



ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ОЧАГАХ МИКРОСПОРИИ И ЧЕСОТКИ

ОСНОВНЫЕ РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ

«Методические указания 3.5.2644—10
3.5. ДЕЗИНФЕКТОЛОГИЯ.

Организация и проведение дезинфекционных
мероприятий при дерматомикозах. »

Постановление Главного государственного
санитарного врача РФ от 22 августа 2014 г. N 50
"Об утверждении СанПиН 3.2.3215-14
"Профилактика паразитарных болезней
на территории Российской Федерации»

Государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование
Российской Федерации

3.5. ДЕЗИНФЕКТОЛОГИЯ

Организация и проведение
дезинфекционных мероприятий при
дерматомикозах

Методические указания
МУ 3.5.2644—10

Издание официальное

Москва • 2010

ОСНОВНЫЕ РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ

« Методические указания № 2000/180.
Терапия и профилактика зооантропонозной
микроспории» Екатеринбург, 2001.

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ
ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ
РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ МИКРОСПОРИЕЙ
2015

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ

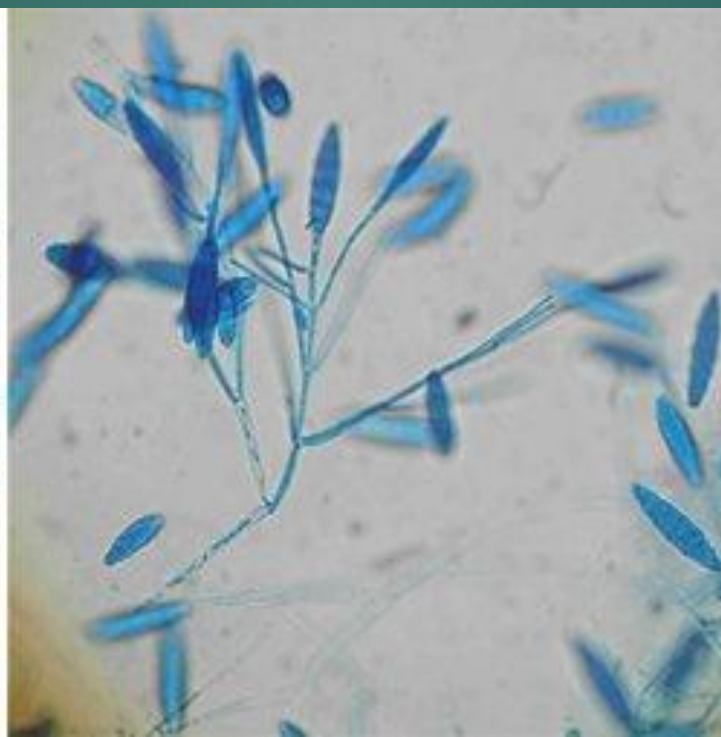
ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ МИКРОСПОРИЕЙ

ЭТИОЛОГИЯ

Микроспория (от др.-греч. μικρός - маленький и σπόρος - семя, **посев**)
- высококонтагиозная дерматофития, поражающая кожу и волосы (редко ногти), обусловленное различными видами грибов рода *Microsporum* (*M. canis*, *M. ferrugineum*, *M. audouinii*, *M. gypseum*).

Шифр по МКБ-10: **B35.0.** Микоз бороды и головы.

B35.4. Микоз туловища.



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

На территории России микроспория вызывается **зоофильным** *M. canis* и **антропофильным** *M. ferrugineum*, более контагиозным, но менее распространённым. Другие виды микроспорумов встречаются редко.

M. canis - зоофильный грибок, основные носители - кошки (особенно котята) и собаки. Заражение людей происходит при непосредственном контакте с больными животными или через предметы, загрязненные чешуйками или волосами, содержащими *M. canis*; в 3-4% возможно заражение людей друг от друга.



ЭПИДЕМИОЛГИЯ

M. ferrugineum - антропофильный грибок, носители которого - больные этим микозом люди. Инфекция передается от больного человека здоровому при непосредственном контакте или через зараженные предметы (расчески, головные уборы, одежда, полотенца, постель, инструменты парикмахера и др.).

Болеют чаще дети младшего возраста и школьники. Скученность (детские сады, школы, дома престарелых) способствует передаче заболевания другим лицам.



КЛАССИФИКАЦИЯ

По этиологии выделяют:

- I. Микроспория, обусловленная **антропофильными грибами** (*Microsporum ferrugineum*, *M. audouinii*);
- II. Обусловленная **зоофильными грибами** (*M. canis*, *M. distortum*);
- III. Обусловленная **геофильными грибами** (*M. gypseum*, *M. nanum*).

По глубине поражения:

1. Поверхностную микроспорию волосистой части головы;
2. Поверхностную микроспорию гладкой кожи:
 - с поражением пушковых волос,
 - без поражения пушковых волос;
3. Глубокую нагноительную микроспорию.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Инкубационный период *Microsporum canis* составляет 5—7 дней,

При микроспории вызываемой *M. ferrugineum* - 4-6 недель.



МИКРОСПОРИЯ ГЛАДКОЙ КОЖИ

При зоонозной микроспории на гладкой коже очаги поражения имеют вид *эритематозных пятен с четкими границами, округлыми или овальными очертаниями, покрытых сероватыми чешуйками*. Постепенно пятна увеличиваются в диаметре и по их периферии формируется *возвышающийся валик, напоминающий кольцо, покрытый пузырьками и серозными корочками*.

При антропофильной микроспории, за счет аутоинокуляции появляются новые высыпания, в результате этого образуется *очаг "кольцо в кольце"* или, так называемая, форма *"ирис"*, которую можно сравнить с видом радужки глаза. У 80—85% больных в инфекционный процесс вовлекаются *пушковые волосы*. Могут поражаться *брови, веки и ресницы*. При микроспории гладкой кожи субъективные ощущения отсутствуют, иногда больных может беспокоить умеренный зуд.



МИКРОСПОРИЯ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

При зоонозной микроспории волосистой части головы очаги поражения располагаются чаще в затылочной, теменной и височной областях. В начальном периоде заболевания на месте внедрения патогенного гриба возникает очаг шелушения.

В дальнейшем характерно образование одного или двух крупных очагов округлых или овальных очертаний с четкими границами размером от 3 до 5 см в диаметре и нескольких мелких очагов — отсевов размером от 0,3 — 1,5 см.

Волосы в очагах обломаны и выступают над уровнем кожи на 4—5 мм, что напоминает скошенный луг, отсюда и народное название заболевания - "стригущий лишай", а у основания волоса имеется белесоватый чехлик, представляющий собой скопление нитей мицелия и спор.



МИКРОСПОРИЯ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

Антропофильная микроспория, вызванная *Microsporum ferrugineum*, характеризуется множественными, более крупными очагами поражения преимущественно в краевой зоне роста волос с переходом на гладкую кожу, с выраженным шелушением и нечеткими границами. Волосы обламываются на высоте 6-8 мм и выше, окутаны чехликом белого цвета. Однако при данной форме болезни в очагах поражения обламываются не все волосы.



ГЛУБОКАЯ НАГНОИТЕЛЬНАЯ МИКРОСПОРИЯ

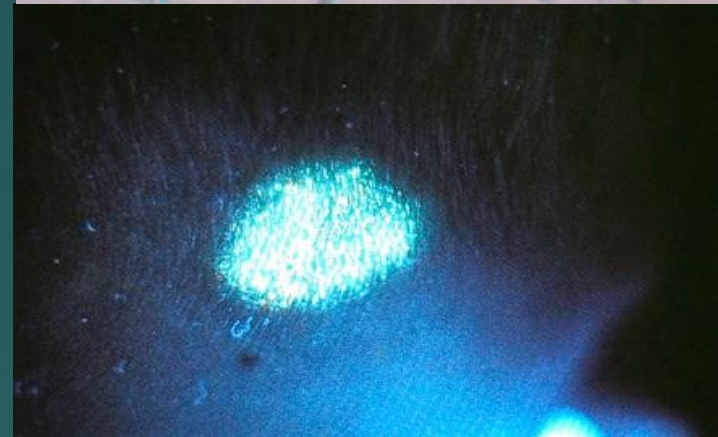
При *инфильтративно-нагноительной* форме микроспории очаг поражения обычно значительно **возвышается** над поверхностью кожи за счет резко выраженной инфильтрации и образования пустул. При надавливании на область поражения сквозь фолликулярные отверстия выделяется гной. Разряженные волосы склеены гнойными и гнойно-геморрагическими корками. Корки и расплавленные волосы легко удаляются, обнажая зияющие устья волосяных фолликулов, из которых, как из сот, выделяется светло-желтого цвета гной. Формированию инфильтративной и нагноительной форм микроспории способствуют нерациональная (обычно местная) терапия, серьезные сопутствующие заболевания, а также позднее обращение за медицинской помощью.



ДИАГНОСТИКА

Диагноз микроспории основывается на данных *клинической картины* и результатах лабораторных и инструментальных исследований:

- ▶ *микроскопического исследования на грибы;*
- ▶ *осмотра под люминесцентным фильтром (лампой Вуда);*
- ▶ *культурального исследования для идентификации вида возбудителя.*



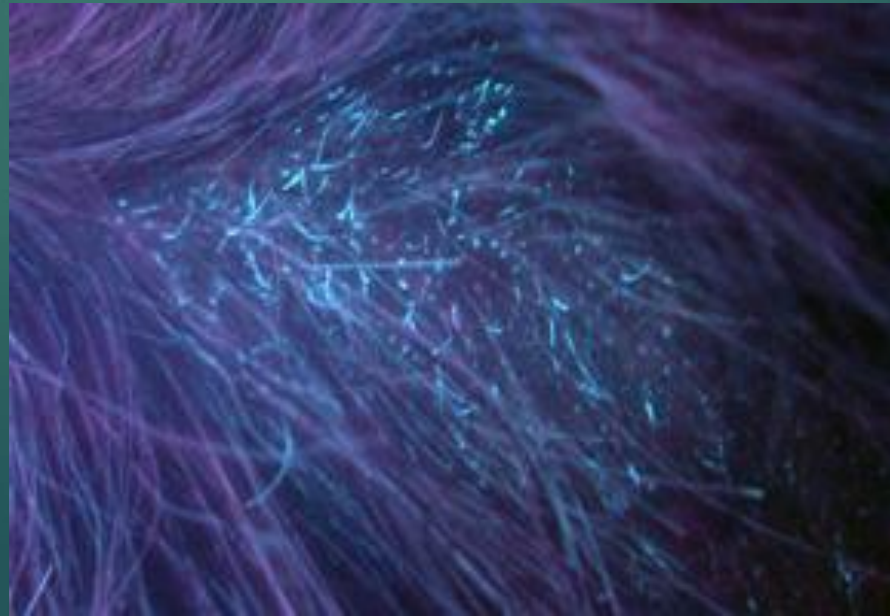
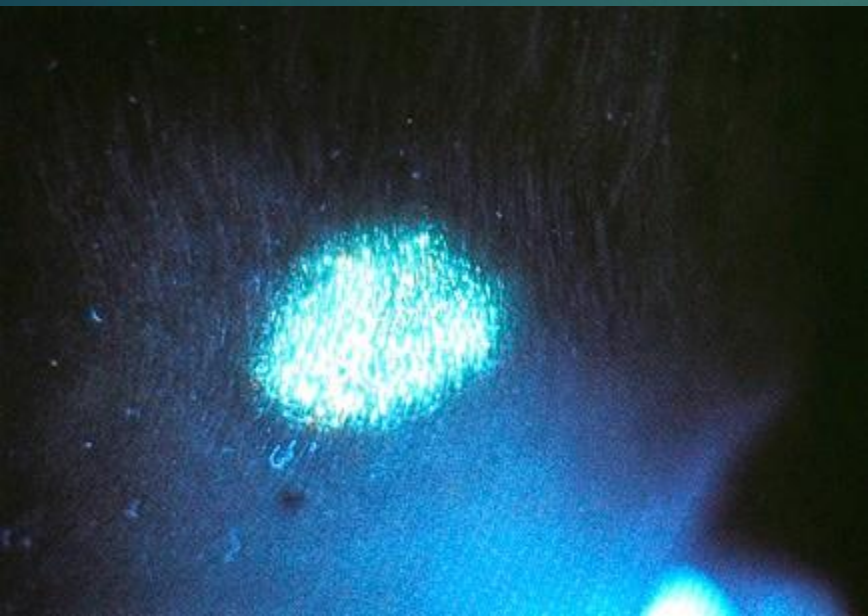
Microsporum canis



Осмотр под люминесцентным фильтром (лампы Вуда)



Пораженные волосы как длинные, так и пушковые, ресницы, брови при облучении лампой Вуда (увиолевое стекло, пропитанное солями никеля, через которое пропускаются ультрафиолетовые лучи) *светятся зеленым цветом.*



ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Показаниями для госпитализации являются:

- ❑ отсутствие эффекта от амбулаторного лечения;
- ❑ микроспория волосистой части головы;
- ❑ инфильтративно-нагноительная форма;
- ❑ множественные очаги с поражением пушковых волос;
- ❑ тяжелая сопутствующая патология (заболевания крови, обострение хронических заболеваний печени и почек);
- ❑ по эпидемиологическим показаниям: больные из организованных коллективов при отсутствии возможности изоляции их от здоровых лиц (например, при наличии микроспории у лиц, проживающих в интернатах, детских домах, общежитиях, дети из многодетных и асоциальных семей).
- ❑ при отсутствии в семье лиц для ухода за ребенком при любой форме микроспории



ОБЩИЕ ЗАМЕЧАНИЯ ПО ТЕРАПИИ

При микроспории гладкой кожи (менее 3 очагов поражения) без поражения пушковых волос применяют *наружные антимикотические средства*.

Показанием к назначению *системных антимикотических препаратов* являются:

- микроспория волосистой части головы;
- многоочаговая микроспория гладкой кожи (3 и более очагов поражения);
- микроспория с поражением пушковых волос.

Лечение этих форм основано на *сочетании системных и местных антимикотических препаратов*.

Волосы в очагах поражения сбривают 1 раз в 5—7 дней или эпилируют



ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ЛЕЧЕНИЯ



1. Разрешение клинических проявлений;
2. Отсутствие свечения волос под люминесцентным фильтром (лампой Вуда)
3. Три отрицательных контрольных результата микроскопического исследования на грибы:
 - ❑ микроспория волосистой части головы и микроспория гладкой кожи с поражением пушковых волос -1 раз в 5-7 дней,
 - ❑ микроспория гладкой кожи — 1 раз в 3—5 дней.

СРОКИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Ввиду возможности рецидивов после окончания лечения пациент должен находиться на **диспансерном наблюдении:**

- ❑ при микроспории волосистой части головы и микроспории гладкой кожи с поражением пушковых волос — **2,5 месяца,**
- ❑ при микроспории гладкой кожи без поражения пушковых волос — **1 месяц;**

Контрольные микроскопические исследования при диспансерном наблюдении необходимо проводить:

- ❑ при микроспории волосистой части головы и микроспории гладкой кожи с поражением пушковых волос — **1 раз в месяц,**
- ❑ при микроспории гладкой кожи — **1 раз в 10 дней.**

Заключение о выздоровлении и допуске в организованный коллектив дает врач-дерматовенеролог

ПРОФИЛАКТИКА

- ❑ Профилактические мероприятия при микроспории включают санитарно-гигиенические, в т. ч. соблюдение мер личной гигиены, и дезинфекционные мероприятия (профилактическая и очаговая дезинфекция).
- ❑ Очаговая (текущая и заключительная) дезинфекция проводится в местах выявления и лечения больного: на дому, в детских и медицинских организациях.
- ❑ Профилактические санитарно-гигиенические и дезинфекционные мероприятия проводятся в парикмахерских, банях, саунах, санитарных пропускниках, бассейнах, спортивных комплексах, гостиницах, общежитиях, прачечных и т.д.



ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ МИКРОСПОРИИ

1. На больного микроспорией, выявленного впервые, врач заполняет извещение по форме № 089/у в 2х экземплярах и в *3-х дневный срок подается* в отделение учета и регистрации инфекционных заболеваний ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» или его филиалов по месту жительства и в ГУЗ «Краевой кожно–венерологический диспансер».

Каждое новое заболевание следует рассматривать, как впервые диагностированное, и подавать на него извещение.

ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ МИКРОСПОРИИ

2. При регистрации заболевания сведения о заболевшем вносятся в журнал учета инфекционных заболеваний (форма №060/у). Журнал ведется во всех учреждениях здравоохранения, медицинских кабинетах школ, детских дошкольных учреждений и других организованных коллективах. Служит для персонального учета больных инфекционными заболеваниями и регистрации обмена информацией между учреждениями здравоохранения и государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ МИКРОСПОРИИ

3. .Врачом, установившим заболевание, проводится работа по выявлению **источника заражения**. При сборе эпидемиологического анамнеза врач – дерматолог должен опросить больного или родителей заболевшего о **наличии животных дома, о контакте с безнадзорными животными** в подъезде, на территории двора. *В амбулаторной карте следует отметить данные о предполагаемом источнике заражения.* Животные из очагов микроспории должны быть направлены в ветеринарную лечебницу для обследования и лечения с последующим представлением справки по месту лечения и наблюдения за больным микроспорией. В случае подозрения на бездомное животное информация передается в соответствующие службы по отлову животных. *«Читинская государственная ветеринарная станция по борьбе с болезнями животных».* Ул. Бабушкина, д.42. Тел.: 35-59-71

ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ МИКРОСПОРИИ

4. Дерматологу необходимо провести однократно осмотр членов семьи заболевшего, лиц, бывших с ним в бытовом контакте (родственники, соседи), и провести с ними **разъяснительную беседу** о необходимости обращения к врачу при появлении первых признаков грибкового заболевания. Особое внимание врач должен уделять случаям заболевания микроспорией, когда установленный источник заражения находился в квартире, подъезде, во дворе дома. **Повторный осмотр проводится через 10-14 дней.**

ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ МИКРОСПОРИИ

5. Проводится изоляция больного. При выявлении в детских учреждениях больного микроспорией немедленно изолируют и, до перевода в больницу или домой, проводят текущую дезинфекцию.

До выздоровления больного микроспорией ребенка не допускают в дошкольное образовательное учреждение, школу. **Взрослого больного не допускают к работе в детские и коммунальные учреждения.** Больному запрещается посещение бани, бассейна.

В целях максимальной изоляции больному выделяют отдельную комнату или ее часть, предметы индивидуального пользования (белье, полотенце, мочалку, расческу и др.). Ограничивают число предметов, с которыми он может соприкасаться.

ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ МИКРОСПОРИИ

6. В первые 3 дня после выявления больного в дошкольных образовательных учреждениях, школах, высших и средних специальных образовательных учреждениях и других организованных коллективах дерматологом и медицинским персоналом данных учреждений проводится осмотр контактных лиц. Повторный осмотр проводится через 10-14 дней. Дальнейшее медицинское наблюдение с обязательным осмотром кожных покровов и волосистой части головы производится 1-2 раза в неделю в течение 21 дня с отметкой в документации (ведется лист наблюдения) и выполняется медработником школы, сада.

ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ МИКРОСПОРИИ

Дерматолог рекомендует в течение 2х недель не переводить детей из одной группы в другую; принимать детей в группу, которую посещал заболевший, разрешается. После получения результатов культурального исследования, т.е. подтверждения зоофильной природы возбудителя, карантин отменяют. При выявлении бактериологическим методом культуры *M.ferrugineum* карантин накладывают на 6 недель после обнаружения последнего случая заболевания.

ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ МИКРОСПОРИИ

7. Текущую дезинфекцию в очагах организует учреждение здравоохранения, установившее заболевание.

Текущую дезинфекцию до госпитализации, выздоровления проводит либо сам больной, либо ухаживающее за ним лицо.

Ответственность за выполнение текущей дезинфекции в организованных коллективах и учреждениях здравоохранения возлагается на его медперсонал.

ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ МИКРОСПОРИИ

8. Заключительная дезинфекция проводится в очагах микроспории после выбытия больного из очага для госпитализации или после выздоровления больного, лечившегося дома не зависимо от сроков госпитализации или выздоровления.

В общеобразовательной школе заключительную дезинфекцию проводят по эпидемиологическим показаниям в случае 3х и более заболевших. Заключительную дезинфекцию в очагах проводит дезинфекционная станция. Камерной дезинфекции подлежат постельные принадлежности, верхняя одежда, обувь, головные уборы, ковры, мягкие игрушки, книги и др.

ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ МИКРОСПОРИИ

9. Заявка на заключительную дезинфекцию в домашних очагах и единичных случаях в организованных коллективах подается медицинским работником медицинской организации дерматовенерологического профиля.
10. При регистрации 3 и более случаев микроспории в организованных коллективах, а также по эпидемиологическим показаниям, организуется выход медицинского работника медицинской организации дерматовенерологического профиля и эпидемиолога учреждений государственного санитарно-эпидемиологического надзора. По указанию эпидемиолога назначается заключительная дезинфекция, определяется объем дезинфекции.

Основные регламентирующие документы

Приказ Минздрава России от 24.04.2003 N 162 "Об утверждении отраслевого стандарта «Протокол ведения больных. Чесотка»

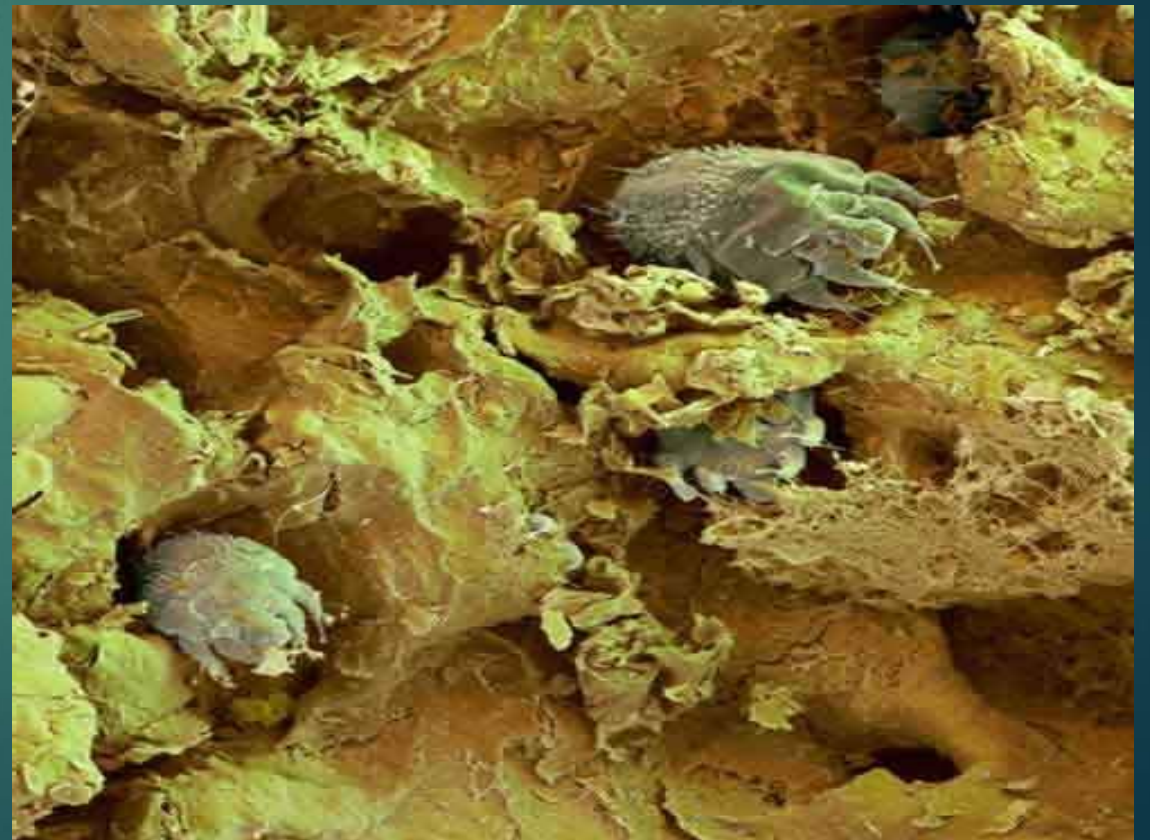
Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 3.2.1333-03
«Профилактика паразитарных болезней на территории Российской Федерации»

Приказ комитета здравоохранения Читинской области от 20.02.2003г. № 51/22-1
«О мерах повышения эффективности организации борьбы с чесоткой в Читинской области»



ЭТИОЛОГИЯ

МКБ-10: **B86. Чесотка** (др. греч. Σάρξ-мясо, мякоть, κόπτειν -грызть, терзать, резать и лат. *scabere* - расчесывать) — паразитарное заболевание кожи, вызываемое чесоточным клещом *Sarcoptes scabiei*, характеризующееся парными папуло-везикулярными высыпаниями и зудом, преобладающим в вечернее и ночное время.



КЛАССИФИКАЦИЯ

Выделяют следующие клинические разновидности чесотки:

- ▶ Типичная;
- ▶ Чесотка без ходов;
- ▶ Чесотка «чистоплотных» или «инкогнито»;
- ▶ Скабиозная лимфоплазия кожи;
- ▶ Скабиозная эритродермия;
- ▶ Норвежская чесотка;
- ▶ Осложненная чесотка (вторичной пиодермией, аллергическим дерматитом, реже – микробной экземой и крапивницей);
- ▶ Псевдосаркоптоз.



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Инкубационный период

при заражении самками чесоточного клеща составляет минимум 1 сутки, при инвазии личинками соответствует 2 неделям.



Характеристика кожного зуда при чесотке

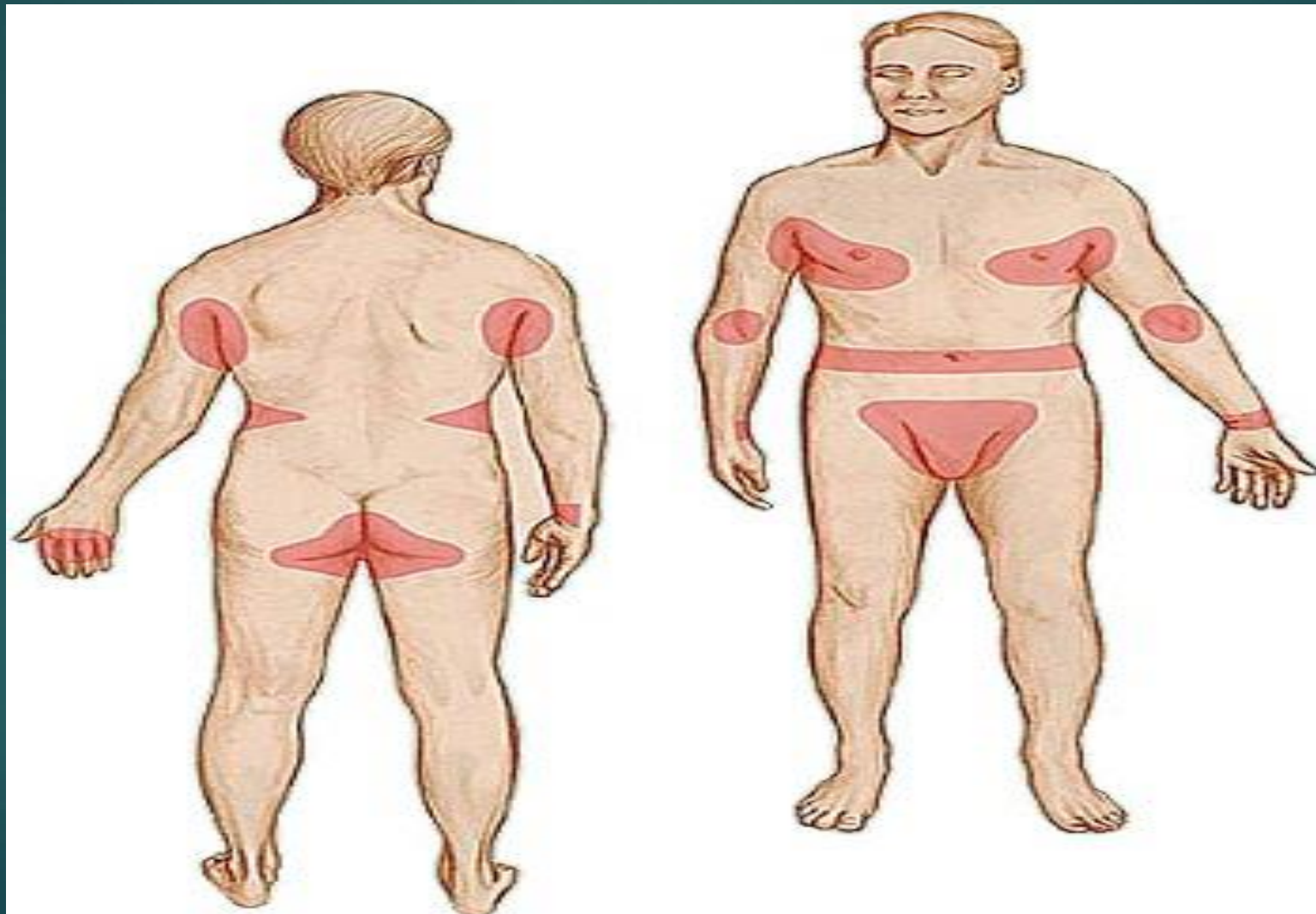
Зуд – характерный субъективный симптом чесотки, обусловленный сенсibilизацией организма к возбудителю. При первичном заражении зуд появляется через 7-14 дней, а при реинвазии – через сутки.

Усиление зуда вечером и ночью связано с суточным ритмом активности возбудителя.

Возможно сохранение зуда после лечения при отсутствии паразитов (аллергическая реакция на убитого клеща и его экскременты)



Типичная локализация поражений кожи при чесотке



*Чесоточный ход является основным
клиническим симптомом чесотки*



Типичная чесотка

Встречается наиболее часто

Клиническая картина представлена:

- различными вариантами чесоточных ходов;
- фолликулярными парными папулами на туловище и конечностях;
- не воспалительными везикулами вблизи ходов;
- расчесами и геморрагическими корочками;

Отсутствие высыпаний в межлопаточной области.



Поражение кожи межпальцевых промежутков



Поражение кожи запястья



Поражение кожи в локтевой области



Поражение кожи переднебоковой поверхности живота



Поражение кожи ладонной поверхности кисти



Симптомы чесотки

Симптом Арди – наличие гнойничков и гнойных корок на локтях и в их окружности



Симптом Горчакова – наличие геморрагических корок на локтях и в их окружности



Симптом Михаэлиса – наличие кровянистых корок и импетигиозных высыпаний в межъягодичной складке с переходом на крестец



Симптом Базена – небольшой пузырек с черной точкой в виде самки клеща на конце чесоточного хода



Симптом Сезари – возвышение чесоточного хода при пальпации



Чесотка в детском возрасте

Чесотка у детей характеризуется большей распространенностью процесса с вовлечением кожи лица и волосистой части головы. Преобладают реактивные варианты чесоточных ходов с экссудативными морфологическими элементами, часто наблюдаются скабиозная лимфопазия кожи и осложненные формы.

У детей первых 6 месяцев жизни чесотка выглядит, как крапивница. В целом клиническая картина напоминает почесуху или мокнущую экзему, не поддающуюся обычному лечению. У детей до 3 лет жизни могут поражаться ладонная поверхность кистей и ногтевые пластинки, которые утолщаются, разрыхляются с появлением трещин.



Чесотка в детском возрасте



Лабораторная диагностика

Метод прокрашивания применяют для верификации чесоточных ходов, смазывая участок кожи спиртовым раствором йода, анилиновыми красителями, тушью или чернилами.

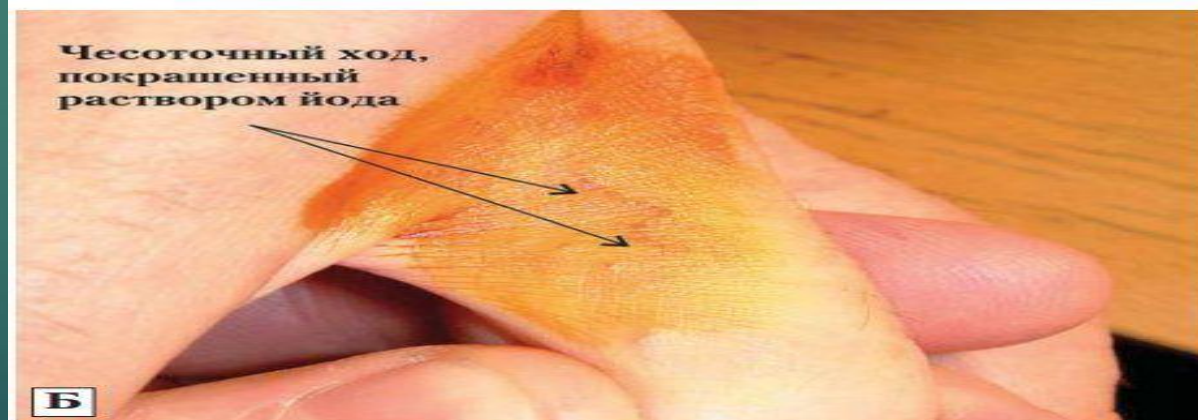


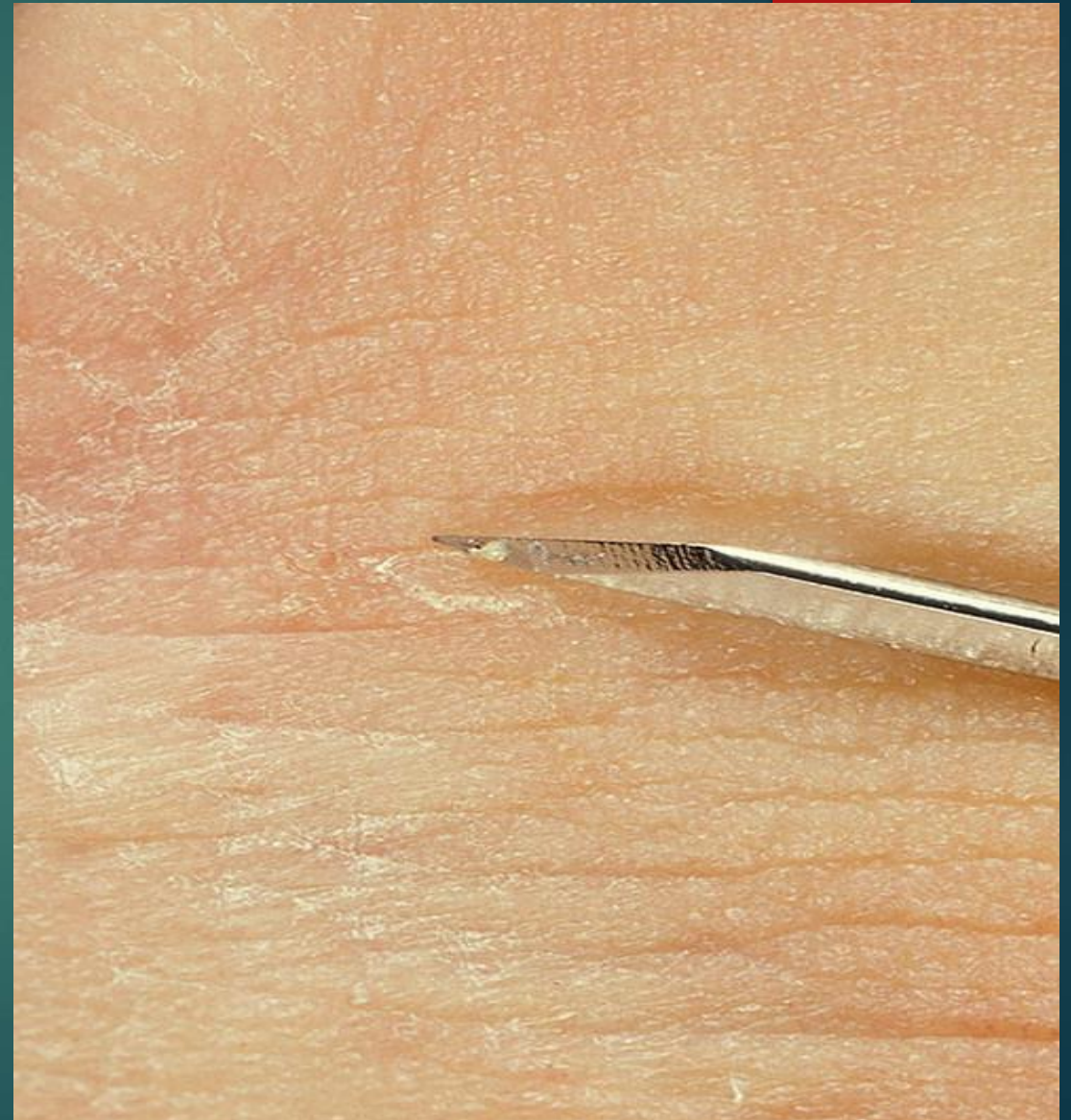
Рис. 1. Чесоточный ход на пальце.
Окраска метиленовым синим, ув. $\times 10$ (А),
и раствором йода, ув. $\times 3$ (Б)

Лабораторная диагностика

Метод извлечения клеща иглой.

Используют стерильную одноразовую инъекционную иглу, которой вскрывают слепой конец хода, острие иглы продвигают по направлению хода, клещ присосками фиксируется к игле.

Иглу извлекают, содержимое помещают на предметное стекло в каплю воды или 40% молочной кислоты, накрывают покровным стеклом и микроскопируют.



Виды терапии

- ❑ Специфическая - проводится при наличии у больного чесотки, диагноз которой подтвержден.
- ❑ Профилактическая - проводится по эпидемическим показаниям в очагах чесотки лицам без клинических проявлений чесотки.
- ❑ Пробная - проводится при подозрении на наличие чесотки, но диагноз не подтвержден обнаружением возбудителя. При положительном эффекте от использования скабицидов проводится регистрации случая чесотки.

Осмотру на чесотку подлежат:

1. Учащиеся учреждений общего и профессионального образования — не реже **4 раз в год** после каждой каникул, ежемесячно — выборочно (не менее четырех—пяти классов) и за 10–15 дней до окончания учебного года. Осмотры проводит медицинский персонал учреждений с возможным привлечением преподавателей.
2. Учащиеся школ-интернатов, дети, проживающие в детских домах, домах ребенка и т. п. — **еженедельно**. Осмотр проводит медицинский персонал с привлечением воспитателей.
3. Дети, выезжающие в детские оздоровительные учреждения, лагеря труда и отдыха, **до выезда осматриваются** медицинским персоналом поликлиники по месту жительства. Во время пребывания в местах отдыха осмотр детей проводит медицинский персонал лагеря перед каждой помывкой (не реже 1 раза в неделю) и перед возвращением в город (за 1–3 дня).

Осмотру на чесотку подлежат:

4. Дети, посещающие дошкольные учреждения, **ежемесячно** осматриваются медицинскими работниками учреждения (врачом, медсестрой).
5. Работники предприятий, в том числе в сельской местности, осматриваются медицинскими работниками предприятия или поликлиники при **медицинских осмотрах, диспансеризациях.**
6. Лица, находящиеся в учреждениях системы социального обеспечения, осматриваются медицинским персоналом учреждения **2 раза в месяц.**
7. Больные, поступившие на стационарное лечение, осматриваются медицинской сестрой приемного отделения, а при длительном лечении — медицинской сестрой лечебного отделения не реже 1 раза в 7 дней.

Осмотру на чесотку подлежат:

8. Лица, проживающие в общежитиях, осматриваются при заселении, в дальнейшем **ежеквартально**. Осмотр проводят медицинские работники с привлечением воспитателей, коменданта и др.
9. Медицинские работники лечебно-профилактических учреждений проводят осмотр пациентов на чесотку при обращении за медицинской помощью. Особое внимание обращают на лиц, направляемых на стационарное лечение, в организованные коллективы (санатории, дома отдыха, детские учреждения), проживающих в общежитиях, одиноких престарелых, хронических больных, инвалидов, лиц без определенного места жительства и т. п.

ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ЧЕСОТКЕ

1. Сведения о больном (подозрительном) регистрируются в журнале учета инфекционных заболеваний по форме № 060/у.
2. Оформляются 2 экстренных извещения об инфекционном заболевании (форма № 089/у), которые направляются в КВД и Роспотребнадзор по месту жительства.

ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ЧЕСОТКЕ

3 . Обследование контактных в очаге чесотки:

- Все члены семьи, в том числе половые партнеры в семье и вне ее (осматривает врач-дерматолог или врач, на которого эта обязанность возложена);
- Члены организованных коллективов (группы в детских дошкольных учреждениях, учебных заведениях, классах) – осматривает врач – дерматолог и при санитарно-эпидемиологическом обследовании учреждения специалистами центров Госсанэпиднадзора. При подозрении на заболевание чесоткой больной направляется в кожно-венерологический диспансер или кабинет по месту жительства.

ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ЧЕСОТКЕ

4. Выявленные больные в семейном очаге подлежат лечению, здоровым назначается профилактическая обработка одним из противочесоточных препаратов. Лечение больных и обработка здоровых проводятся одновременно . Контроль излеченности осуществляется после курса лечения и через 2 недели. Наблюдение за очагом в семье осуществляется в течение 1,5 месяцев кожно-венерологическим диспансером, соответствующими кабинетами поликлиник.

ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ЧЕСОТКЕ

5. Профилактическое лечение лиц, находившихся в контакте с больным чесоткой, в организованном коллективе проводится дифференцированно. Лечение подлежат те из них, которые были в тесном бытовом контакте, а также целые группы, классы, где зарегистрировано несколько случаев заболевания чесоткой, если в процессе наблюдения за очагом выявлены новые больные.

ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ЧЕСОТКЕ

6. При обнаружении чесотки у школьников и детей, посещающих детские дошкольные учреждения (в том числе летние оздоровительные), они отстраняются от посещения на время проведения полноценного лечения и противоэпидемических мероприятий в организованном коллективе. Дети могут быть допущены в детские учреждения только после завершения всего комплекса лечебно профилактических мероприятий, подтвержденного справкой от врача дерматовенеролога или врача, на которого эта обязанность возложена.

ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ЧЕСОТКЕ

7. В семейном очаге и организованном коллективе при полноценном профилактическом лечении всех контактных осмотр проводится дважды - при выявлении больного и через 2 недели после лечения.

В организованных коллективах, где профилактическое лечение контактных лиц не проводилось, осмотр осуществляется трижды с интервалом 10 дней.

Эпидемиологическое наблюдение за очагом в организованных коллективах проводят центры Госсанэпиднадзора в районах и г.Чита в течение 1,5 месяцев

ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ЧЕСОТКЕ

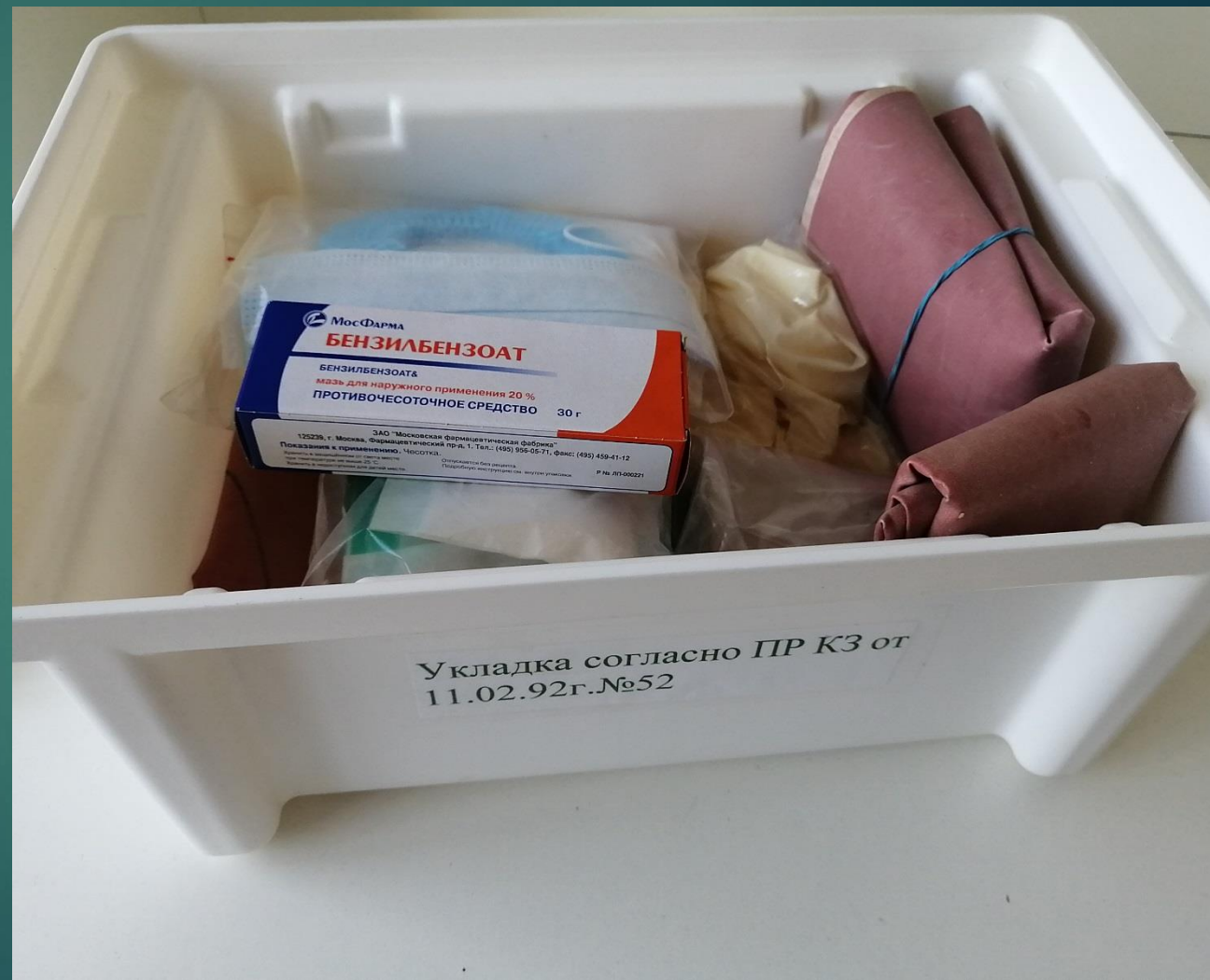
8. Организация и проведение текущей дезинфекции проводится строго по рекомендациям лечащего врача.

Заключительная дезинфекция в очаге чесотки (семейном, организованном коллективе) проводится ФГУП ДП «Читинская дезинфекционная станция» в г.Чита, (филиалы и представительства) или центры Госсанэпиднадзора в районах, в медицинских организациях медицинским персоналом лечебных учреждений под контролем госпитальных эпидемиологов обязательно с применением камерного обеззараживания. Забайкальская краевая дезинфекционная станция. Ул.Петровская, 13. ТЕЛ.: 26 – 47 – 22

Противочесоточная укладка

Укладка для санитарной обработки больного чесоткой

1. Клеенчатый мешок для сбора вещей больного
2. Клеенчатый мешок для сбора постельного белья
3. Препараты для лечения чесотки
4. Препараты для дезинфекции помещения, мебели
5. Халат
6. Перчатки резиновые
7. Маска
8. Медицинская шапочка



Текущая дезинфекция

Обеззараживание постельных принадлежностей, нательного белья и полотенец осуществляют путем кипячения в 1—2% растворе соды или любого стирального порошка в течение 5—7 минут с момента закипания. Возможно использование 0,1% водной эмульсии «Медифокс», «Медифокс-супер» или 0,2% водной эмульсии «Медилис-супер». Верхнюю одежду (платья, брюки, костюмы, джемпера и т.п.) проглаживают с обеих сторон горячим утюгом.

Часть вещей, не подлежащих термической обработке (шубы, пальто), вывешивают на открытый воздух на 3—5 дней либо проветривают на морозе в течение одних суток. Такие вещи, как детские игрушки, обувь помещают на 3 дня в герметически завязанные полиэтиленовые пакеты.

Для вещей не подлежащих кипячению и обработке помещений возможно использование аэрозольного средства А-ПАР.



Профилактика чесотки

1. Активное выявление больных;
2. Привлечение и обследование источников заражения, контактных лиц;
3. Проведение профилактических и лечебных мероприятий в очагах чесотки.
4. При выявлении больного чесоткой следует осмотреть всех лиц, проживающих вместе с ним.
5. В случае обнаружения чесотки у ребенка или обслуживающего персонала в детском учреждении, в том числе в школе, необходимо осмотреть всех детей, а также обслуживающий и педагогический персонал.
6. Изолированы должны быть не только выявленные больные, но и все, у кого заподозрена чесотка, до уточнения диагноза.
7. В детское учреждение или в школу дети и обслуживающий персонал допускаются только после излечения.



Спасибо за внимание!

Чмок