

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО
имени профессора В.И.Прохоренкова

Зав.Кафедрой
д.м.н., проф.,
Карачева Ю.В.

Реферат

по теме: ПЕДИКУЛЕЗ

Выполнила:
клинический ординатор
1 года обучения
Чангы Л.Б

Проверила:
д.м.н., профессор
Карачева Ю.В.

Красноярск, 2018 г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Введение.....	3
2. Этиология	3
3. Клиника	4
4. Диагностика	5
5. Мероприятия по борьбе с педикулезом.	6
6. Лечение	8
7. Противоэпидемические мероприятия.....	16
8. Профилактика	17
9. Заключение.....	18
10.Список использованной литературы.....	19

Введение

Вши - мелкие кровососущие насекомые, которые легко переходят от человека к человеку. Несмотря на то, что в природе имеется до 150 видов вшей, они являются строго специфичными паразитами и паразитируют только на определенных видах животных. Человек может заразиться педикулезом только от других людей, но не от больной кошки или морской свинки. Именно поэтому риск заражения вшами очень велик. Проблема педикулеза (вшивости) сохраняет свою актуальность и в наше время. Так что же такое педикулез? Как защитить себя от заражения педикулезом и как с ним бороться?

Этиология педикулеза

Педикулез (Вшивость) - паразитарное заболевание кожи, вызываемое вшами. Педикулез чаще развивается при неблагоприятных гигиенических условиях, нечистоплотности, в местах компактного проживания больших количеств людей.

Вши (*Anoplura*) - насекомые, питающиеся кровью и всю жизнь проводящие на теле человека. Различают:

1. Головных вшей;
2. Платяных вшей;
3. Лобковых вшей.

Головные вши (*Pediculus capitis*) паразитируют на волосистой части головы, откладывают яйца (гниды) серовато-белого цвета, которые хитиновым веществом плотно прикрепляются к волосам.

Платяные вши (*Pediculus vestimentī*) поселяются в постельном и нательном белье, нижней и верхней одежде, откуда попадают на кожу.

Лобковые вши (*Pediculus pubis*), или площади, в отличие от головных и платяных вшей удерживаются на волосах только тремя ногами одной половины туловища и таким же образом перемещаются по волосу. Обитают на волосах лобковой области, нижней части живота, бедер, подмышечных впадин, груди, промежности и ануса, так как в этих областях располагается большое количество апокриновых потовых желез, на которые специфически ориентировано обоняние лобковых вшей. На волосах одновременно взрослыми особями могут располагаться гниды. При редком поражении

детей лобковые вши поселяются в бровях, ресницах и - волосистой части головы.

Попадая на волосистую часть кожи и приклепляясь волосам с помощью клещей, расположенных на ногах, вошь вонзает свой ротовой аппарат в кожу и сосет кровь из капилляров. Вместе укуса под влиянием раздражения кожи секретом слюнных желез появляются зудящие пятна и узелки (характерны для головного и платяного педикулеза). При нарастании зуда появляются расчесы, вследствие которых усиливается и распространяется воспаление, образуются эрозии, корочки, шелушение, а затем везикулы, мокнутие - развивается экзематозный процесс, который может осложниться пиодермией. Появление maculae coeruleae при лобковом педикулезе связано либо с появлением мелких кровоизлияний при сосании крови вшами, либо с отложением секрета слюнных желез вшей.

Клиника педикулеза

Инкубационный период от момента заражения до появления симптоматики может продолжаться до 30 дней и более.

1. Головные вши чаще паразитируют у девочек и женщин. Наиболее частая локализация вшей и гнид - височная и затылочная области. В запущенных случаях насекомые появляются на бровях, ресницах, у мужчин - в бороде и усах. Отмечаются сильный зуд, расчесы, диффузное раздражение кожи. Может наступить экзематизация - появление пузырьков и мокнутия. Выделяющийся густой обильный экссудат ссыхается в корки, склеивает волосы в толстые пучки, вплоть до образования войлокоподобных коконов. От больных исходит неприятный запах. Болезнь часто осложняется пиодермией, которая может распространяться на ушные раковины, шею, лоб, брови; при этом воспаляются и увеличиваются регионарные лимфатические узлы.

2. При платяном педикулезе поражаются чаще взрослые, реже дети.

3. Вши паразитируют в местах соприкосновения складок и швов платья и одежды с телом (подмышечные впадины, пахово-бедренные складки, поясница, живот, верхняя часть спины). Заболевание сопровождается зудом и расчесами. Возможны осложнения, связанные с гнойничковой флорой (фолликулиты, фурункулы, эктима). При длительном течении болезни в местах поражения развиваются участки утолщения кожи с линейными расчесами, шелушением, кожа приобретает грязно-серый, серовато-бурый оттенок. После выздоровления остаются гиперпигментные пятна.

4. Лобковым педикулезом поражаются преимущественно взрослые при половых контактах, реже через нательное или постельное белье. Это заболевание чаще встречается у женщин в возрасте 15-19 лет. После 20 лет его частота у мужчин и женщин выравнивается. Лобковый педикулез сопровождается менее выраженным зудом, чем при других формах педикулеза, поэтому реже наблюдаются расчесывания их обычными последствиями (вторичная инфекция, экзematизация). Процесс обычно ограничивается лобком, однако могут вовлекаться бедра и туловище, особенно у людей с сильно развитым оволосением. При поражении ресниц развивается блефарит. Для лобкового педикулеза характерно появление голубоватых или серых пятен, диаметром до 1 см, которые быстро исчезают. Особенно отчетливо они выражены на животе, груди, боковой поверхности туловища и бедрах.

Диагностика педикулеза

При обнаружении любых зудящих высыпаний на волосистых частях тела следует исключить педикулез. Осмотру на педикулез подлежат все лица, обращающиеся за медицинской помощью и проходящие плановые медицинские осмотры.

Диагноз педикулеза ставится на основании клинической картины - визуального осмотра и результатов паразитологического исследования.

При визуальном осмотре невооруженным глазом или с помощью лупы можно увидеть взрослых вшей. Насекомые лучше различимы после того, как напьются крови. При лобковом педикулезе вши выглядят в виде серо-бурых точек, расположенных у корня волос. Вши абсолютно неподвижны, однако при попытке оторвать их они проявляют признаки жизни и еще более активно цепляются за волос, от которого отрываются лишь с большим трудом. Чтобы отделить вошь, ее нужно тянуть пинцетом вдоль всего волоса. Чаще обнаруживаются гниды, прочно прикрепленные к волосам. Гниды иногда путают с перекрученными волосами или узелками на волосах, а также с чешуйками при себорейном дерматите и перхоти. Для подтверждения диагноза необходимо микроскопическое исследование волос.

Дифференцировать педикулез необходимо с:

1. Пиодермией;
2. Микробной экземой;

3. Нейродермитом;
4. Себорейным дерматитом;
5. Псориазом;
6. Контактным дерматитом.

Мероприятия по борьбе с педикулезом

При подозрении на платяной педикулез следует обратиться в лечебное учреждение (поликлиника, кожно-венерологический диспансер), медицинский работник которого подаст заявку в Дезинфекционную станцию административного округа на проведение обработки вещей и квартиры, либо самому обратиться в Дезинфекционную станцию по месту жительства.

При головном педикулезе обработку можно провести своими силами, для чего необходимо купить в аптеке или специализированном магазине противопедикулезное средство и строго по инструкции провести обработку головы. После обработки и мытья головы для лучшего удаления (отклеивания) гнид следует смочить волосы 9% столовым уксусом, разведенным пополам с водой и тщательно вычесать их частым гребнем. При необходимости обработку повторяют через каждые 7 дней до полного истребления насекомых и гнид.

При наличии заболеваний кожи, аллергии и детям до 5 лет, когда нежелательно применение противопедикулезных препаратов, проводится механическое вычесывание вшей и гнид частым гребнем. Для детей возможна стрижка наголо.

Одновременно с обработкой от педикулеза проводят смену нательного и постельного белья с последующей стиркой, белье и верхнюю одежду проглаживают утюгом с отпариванием.

При подозрении на лобковый педикулез для обработки и лечения последствий следует обратиться в кожно-венерологический диспансер по месту жительства.

Первый вариант - самостоятельная обработка.

Купите в аптеке любое средство для обработки от педикулёза (завшивленности).

Обработайте волосистую часть головы ребёнка средством строго в соответствии с прилагаемой инструкцией.

Вымойте ребёнка с использованием детского мыла или шампуня. Для мальчиков возможна стрижка наголо.

Удалите механическим способом (выберите руками или вычешите частым гребешком) погибших насекомых и гниды. Для снятия гнид необходимо смачивать пряди волос в растворе, приготовленном из равных количеств воды и 9% столового уксуса. Ополосните волосы тёплой водой.

Наденьте ребёнку чистое бельё и одежду.

Постирайте постельное бельё и вещи ребёнка отдельно от других вещей, прогладьте их утюгом с использованием пара.

Осмотрите и при необходимости, обработайте всех членов семьи. Не забудьте о себе.

Сообщите о ситуации врачу (медицинской сестре) детского учреждения, которое посещает Ваш ребёнок, для проведения комплекса противопедикулезных мероприятий.

Повторите осмотры ребенка и всех членов семьи через 7, 14, 21 день и проведите при необходимости повторные обработки до полного истребления насекомых и гнид.

Второй вариант - обработка в санитарном пропускнике.

Если Вы не можете провести обработку самостоятельно или желаете получить профессиональную помощь, то обратитесь в любой санитарный пропускник городского центра дезинфекции, и Вам обязательно помогут. Обработка в санитарных пропускниках проводится бесплатно.

Предварительно по телефону уточните маршрут проезда в санитарный пропускник и удобное для Вас время обработки.

Третий вариант - самостоятельный способ механической обработки.

Проводится в случаях наличия у Вашего ребёнка кожных, аллергических заболеваний и если возраст ребёнка до 5 лет.

Последовательность действий:

1. Вычешите живых насекомых частым гребешком желательно в ванную и смойте горячей водой.

2. Обрабатывайте пряди волос аккуратно, не касаясь кожи головы ребёнка, разведённым пополам с водой 9% столовым уксусом и снимайте гниды с волос руками или гребешком. На гребешок можно насадить вату, смоченную тем же раствором для улучшения отклеивания гнид.

3. Помойте голову и тело ребёнка детским мылом или шампунем.4. Постирайте нательное и постельное бельё и вещи ребёнка отдельно от других вещей, прогладьте утюгом с отпариванием.

5. Осмотрите и при выявлении насекомых, обработайте всех членов семьи. Для обработки взрослых членов семьи используйте противопедикулёзные средства, которые можно приобрести в аптечной сети.

6. Повторите осмотры ребенка и всех членов семьи через 7, 14, 21 день и проведите при необходимости повторные обработки. В случае выявления насекомых и гнид проведите повторные обработки до их полного истребления.

Лечение

Цели лечения

- уничтожение вшей на всех стадиях развития;
- устранение клинических проявлений заболевания;
- предупреждение развития осложнений;
- предупреждение заражения других лиц.

Общие замечания по терапии

Лечение педикулеза только этиотропное и направлено на уничтожение возбудителя на всех стадиях его развития.

Для этого используют три метода:

1. механический,
2. физический,
3. химический.

Неспецифические методы терапии применяют для лечения осложнений, сопутствующих педикулезу. Лечение педикулеза у каждого

конкретного больного проводят одновременно с противоэпидемическими мероприятиями в очагах (семьях и организованных коллективах), в состав которых входит больной.

При выявлении больных педикулезом их регистрацию и разъяснение правил текущей дезинсекции осуществляет выявивший педикулез медицинский работник независимо от его специальности.

Лечение педикулеза проводят только разрешенными для этой цели средствами. Назначая лечение, акцентируют внимание больного на необходимости соблюдения схемы применения конкретного препарата, изложенной

в прилагаемой к нему инструкции (способ нанесения, экспозиция, кратность обработок).

Обработку людей и их вещей при платяном или смешанном педикулезе проводят организации, имеющие лицензию по дезинфектологии.

Учитывая возможность фиксации гнид при платяном педикулезе не только на ворсинах одежды, но и на пушковых волосах кожного покрова человека, при распространенном процессе необходимо решать вопрос не только о дезинсекции одежды, но и об обработке больного (мытье тела горячей водой с мылом и мочалкой, в случае необходимости — сбривании волос, смене нательного и постельного белья).

При головном педикулезе обязательно обрабатывают головные уборы.

Механический метод удаления вшей применяют при незначительном поражении людей головными вшами (единичные особи).

Насекомых и их яйца вычесывают частым гребнем, стригут или сбривают волосы. Для сбора волос подкладывают клеенку или бумагу, которые затем вместе с волосами и насекомыми сжигают. Перед вычесыванием гнид с волос голову моют, ополаскивают теплым 4,5% водным раствором столового уксуса. Затем гнид и вшей счесывают частым гребнем, сквозь зубцы которого пропускают ватный жгут или нитку, обильно смоченные уксусом. Лучше использовать специальные расчески, предназначенные для этих целей, которые обрабатывают кипятком или 70% раствором спирта после каждого осмотра.

Физический метод заключается в уничтожении насекомых воздействием высоких или низких температур.

В быту используют кипячение белья, проглаживание одежды горячим утюгом. Не подлежащие стирке зараженные вещи обрабатывают в паровоздушно-формалиновых, паровых и комбинированных дезинфекционных камерах, а также в воздушных дезинсекционных камерах. В организованных коллективах и семейных очагах проводят камерную обработку постельных принадлежностей; при неблагоприятной эпидемиологической обстановке рекомендуется камерная обработка постельного и нижнего белья. При обнаружении головного педикулеза у одиноких престарелых лиц и инвалидов, у лиц, проживающих в санитарно неблагополучных условиях, в общежитиях, у членов многодетных семей специалисты медицинской организации подают заявку на проведение обработки в организацию, имеющую лицензию по дезинфектологии.

При выявлении головного педикулеза у лиц, проживающих в благоустроенных квартирах, обработка проводится силами населения.

Химический метод основан на применении педикулицидов — инсектицидных средств, эффективных в отношении вшей. Применяют препараты в виде лосьонов, шампуней, мыл, концентратов эмульсий, средств в аэрозольной упаковке и др.

Головной и лобковый педикулез

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 эмульсий 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, волосы моют мылом или шампунем, ополаскивают 4,5—5% раствором уксусной кислоты, прочесывают частым гребнем для удаления погибших насекомых и яиц. Спиртосодержащие препараты противопоказаны при фтириазе.

1. Пиретроиды

1.1. Препараты на основе *перметрина* применяют в различных формах выпуска:

■ крем 1% — экспозиция 10 минут, однократная обработка;

- ■ гель 1% — экспозиция 40 минут, однократная обработка;
- ■ лосьон 0,2—0,5% — экспозиция от 10 до 40 минут в зависимости от препарата, однократная обработка;
- ■ шампунь 0,4—1,5% — экспозиция от 10 до 20 минут в зависимости от препарата, необходима повторная обработка через 7—10 дней;
- ■ твердое мыло 0,5% — экспозиция 20 минут, необходима повторная обработка через 7—10 дней;
- ■ 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.

1.2. Другие инсектициды из группы пиретроидов входят в состав шампуней, как правило, в смеси с перметрином:

- ■ *d*-фенотрин 0,2% ;
- ■ перметрин 0,7%, тетраметрин 0,5%, тирипроксифен 0,05% ;
- ■ перметрин 0,7%, биоаллетрин 0,03% .

Экспозиция для всех препаратов 10 минут. Повторная обработка через 7—10 дней.

Учитывая формирование резистентности головных вшей к пиретроидам и снижение эффективности препаратов на их основе, рекомендуется использовать альтернативные средства с другим механизмом действия. В исследованиях *in vivo* и *in vitro* показано, что устойчивые к перметрину вши высоко чувствительны к диметиконам, эфирным маслам, бензилбензоату и, как правило, к фосфорорганическим соединениям.

2. Фосфорорганические соединения (ФОС)

2.1. 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.

2.2. *Фентион* входит 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 ФОС разрешены для обработки лиц в возрасте старше 16—18 лет в зависимости от конкретного средства.

3. *Бензилбензоат* в 20%-й концентрации входит в состав педикулицидных средства в форме спрея (экспозиция 30 минут, однократная обработка) и в форме лосьона (экспозиция 10 минут, однократная обработка).

4. *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;

■ спрея — смесь *диметикона* (4%) и *изопара* (96%) , экспозиция 15 минут, необходима повторная обработка через 7—10 дней;

■ спрея — смесь *диметикона* (4%) и *оксифтирина* , экспозиция 8 часов, однократная обработка;

■ жидкости — 92% *диметиконов* (смесь двух диметиконов с разной степенью летучести) , экспозиция 45 минут, необходима повторная обработка через 7—10 дней;

■ жидкости — 4% *диметиконов* , экспозиция 8 часов, необходима повторная обработка через 7—10 дней.

5. *Минеральные масла* применяют в форме шампуня, содержащего *клеарол* (69,25%), экспозиция 10 минут, необходима повторная обработка через 7—10 дней.

6. *Изопропиловый эфир миристиновой кислоты (изопропилмиристан)* применяют в форме жидкости, содержащей смесь *изопропилмиристана* (50%) и *циклометикона* (50%), экспозиция 10 минут, необходима повторная обработка через 7—10 дней.

7. *Эфирные масла* применяют в форме спиртового лосьона на основе:

■ ■ *анисового масла, 6%* — экспозиция 30 минут, однократная обработка;

■ ■ *гвоздичного масла, 10%* — экспозиция 30 минут, однократная обработка.

Используют только для лечения головного педикулеза.

Платяной педикулез

Средствами для уничтожения платяных вшей обрабатывают белье, одежду, постельные принадлежности. Дезактивация обработанных тканей проводится путем стирки и проветривания. В зависимости от режимов применения используют средства индивидуальной защиты или регламентируют условия применения средства. При использовании одежды, импрегнированной педикулицидом, сроки ее ношения строго регламентированы.

Для обработки помещений, мебели, а также белья, одежды и постельных принадлежностей применяют либо педикулицидные средства в аэрозольных упаковках, либо аэрозоли, образующиеся при орошении поверхностей препаратами в форме концентрата эмульсии при использовании различных типов распыливающей аппаратуры. Концентраты эмульсий применяют в виде рабочих водных эмульсий, которые приготавливают непосредственно перед употреблением и используют в течение рабочего дня.

Для дезинсекции текстильных и других изделий, которые могли быть заражены паразитами, применяют два метода: замачивание зараженных вещей и орошение их из распыливающей аппаратуры. Нательное, постельное белье и другие изделия, подлежащие стирке, замачивают в водной эмульсии на время, рекомендуемое для конкретного препарата. Норма расхода на комплект нательного белья составляет 2,5 л; на комплект постельного белья или 1 кг сухих вещей — 4,5 л. После дезинсекции белье тщательно прополаскивают и замачивают на сутки в растворе кальцинированной соды (1 столовая ложка на 5 л воды), после чего стирают обычным способом. Не подлежащую стирке верхнюю одежду, постельные принадлежности (за исключением подушек) и прочие вещи орошают водной эмульсией средства, нанося на всю площадь обрабатываемых вещей. Одеяла, матрасы и одежду подвергают двусторонней обработке. Особое внимание уделяют швам и складкам на внутренней стороне одежды. Обработанными вещами пользуются только после их просушки и тщательного проветривания на открытом воздухе (в течение дня). Для различных препаратов экспозиция при

обработке вещей составляет, как правило, от 20 до 40 минут, при обработке помещений — не менее 20 минут.

Для борьбы с платяными вшами применяют:

1. Концентраты эмульсии на основе *пиретроидов*, содержащие:

■ ■ *перметрин* — концентрации рабочих водных эмульсий от 0,1 до 0,3% (согласно инструкции производителя);

■ ■ *циперметрин* 24%, 25% — концентрация рабочей водной эмульсии 0,05%; применяют только для обработки помещений.

2. Аэрозоль, содержащий *d-тетраметрин* и *d-фенотрин* (0,3% суммарно).

3. Концентраты эмульсии на основе *ФОС*, содержащие:

■ ■ *фентион*, в том числе в смеси с перметрином, концентрация рабочих водных эмульсий от 0,2 до 0,25% в зависимости от конкретного препарата;

■ ■ *малатион*, рабочая водная эмульсия содержит 0,5—1% малатиона.

Лечение беременных и кормящих

Для лечения головного педикулеза у беременных разрешено применять раствор перметрина, приготовленный из 5% концентрата эмульсии в этаноле, или лосьон, содержащий 4% диметиконов.

Лечение детей

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 [4]:

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

■ ■ 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 года. Экспозиция 10 минут, однократная обработка.

Средства в форме концентрата эмульсии на основе ФОС (фентиона и малатиона) разрешено использовать у больных в возрасте старше 16—18 лет.

Для лечения головного педикулеза и фтириаза на фоне дерматозов аллергического генеза (дерматиты, экземы, атопический дерматит) целесообразно использовать механический метод (вычесывание вшей), при использовании химических средств лечение необходимо проводить строго под контролем врача-дерматовенеролога.

Лечение педикулеза, осложненного вторичной пиодермией

При поверхностной пиодермии (импетиго, остиофолликулиты и др.) применяют наружную терапию. Пустулы тушируют растворами анилиновых красителей, 5% раствором перманганата калия, раствором повидон-йода и другими антисептическими препаратами. Лечение проводится в соответствии с клиническими рекомендациями по ведению больных пиодермией.

Лечение педикулеза, осложненного аллергическим дерматитом

При ограниченном процессе целесообразна только местная терапия. Лечение проводится в соответствии с рекомендациями по ведению больных контактным дерматитом.

Требования к результатам лечения

- ■ полное уничтожение вшей на всех стадиях развития;
- ■ устранение зуда и других клинических проявлений заболевания.

Эффективность обработки при головном и лобковом педикулезе устанавливают путем тщательного визуального осмотра волос и вычесывания насекомых частым гребнем. При выявлении минимального количества жизнеспособных яиц вшей (1—3) требуется проведение повторной обработки через 7—10 дней.

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

Причины неэффективности лечения

1. Резистентность вшей к инсектицидам.

2. Несоблюдение схем лечения:

- ■ использование препаратов в заниженных концентрациях, главным образом в форме концентратов эмульсий, которые разводят водой для приготовления рабочих эмульсий;

- ■ несоблюдение кратности и сроков обработки;

- ■ неправильное нанесение препарата;

- ■ использование препаратов с истекшим сроком годности;

3. Реинвазия в результате отсутствия или недостаточного объема противоэпидемических мероприятий в очаге.

ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Противопедикулезные мероприятия в организованных коллективах осуществляет медицинский персонал с привлечением при необходимости других сотрудников. Организованные дети освобождаются от посещения коллектива. Обработку людей и их вещей при платяном и смешанном педикулезе проводят организации, осуществляющие дезинфекционную деятельность в установленном порядке.

В семейных очагах головного педикулеза дезинсекцию проводят силами населения с использованием разрешенных для этих целей педикулицидных средств. Педикулицидные средства применяют, строго следуя указаниям, изложенным на этикетке и в инструкции по применению каждого конкретного средства.

Обследование организованного коллектива (класса, группы и т. д.) проводится при выявлении первого больного и через две недели после

завершения терапии последнего выявленного больного педикулезом при условии, что были своевременно осмотрены все члены очага.

При выявлении педикулеза у больного в соматическом отделении перевод в специализированный дерматовенерологический стационар не требуется. Лечение проводится в отделении, где пациент находится в связи с основным заболеванием. Пациент теряет контагиозность после первой обработки педикулицидным средством, поскольку погибают личинки и взрослые особи вшей.

Срок наблюдения очага педикулеза — 1 месяц с момента изоляции или санации последнего заболевшего. Осмотр на педикулез контактных лиц в очаге проводят 1 раз в 10 дней. Очаг следует считать санированным при отрицательных результатах трехкратного обследования. Осмотр контактных лиц в организованных коллективах проводит медицинский персонал учреждения, при его отсутствии, а также в случае осмотра контактных лиц в домашних очагах — медицинский персонал медицинской организации территориальной принадлежности.

Обработку помещений педикулицидами проводят в очагах педикулеза, а также в местах осмотра и перевозки больных педикулезом (приемные отделения лечебно-профилактических учреждений, изоляторы, санпропускники, машины скорой медицинской помощи и т. п.). Обрабатывают все предметы, с которыми мог контактировать больной или соприкасались зараженные вшами вещи (пол, стулья, кушетки и пр.). Для нанесения средств используют распылители разных конструкций или платяные щетки, ветошь.

ПРОФИЛАКТИКА

Общественная профилактика педикулеза состоит в активном выявлении больных при профилактических медицинских осмотрах различных групп населения, включая организованные коллективы (детские ясли, сады, интернаты, детские дома, дома ребенка, общеобразовательные школы, школы-интернаты, общежития, учреждения социального обеспечения и т. п.). Осмотру на педикулез подлежат все больные, получающие амбулаторное и стационарное лечение в медицинской организации любого профиля.

В закрытых коллективах (интернаты, дома престарелых, дома ребенка, детские дома, казармы, тюрьмы и т. п.) необходим строгий контроль над соблюдением санитарно-эпидемического режима — обеспечение

отдельной кроватью, постельными принадлежностями и предметами индивидуального пользования.

К мерам общественной профилактики педикулеза относят также организацию работы санитарных пропускников для социально неадаптированного контингента.

Важную роль играют соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов в учреждениях службы быта (парикмахерские, прачечные, косметические салоны), а также санитарно-просветительская работа среди населения.

Индивидуальная профилактика заключается в соблюдении правил личной гигиены, таких как тщательный уход за волосами, кожей, регулярная смена нательного и постельного белья, использование индивидуальных расчесок, головных уборов, одежды, постельных принадлежностей.

В медицинских организациях обработку проводят ежедневно после окончания приема пациентов в отсутствие людей. Через 20 минут после обработки помещения уборку проводят обычным способом с добавлением кальцинированной соды (1 столовая ложка на 1 л воды). Уборку можно произвести на следующий день до начала приема пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Педикулез, как и многие другие заболевания, намного проще предупредить, чем вылечить. Для этого необходимо лишь соблюдать правила личной и социальной гигиены. Так как одной из групп риска, можно сказать "основной" группой риска, являются дети, крайне необходимо научить их правилам гигиены. Всем нам необходимо запомнить это правило, чтобы избежать заражения не только педикулезом, но и другими заболеваниями.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук. / ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов. –Режим доступа : <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html>
М. : ГЭОТАР-Медиа. – 2014.
2. [Дерматовенерология. Методы и методики обследования и диагностики больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем](#) : учеб. пособие для врачей/ В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, В. Г. Максименко. Красноярск : КрасГМУ. – 2013.
3. Кожные и венерические болезни: учебник / под ред. О.Л. Иванова. –М.: Шико, 2002. – 480с.: илл.- ISBN 5-900758-23-05

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им. проф. В.И. Прохоренкова

Рцензия <проф., Д.М.Н кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им. Проф. В.И. Прохоренкова Карачевой Юлии Викторовны> на реферат ординатора первого года обучения специальности Дерматовенерология <Чангы Лимы Борисовны> по теме <Педикулез>.

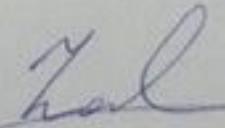
Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности Дерматовенерология:

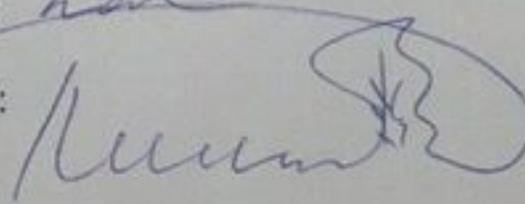
Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность	полож.
2. Наличие орфографических ошибок	полож.
3. Соответствие текста реферата по его теме	полож.
4. Владение терминологией	полож.
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	полож.
6. Логичность доказательной базы	полож.
7. Умение аргументировать основные положительные выводы	полож.
8. Круг использования известных научных источников	полож.
9. Умение сделать общий вывод	полож.

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента: нет

Дата: 15.01.2018г.

Подпись рецензента: 

Подпись ординатора: 

План