопатина Ю.В., Еремина О.Ю. Текст: непосредственный / Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 2014. - № 2.- С. 37–42.

Приложение А1. Состав рабочей группы

1. Кубанов Алексей Алексеевич – член-корреспондент РАН, президент ООО «РОДВК», директор ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии ФГБОУ ДПО «РАМНПО» Минздрава России
2. Онипченко Виктория Викторовна – главный врач ГБУЗ НСО «НОККВД», член Российского общества дерматовенерологов и косметологов, председатель Новосибирского регионального отделения Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
3. Соколова Татьяна Вениаминовна – д.м.н., профессор кафедры кожных и венерических болезней Медицинского института непрерывного образования ФГБОУ ВО «Московский государственный университет пищевых производств»
4. Гладько Виктор Владимирович – д.м.н., профессор, директор медицинского института непрерывного образования, заведующей кафедрой кожных и венерических болезней «Московский государственный университет пищевых производств»
5. Лопатина Юлия Владимировна – к.б.н., старший научный сотрудник кафедры энтомологии биологического факультета МГУ
6. Малярчук Александр Петрович – д.м.н., доцент, профессор кафедры кожных и венерических болезней Медицинского института непрерывного образования «Московский государственный университет пищевых производств»
7. Павлова Татьяна Геннадьевна - главный врач «ГБУЗ КО ОККВД», главный областной специалист по дерматовенерологии и косметологии.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

## ****Целевая аудитория клинических рекомендаций:****

1. Врачи-специалисты: врачи-дерматовенерологи, педиатры, терапевты, врачи общей практики.

2. Ординаторы и слушатели циклов повышения квалификации по указанным специальностям.

**Таблица 1.**Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД)для методов диагностики (диагностических вмешательств)

|  |  |
| --- | --- |
| **УДД** | **Расшифровка** |
| 1 | Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа |
| 2 | Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа |
| 3 | Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования |
| 4 | Несравнительные исследования, описание клинического случая |
| 5 | Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов |

**Таблица 2.**Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД)для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

|  |  |
| --- | --- |
| **УДД** |  **Расшифровка**  |
| 1 | Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа |
| 2 | Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа |
| 3 | Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования |
| 4 | Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль» |
| 5 | Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов |

**Таблица 3.**Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций(УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

|  |  |
| --- | --- |
| **УУР** | **Расшифровка** |
| A | Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)  |
| B | Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)  |
| C | Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)  |

**Порядок обновления клинических рекомендаций.**

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

## Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

1. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология», утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 924н от 15 ноября 2012 г.
2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 11.12.2007 № 752 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с педикулезом».
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 26.11.1998 №342 "Об усилении мероприятий по профилактике эпидемического тифа и борьбе с педикулезом".
4. Методические указания 3.2.1756-03 «Эпидемиологический надзор за паразитарными болезнями».
5. ФЗ-61 от 12.04.2010 «Об обращении лекарственных средств»
6. Приказ министерства здравоохранения РФ от 09.02.2016 №80 «Об утверждении порядка ведения государственного реестра лекарственных средств для медицинского применения».

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



Приложение В. Информация для пациентов

1. С целью предупреждения повторного заражения необходимо одновременное обследование всех членов семьи или организованного коллектива.
2. Соблюдение гигиенических мероприятий.
3. Дезинсекционные мероприятия:
* кипячение и проглаживание горячим утюгом постельного и нательного белья, камерная дезинсекция одежды (инсектицидные препараты).
* орошение при помощи распылителей или протирание ветошью помещений, мебели, дверных ручек и пр. (инсектицидные препараты).

Приложение Г1. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.