

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 26 ноября 1998 года N 342

Об усилении мероприятий по профилактике эпидемического сыпного тифа и борьбе с педикулезом

В связи с высоким уровнем пораженности населения педикулезом, в том числе платяным, в Российской Федерации сохраняются реальные предпосылки для ухудшения эпидемиологической обстановки по заболеваемости эпидемическим сыпным тифом.

Ежегодно в стране регистрируется до 300 тыс. пораженных педикулезом, из которых более 75% выявляется в детских дошкольных и общеобразовательных учреждениях, при госпитализации больных в лечебно-профилактические учреждения. Высокие уровни пораженности населения педикулезом имеют место в Республиках Тыва, Карелия, Вологодской, Калининградской, Костромской, Псковской, Томской областях. Особое беспокойство вызывает увеличение платяного педикулеза. Более 20% лиц, пораженных головным педикулезом, являются одновременно носителями платяного педикулеза, у 80% лиц без определенного места жительства выявляется сочетанное поражение головным и платяным педикулезом.

Такое положение является следствием снижения уровня жизни населения, сокращения количества санитарных пропускников, банных учреждений и высокой стоимости банных услуг, моющих средств, педикулицидных препаратов.

В отличие от развитых стран в Российской Федерации продолжают регистрироваться заболевания эпидемическим сыпным тифом. За последние 2,5 года в Кабардино-Балкарской Республике, Приморском крае, Астраханской, Кемеровской, Ленинградской, Липецкой, Псковской, Пермской и Рязанской областях, г.Москве зарегистрировано 25 случаев этой инфекции. За этот период выявлено также 109 случаев рецидивной формы эпидемического сыпного тифа - болезни Брилла.

В январе 1998 года в Талицкой психоневрологической больнице Добрынинского района Липецкой области возникло групповое заболевание эпидемическим сыпным тифом среди пациентов и персонала, с числом пострадавших 14 человек, в результате неприятия руководством больницы и медицинским персоналом мер по борьбе с педикулезом при высоком уровне пораженности им пациентов больницы, несвоевременного выявления и изоляции источников инфекции.

Серьезные недостатки имеют место в диагностике эпидемического сыпного тифа и болезни Брилла. Более половины больных госпитализируются с первичными диагнозами грипп, пневмония, острые вирусные инфекции, появление сыпи нередко расценивается как аллергическая реакция на прием лекарств или клинические проявления менингита, иерсиниоза. Длительно лихорадящие больные не обследуются на риккетсиозы. В 1997 году сельские жители составили лишь 7% из общего числа обследованных. Все это свидетельствует о недостаточной подготовке медицинских работников по вопросам ранней и дифференциальной диагностики эпидемического сыпного тифа и болезни

Брилла, что приводит к несвоевременному выявлению и госпитализации больных.

Органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и центрами госсанэпиднадзора в субъектах Российской Федерации неудовлетворительно решаются вопросы оснащения учреждений дезинфекционными камерами, обеспечения педикулицидными средствами, медицинскими иммунобиологическими препаратами для диагностики эпидемического сыпного тифа. Оснащенность лечебно-профилактических учреждений и центров госсанэпиднадзора дезинфекционными камерами не превышает 70%, неудовлетворительно осуществляется техническое обслуживание дезинфекционных камер. Многие лечебно-профилактические учреждения, имеющие в своем составе бактериологические лаборатории, не проводят исследования на эпидемический сыпной тиф, используют медицинские иммунобиологические препараты для диагностики с истекшими сроками годности, зачастую не проводят двукратные исследования сывороток крови.

Неудовлетворительно организована работа по информированию населения о мерах личной и общественной профилактики педикулеза и эпидемического сыпного тифа в средствах массовой информации.

Центры госсанэпиднадзора ослабили контроль за организацией и проведением мероприятий по профилактике эпидемического сыпного тифа и борьбе с педикулезом.

В целях усиления мероприятий по предупреждению возникновения заболеваний эпидемическим сыпным тифом и борьбе с педикулезом

приказываю:

1. Департаменту госсанэпиднадзора, Департаменту организации медицинской помощи населению, Управлению охраны здоровья матери и ребенка организовать в I квартале 1999 года проверку работы органов управления здравоохранением и центров госсанэпиднадзора в Костромской, Липецкой областях и г.Москве по вопросам профилактики эпидемического сыпного тифа и борьбы с педикулезом. Результаты заслушать у руководства Минздрава России до 01.04.99.

2. Департаменту организации медицинской помощи населению, Департаменту госсанэпиднадзора осуществлять анализ медицинской документации и карт эпидобследования случаев заболевания эпидемическим сыпным тифом и болезнью Брилла с доведением результатов (не реже одного раза в два года) до сведения органов управления здравоохранением и центров госсанэпиднадзора в субъектах Российской Федерации.

3. Департаменту организации медицинской помощи населению до 01.03.99 разработать и представить на утверждение протоколы (стандарты) диагностики и лечения больных сыпным тифом.

4. Российской медицинской академии последипломного образования Минздрава России разработать до 01.04.99 тестовый контроль проверки знаний медицинских работников по вопросам профилактики сыпного тифа и борьбы с педикулезом.

5. Руководителям органов управления здравоохранением в субъектах Российской Федерации, главным врачам центров госсанэпиднадзора по субъектам Российской Федерации

Федерации, главным врачам центров госсанэпиднадзора на водном и воздушном транспорте:

5.1. Организовать работу по профилактике эпидемического сыпного тифа и борьбе с педикулезом в соответствии с инструктивно-методическими указаниями:

- "Организация и проведение противоэпидемических мероприятий в очаге эпидемического сыпного тифа и болезни Брилла (Брилла-Цинссера) ([приложение 1](#));
- "Клиника, диагностика и лечение эпидемического сыпного тифа и болезни Брилла (Брилла-Цинссера)" (приложение 2)*;

5.2. Внести до 01.03.99 на рассмотрение Санитарно-противоэпидемических комиссий органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации вопрос об усилении мероприятий по борьбе с педикулезом среди населения, предусмотрев выделение ассигнований учреждениям здравоохранения и центрам госсанэпиднадзора на приобретение педикулицидных средств, медицинских иммунобиологических препаратов для диагностики эпидемического сыпного тифа, дезинфекционных камер.

5.3. Проводить ежегодно семинары для врачей по вопросам эпидемиологии, клиники, лечения и лабораторной диагностики заболеваний эпидемическим сыпным тифом и болезнью Брилла, обратив особое внимание на вопросы дифференциальной диагностики, а также других инфекций, передающихся вшами.

5.4. Организовать проведение лабораторной диагностики эпидемического сыпного тифа в лечебно-профилактических учреждениях и центрах госсанэпиднадзора, имеющих в своем составе бактериологические лаборатории.

5.5. Обеспечить в 1999 году лечебно-профилактические учреждения и центры госсанэпиднадзора дезинфекционными камерами, медицинскими иммунобиологическими препаратами для диагностики эпидемического сыпного тифа и педикулицидными средствами.

5.6. Усилить контроль за проведением в лечебно-профилактических учреждениях, прежде всего психоневрологического профиля, мероприятий по борьбе с педикулезом и профилактике эпидемического сыпного тифа.

5.7. Не допускать прием в эксплуатацию вновь построенных, реконструированных, капитально отремонтированных лечебно-профилактических учреждений, независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности, без обеспечения их дезинфекционными камерами.

5.8. Обеспечить проведение в средствах массовой информации широкое информирование населения о мерах личной и общественной профилактики эпидемического сыпного тифа и методах борьбы с педикулезом.

5.9. Направлять в Департамент госсанэпиднадзора копии медицинской документации (историй болезней, выписок из амбулаторных карт) и карт эпидобследования очага на все случаи заболеваний эпидемическим сыпным тифом и болезнью Брилла не позднее 2-х месяцев со дня выписки больного из стационара.

6. Руководителям органов управления здравоохранением и центров госсанэпиднадзора в Республиках Тыва, Карелия, Калининградской, Костромской, Вологодской, Псковской, Томской областях обратить внимание на недопустимый уровень пораженности населения педикулезом и необходимость принятия срочных мер по его снижению. О проделанной работе доложить до 01.03.99 в Департамент госсанэпиднадзора.

7. Считать не действующим на территории Российской Федерации приказ Минздрава СССР [от 05.03.87 N 320 "О дальнейшем усилении и совершенствовании мероприятий по профилактике сыпного тифа и борьбе с педикулезом"](#).

8. Контроль за выполнением настоящего приказа возлагаю на первого заместителя министра здравоохранения Российской Федерации Г.Г.Онищенко.

Министр
В.И.Стародубов

Приложение к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.11.98 N 342 1

Организация и проведение противэпидемических мероприятий в очаге эпидемического сыпного тифа и болезни Брилла (Брилла-Цинссера)

(Методические указания)

1. Выявление больных эпидемическим сыпным тифом или болезнью (Брилла-Цинссера)

1.1. Врачи всех специальностей, средние медицинские работники лечебно-профилактических учреждений, независимо от их ведомственной принадлежности и форм собственности, обязаны выявлять больных эпидемическим сыпным тифом или болезнью Брилла (далее обе формы заболевания именуются сыпным тифом) или лиц, подозрительных на заболевание сыпным тифом, при оказании всех видов медицинской помощи:

- при обращении населения в лечебно-профилактические учреждения независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности;

- при оказании медицинской помощи на дому;

- во время пребывания длительно лихорадящих больных с любым диагнозом на стационарном лечении;

- при медицинском наблюдении за лицами, общавшимися с больным сыпным тифом в очагах инфекции.

1.2. В целях раннего выявления сыпного тифа участковый врач, фельдшер фельдшерско-акушерского пункта обязан обеспечить активное наблюдение за лихорадящими больными независимо от первичного диагноза, обращая внимание на ранние клинические проявления сыпнотифозной инфекции, и при необходимости проводить консультации с врачом-инфекционистом.

1.3. При оказании медицинской помощи лихорадящему больному на дому медицинские работники скорой и неотложной медицинской помощи, цеховые врачи обязаны передавать активные вызовы на больных участковым врачам-терапевтам, врачам-педиатрам, участковым фельдшерам.

1.4. При продолжительности лихорадки 5 дней и более врач (фельдшер) обязан организовать двукратное лабораторное обследование больного на сыпной тиф с интервалом 1-14 дней. До получения результатов исследования больной находится под наблюдением врача.

1.5. Микробиологическая лаборатория, проводящая диагностические исследования на сыпной тиф, при получении положительных результатов обязана немедленно (по телефону, телеграммой, нарочным и т.д.) информировать лечебно-профилактическое учреждение, направившее материал на исследование, и одновременно территориальный центр госсанэпиднадзора с последующим направлением письменного сообщения.

1.6. В направлении на госпитализацию длительно лихорадящих больных или больных с диагнозом "подозрение на сыпной тиф", "сыпной тиф" должны быть указаны первоначальные симптомы заболевания, лечение, данные проведенных лабораторных исследований, эпиданамнеза.

1.7. О каждом выявленном случае заболевания сыпным тифом или подозрения на это заболевание медицинский работник лечебно-профилактического учреждения должен информировать центр госсанэпиднадзора по телефону с последующим направлением "Экстренного извещения об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку" (форма N 058-у) и зарегистрировать его в "Журнале учета инфекционных заболеваний (форма N 060-у).

1.8. Месячные и годовые отчеты о заболеваниях сыпным тифом составляются в соответствии с установленным порядком по формам государственной статистической отчетности (форма N 1 "Об инфекционных и паразитарных заболеваниях (месячная) и форма N 2 "Об инфекционных и паразитарных заболеваниях (месячная, годовая)".

2. Мероприятия в эпидемическом очаге сыпного тифа

Эпидемический очаг сыпного тифа - это место (места) проживания или временного пребывания больного (подозрительного на заболевание) сыпным тифом в течение 21 дня до начала заболевания (максимального срока инкубации), всего периода болезни до его госпитализации в инфекционный стационар (отделение), проведения заключительной дезинфекции (дезинсекции) по месту пребывания больного до госпитализации и прекращения выявления последующих заболеваний. В эпидемический очаг сыпного тифа включаются также места работы, отдыха, лечения, учебы, дошкольные учреждения и др., где больной мог находиться в течение 21 дня до начала заболевания сыпным тифом.

Противоэпидемические мероприятия, независимо от формы заболевания (эпидемический сыпной тиф или рецидивная форма - болезнь Брилла) или подозрения на него, наличия или отсутствия лабораторного подтверждения, проводятся по следующим основным направлениям:

- госпитализация больного в инфекционный стационар (отделение) и проведение дезинфекционных и дезинсекционных мероприятий в очаге;

- эпидемиологическое обследование, включающее в себя определение границ очага и необходимого объема противоэпидемических мероприятий, выявление контактных и источника инфекции для данного больного;

- выявление педикулеза в очаге, организация и проведение противопедикулезных мероприятий;

- медицинское наблюдение за контактными и их лабораторное обследование;

- санитарно-просветительная работа в очаге;
- эпидемиологическое наблюдение за очагом.

Противоэпидемические мероприятия в очаге сыпного тифа начинают проводить медицинский работник, заподозривший или выявивший заболевание сыпным тифом, сразу после установления диагноза.

3. Госпитализация больного в инфекционный стационар (отделение)

3.1. Больные сыпным тифом или с подозрением на это заболевание госпитализируются в инфекционный стационар (отделение) немедленно по установлении диагноза.

3.2. Не допускается переодевание больного в чистое белье перед отправкой его в больницу.

3.3. При выявлении больного сыпным тифом в стадии реконвалесценции госпитализация его проводится по клинико-эпидемиологическим показаниям, при этом противоэпидемические мероприятия в очаге проводятся в полном объеме, независимо от срока выявления больного.

3.4. Дезинфекционные, и при необходимости, дезинсекционные мероприятия в помещении (квартире, доме, общежитии и др.), где находился больной до госпитализации в инфекционный стационар (отделение), должны быть проведены не позднее 24 часов с момента получения экстренного извещения.

3.5. Транспортные средства (санитарный транспорт или иные транспортные средства) после доставки больного подвергают дезинфекции (дезинсекции).

4. Эпидемиологическое обследование.

4.1. Эпидемиологическое обследование очага сыпного тифа должно быть проведено специалистами территориального центра госсанэпиднадзора в течение 24 часов после получения экстренного извещения о случае заболевания или подозрения на заболевание сыпным тифом (форма N 058-у) или информации о положительных результатах лабораторных исследований на сыпной тиф.

4.2. Эпидемиологическое обследование проводит врач-эпидемиолог. Информация о начале проведения эпидемиологического обследования очага сыпного тифа должна быть направлена в отдел особо опасных инфекций центра госсанэпиднадзора в субъекте Российской Федерации, специалисты которого контролируют, а при необходимости принимают непосредственное участие в проведении эпидобследования.

4.3. Целью эпидобследования является определение границ очага, выявление контактных (в т.ч. источников инфекции для данного больного и последующих заболевших), уточнение объема противоэпидемических, дезинфекционных и противопедикулезных мероприятий.

5. Определение границ очага и выявление контактных

Для определения границ очага и выявления круга контактных важное значение имеет правильно собранный участковым врачом (фельдшером) эпиданамнез, данные, полученные врачом-эпидемиологом (помощником эпидемиолога) путем опроса больного, его родственников, сотрудников и других лиц из окружения больного по месту проживания, работы, учебы или иных условиях, контактировавших с больным.

5.1. С целью определения источника инфекции среди лиц, контактировавших с больным до начала его заболевания в течение максимального срока инкубации (21 день), не считая последнего дня инкубации, врач-эпидемиолог анализирует медицинскую документацию (амбулаторные карты, амбулаторные журналы, истории болезни, журналы регистрации больничных листов и др.) предполагаемых источников инфекции.

Среди контактных выявляются также лица, профессионально связанные с риском заражения сыпным тифом (работники транспорта, бань, парикмахерских, санитарных пропускников, ночлежных домов, гардеробов, работники, связанные с сортировкой поношенной одежды и др.).

5.2. Устанавливаются факты посещения больным объектов, в которых могло произойти заражение, в частности, бань, парикмахерских, ночлежных домов (домов социальной защиты), приобретения поношенной одежды, поездок на поездах дальнего следования и т.п.

По выявленным фактам организуется обследование этих объектов, с привлечением специалистов санитарных отделов центров госсанэпиднадзора и при необходимости заинтересованных ведомств, в чьем подчинении находятся обследуемые объекты.

При обследовании выявляются нарушения, способствующие передаче инфекции, принимаются необходимые меры по их устранению.

6. Выявление педикулеза в очаге сыпного тифа

6.1. Выявление лиц, пораженных педикулезом, проводится медицинскими работниками лечебно-профилактических учреждений при посещении больного до установления и при установлении диагноза сыпного тифа (подозрении), во время наблюдения за контактными в очаге, а также специалистами центра госсанэпиднадзора при проведении эпидемиологического обследования очага, работниками дезотделений центров госсанэпиднадзора, дезстанций, государственных унитарных дезинфекционных предприятий при проведении ими дезинфекции и дезинсекции в очаге. Особое внимание уделяется выявлению платяного педикулеза.

6.2. Объем необходимых дезинфекционных и дезинсекционных мероприятий в очаге определяется совместно работниками центра госсанэпиднадзора, дезстанций и ГУДП.

6.3. При наличии педикулеза в очаге проводится обязательная обработка очага с применением камерного метода дезинфекции вещей, постельных принадлежностей и др.

7. Медицинское наблюдение за контактными и их лабораторное обследование

Медицинское наблюдение за контактными проводится с целью выявления последующих заболеваний сыпным тифом в очаге. Последующие заболевания выявляются среди лиц, общавшихся с больным с последнего дня инкубации и весь период болезни до его госпитализации по месту жительства (квартира, дом, общежитие, номер гостиницы, больничная палата и т.п.), где был больной, до проведения там заключительной дезинфекции (дезинсекции).

Наблюдение за контактными осуществляют медицинские работники лечебно-профилактического учреждения.

7.1. Медицинское наблюдение за контактными при отсутствии педикулеза в очаге осуществляется в течение 25 дней (с учетом максимального срока инкубационного периода) со дня госпитализации больного и проведения в очаге заключительной дезинфекции (дезинсекции) с обязательной ежедневной термометрией (утром и вечером).

7.2. При выявлении в очаге платяного или смешанного педикулеза медицинское наблюдение за контактными в очаге устанавливается в течение 71 дня (с учетом продолжительности цикла развития вшей) с ежедневной термометрией первые 25 дней (утром и вечером). Дальнейшее наблюдение проводится каждые 10 дней до окончания срока наблюдения (для контроля за эффективностью противопедикулезных обработок).

7.3. Контактные, у которых в период медицинского наблюдения выявляется повышение температуры тела и (или) появляются высыпания на коже, сходные с сыпнотифозными высыпаниями, подлежат немедленной госпитализации для уточнения диагноза.

7.4. Лабораторному обследованию на сыпной тиф в очаге сыпного тифа подлежат:

- лица из числа вероятных источников инфекции (лица, перенесшие в течение последних 3-х месяцев какое-либо заболевание, сопровождавшееся лихорадкой; лица, профессионально связанные с риском заражения сыпным тифом);

- все контактные с выявленным педикулезом, независимо от вида вшей:

- все контактные с больным в сельской местности, независимо от состояния здоровья и наличия или отсутствия педикулеза;

- все контактные без определенного места жительства (БОМЖи).

Показания к лабораторному обследованию могут быть расширены по усмотрению врача-эпидемиолога, проводящего эпидобследование в данном очаге.

7.5. Исследования крови от контактных проводятся одним из методов серологической диагностики, используемых в данной микробиологической лаборатории.

Предпочтительно использование РСК и РНГА. Обследование проводится обязательно двукратно с интервалом в 10-14 дней независимо от результатов первого исследования.

Исследования проводятся в микробиологических лабораториях лечебно-профилактических учреждений или центров госсанэпиднадзора.

7.6. Забор крови у лиц, подлежащих лабораторному обследованию на сыпной тиф, проводит медицинский персонал лечебно-профилактического учреждения.

7.7. Лица с положительными серологическими реакциями в диагностических титрах при первичном обследовании или в парных сыворотках, независимо от результатов ежедневной термометрии, подлежат обязательной госпитализации для уточнения диагноза.

8. Санитарно-просветительная работа
в очаге сыпного тифа

Санитарно-просветительная работа в очаге проводится работниками лечебно-профилактических учреждений, осуществляющих медицинское наблюдение за контактными, специалистами центра госсанэпиднадзора при проведении эпидемиологического обследования и последующего наблюдения за очагом.

Контактным сообщаются необходимые сведения о клинических проявлениях заболевания сыпным тифом, о путях и факторах передачи инфекции, о профилактике педикулеза, о необходимости соблюдения мер личной гигиены, методах обработки при обнаружении вшей.

Одновременно вопросы профилактики сыпного тифа и методов борьбы с педикулезом доводятся через средства массовой информации до сведения населения в данном населенном пункте.

9. Эпидемиологическое наблюдение
за очагом сыпного тифа

Эпидемиологическое наблюдение за очагом сыпного тифа включает контроль со стороны центра госсанэпиднадзора за своевременным и полным проведением необходимого объема противоэпидемических мероприятий всеми задействованными медицинскими учреждениями, структурными подразделениями центра госсанэпиднадзора, дезинфекционными учреждениями и заинтересованными ведомствами.

10. Завершение противоэпидемических мероприятий
в очаге сыпного тифа

10.1. Работа в очаге эпидемического сыпного тифа или болезни Брилла считается завершённой после окончания срока медицинского наблюдения за контактными, получения результатов лабораторных исследований, уточненных диагнозов, выявления источника инфекции, после полной ликвидации педикулеза в очаге.

10.2. Все данные о результатах эпидемиологического обследования очага заболевания эпидемическим сыпным тифом (болезнью Брилла) и проводимых противоэпидемических мероприятиях с заключением о путях, факторах и источнике инфекции вносятся в карту эпидемиологического обследования очага (ф.357/у). Копия карты по окончании эпидобследования и наблюдения за очагом направляется в отдел особо опасных инфекций центра госсанэпиднадзора в субъекте Российской Федерации. Копия эпидкарты вместе с копией истории болезни, выпиской из амбулаторной карты больного сыпным тифом направляется в Департамент госсанэпиднадзора Минздрава России.

Организация и проведение мероприятий
по борьбе с педикулезом
(Методические указания)

1. Эпидемиологическое и санитарно-гигиеническое значение вшей. Педикулез, или вшивость (от слова *Pediculus* - вошь) - специфическое паразитирование на человеке вшей, питающихся его кровью.

Основные симптомы педикулеза:

1) зуд, сопровождающийся расчесами и, у некоторых лиц, аллергией;
2) огрубление кожи от массовых укусов вшей и воздействия слюны насекомых на дерму;

3) меланодермия - пигментация кожи за счет тканевых кровоизлияний и воспалительного процесса, вызываемого воздействием слюны насекомых;

4) колтун - довольно редкое явление, образующееся при расчесах головы: волосы запутываются, склеиваются гнойно-серозными выделениями, которые корками засыхают на голове, а под ними находится мокнущая поверхность.

Расчесы способствуют возникновению вторичных кожных заболеваний: дерматитов, экземы и т.д. Иногда, при сильной завшивленности, появляются субфебрильная температура и припухлость лимфатических узлов.

На человеке паразитируют три вида вшей - платяная (*Pediculus vestimenti de Geer*), головная (*P. capitis de Geer*) и лобковая (*Phthyrus pubis L.*).

Платяные и головные вши являются переносчиками возбудителей сыпного тифа, волынской лихорадки и возвратного тифа. Наибольшую эпидемиологическую опасность представляют платяные вши. Вши, напившись крови, содержащей возбудителей сыпного или возвратного тифов, волынской лихорадки, через 4-7 дней становятся способными передавать возбудителей от больного человека здоровому.

При сыпном тифе возбудитель локализуется в клетках эпителия желудка или тонкой кишки вши, размножается и выделяется с испражнениями.

Возбудитель волынской лихорадки размножается в кишечнике вши внеклеточно. Человек заражается сыпным тифом и волынской лихорадкой при попадании выделений инфицированной вши в ранки в местах расчеса после укуса или при раздавливании насекомого. В испражнениях вшей, попадающих на одежду, риккетсии сохраняют жизнеспособность и патогенность до 3 и более месяцев.

При возвратном тифе спирохеты с кровью попадают в желудок вши, а затем в полость тела. Человек инфицируется от зараженной вши при раздавливании ее, заноса спирохеты в поверхностные участки кожи при расчесах или на слизистые оболочки.

Возбудители инфекций (сыпного, возвратного тифов, волынской лихорадки), переносимые вшами, трансвариально (от самки - потомству) не передаются.

Лобковая вошь практически не имеет эпидемиологического значения, однако так же, как платяная и головная вши, причиняет человеку большое беспокойство, вызывая зуд. При сильных расчесах возможно возникновение различных гнойничковых заболеваний кожи.

2. Общие сведения о морфологии и биологии вшей.

ВШИ - отряд кровососущих насекомых, постоянные эктопаразиты человека и других млекопитающих. Основные признаки отряда: тело овальное или продолговатое, уплощенное в спинно-брюшном направлении; окраска серовато-коричневая, у особей,

напитавшихся свежей кровью, окраска варьирует от красноватой до черной; голова небольшая, суживающаяся кпереди, несет пятичлениковые усики (антенны); ротовой аппарат колюще-сосущий; грудь слитная; брюшко состоит из 9 члеников, задний конец его у самок двулопастной, а у самцов закруглен и сквозь три последних членика просвечивает хитинизированный конический совокупительный аппарат; ноги сильные, пятичлениковые, на голени имеется выступ, лапки заканчиваются серповидными коготками, которые подгибаются к выступу голени, напоминают по форме клешню и служат для закрепления на волосах и одежде. Самцы обычно мельче самок. Вши яйцекладущи. Яйца (гниды) продолговато-овальной формы (1,0-1,5 мм длины), сверху покрыты плоской крышечкой, желтовато-белого цвета, приклеиваются нижним концом к волосу или ворсинкам ткани выделениями самки во время кладки; неполовозрелые стадии (нимфы) отличаются от взрослых меньшими размерами и отсутствием наружных половых органов. Вши на всех стадиях развития, кроме яйца, сосут кровь хозяина. Головная вошь держится в волосяном покрове близ кожи, платяная - преимущественно на одежде. Заражение людей вшами происходит при контакте с завшивленными людьми, например, при общении детей в организованных коллективах, в переполненном транспорте, при совместном пользовании одеждой, постелью, спальными принадлежностями, гребнями, щетками и т.п. Заражение взрослых людей лобковыми вшами происходит при интимном контакте, а у детей - от взрослых, ухаживающих за ними, а также через белье.

Головная и платяная вошь относятся к одному роду *Pediculus* и по внешнему виду очень сходны. Однако они имеют морфологические отличия, которые можно установить, используя лупу с дву- и десятикратным увеличением или микроскоп*.

*Для определения вида вши приготавливают временный препарат. На предметное стекло наносят каплю глицерина, помещают в нее вошь и накрывают покровным стеклом или целлофаном.

ГОЛОВНАЯ ВОШЬ - *Pediculus capitis* de Geer, мельче платяной, длина тела самки 2,1-3,5 мм, самца - 2,0-3,0 мм; по бокам членики брюшка (фестоны) разделены относительно глубокими вырезками; щетинки стернитов брюшка более крупные, кинжаловидные; гениталии самки широкие и более тупые на конце; антенны относительно короткие и плотные, третий членик едва длиннее своей ширины; третий членик (бедро) 2-й пары ног относительно короткий, длина превышает ширину в 2,4 раза; коготки более тонко заострены.

Головная вошь живет и размножается в волосистой части головы, предпочтительно на висках, затылке и темени. Питается каждые 2-3 часа. Голод переносит плохо, при +30°C обычно через сутки гибнет.

Развитие яиц происходит в течение 5-9 дней, личинок - 15-17 дней.

Продолжительность жизни взрослых особей - 27-30 дней. Самка откладывает ежедневно 3-7 яиц, за всю жизнь - от 38 до 120 яиц. Очень чувствительны к изменению температуры и влажности, оптимум около +28°C; при понижении температуры развитие замедляется, при +20°C самка перестает откладывать яйца и развитие личинок приостанавливается. Вне тела хозяина погибает через сутки.

ПЛАТЯНАЯ ВОШЬ - *Pediculus vestimenti* de Geer крупнее головной, длина тела самки 2,3-4,75 мм, самца - 2,1-3,7 мм, окраска более светлая. Вырезки между фестонами брюшка менее глубокие; щетинки на стернитах мелкие, игольчатые; гениталии самки более острые, клещевидные, антенны более тонкие, третий членик вдвое длиннее своей ширины; бедро 2-й пары ног почти вдвое длиннее своей ширины; коготки на лапках относительно более широкие, серповидные.

Платяная вошь живет в складках белья и платья, особенно в швах, где и откладывает

яйца, приклеивая их к ворсинкам ткани, яйца могут приклеиваться также к волосам на теле человека, кроме головы. Питается 2-3 раза в сутки: насыщается за 3-10 минут, одновременно выпивает крови заметно больше, чем головная.

Ежедневно откладывает около 10 яиц, в течение жизни в среднем около 200, максимально - 300. Яйца развиваются в течение 7-14 дней, личинки 14-18 дней. Средняя продолжительность жизни взрослых особей 34 дня, максимально - 46 дней. Оптимальная температура развития вшей на 2-4 градуса выше, чем у головной, +30-32°C; при температуре +25-30°C могут голодать 2-3 дня, а с понижением температуры до +10-20°C могут голодать около недели. Все стадии развития, включая яйцо, очень чувствительны к температуре выше +37°C.

Сухой жар (+47-50°C) вши переносят до 10 минут, а затем гибнут. Это используется при дезинсекции одежды. Понижение температуры и высокую влажность вши переносят значительно лучше, при - 13°C сохраняют жизнеспособность до 7 дней, в воде остаются живыми до 2 суток. Отрицательное отношение вшей к высоким температурам важно эпидемиологически, так как вши покидают лихорадящих больных и могут переползть на окружающих людей.

ЛОБКОВАЯ ВОШЬ, или ПЛОЩИЦА, относится к роду *Phthyrus* виду *P. pubis* L., это самая мелкая из вшей человека; длина тела 1,36-1,6 мм; по форме тела напоминает щит, четыре последних членика брюшка по бокам несут пальцевидные отростки с пучком щетинок; ноги, особенно 2-я и 3-я пары, утолщены; лапки с крупными изогнутыми коготками. Такое строение ног и тела позволяет площице удерживаться на коротких волосках лобка, бровей, ресниц. При значительной численности насекомые могут распространяться на всей нижней части туловища, особенно на животе, где в результате их кровососания надолго остаются характерные синюшные следы. Лобковая вошь малоподвижна, обычно остается на месте, погрузив хоботок в кожу человека, и сосет кровь часто, с небольшими перерывами.

Плодовитость невелика, самка в течение жизни откладывает не более 50 яиц, из яйца вылупляется нимфа, которая живет 15-17 дней, продолжительность жизни самки около месяца. Площица вне человека может жить только 10-12 часов.

3. Организация и проведение противопедикулезных мероприятий.

3.1. Противопедикулезные мероприятия включают как комплекс общих мероприятий, направленных на соблюдение должного санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов в организациях, коллективах и т.п., так и специфические меры по санации людей, у которых обнаружен педикулез. Противопедикулезные мероприятия входят в систему мер по сохранению и укреплению здоровья населения и проводятся среди всех контингентов и групп населения. Ответственность за их организацию и осуществление несут руководители детских и подростковых организованных коллективов, учебных заведений, предприятий, хозяйств, организаций, учреждений, независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности.

3.2. Работа по предупреждению педикулеза и борьбе с ним проводится в соответствии с региональными программами (планами) по борьбе с педикулезом и профилактики инфекционных заболеваний, передаваемых вшами, согласованными с заинтересованными министерствами и ведомствами, органами и учреждениями просвещения, жилищного и коммунального хозяйства и др.

При разработке программы (плана) предусматривают выполнение следующих мероприятий:

3.2.1. Организация и проведение плановых осмотров населения (детские дома, дома ребенка, детские дошкольные учреждения, учреждения общего и профессионального образования, учреждения системы социального обеспечения (дома престарелых и дома инвалидов), общежития, промышленные предприятия и др.) с целью выявления и санации людей с педикулезом;

3.2.2. Обеспечение условий, необходимых для соблюдения санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов в организованных коллективах (обеспеченность санпропускниками, банями, прачечными, душевыми, горячей водой, сменным постельным бельем и др.);

3.2.3. Организация подготовки медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений, детских домов, домов ребенка, детских дошкольных учреждений, учреждений общего и профессионального образования, учреждений системы социального обеспечения (домов престарелых и домов инвалидов) по вопросам борьбы с педикулезом и профилактики сыпного тифа;

3.2.4. Обеспечение лечебно-профилактических учреждений, центров Госсанэпиднадзора, дезстанций, Государственных унитарных дезинфекционных предприятий (ГУДП) и населения педикулицидными средствами;

3.2.5. Обеспечение лечебно-профилактических учреждений, центров Госсанэпиднадзора, дезстанций и ГУДП дезинфекционным оборудованием;

3.2.6. Организация противопедикулезных мероприятий в очагах педикулеза;

3.2.7. Проведение информационно-разъяснительной работы среди населения по вопросам борьбы с педикулезом.

3.3. При проведении осмотров на педикулез учету подлежат люди, у которых при осмотре выявлены как жизнеспособные, так и нежизнеспособные вши в любой стадии развития (яйцо-гнида, личинка, взрослое насекомое).

Каждый выявленный случай педикулеза заносят в медицинскую документацию: "Медицинскую карту стационарного больного" (ф. N 003-1/у), "Медицинскую карту амбулаторного больного" (ф. N 025/у-87), "Историю развития ребенка" (ф. N 112/у), "Медицинскую карту больного грибковыми заболеваниями" (ф. N 065-1/у), "Медицинскую карту ребенка" (ф. N 026/у), "Карту вызова скорой медицинской помощи" (ф. N 110/у), "Вкладной лист на подростка к медицинской карте амбулаторного больного" (ф. N 025-1/у), "Медицинскую карту больного венерическими заболеваниями" (ф. N 065/у).

В общепринятом порядке каждый случай выявленного педикулеза вносят в "Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов" (ф. N 025-2/у); "Талон амбулаторного пациента" (ф. N 025-10/у-97), а также в "Журнал учета инфекционных заболеваний" (ф. N 060/у). Журнал ведется во всех лечебно-профилактических учреждениях, включая специализированные, независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности, детских домах, домах ребенка, детских дошкольных учреждениях, учреждениях общего и профессионального образования, учреждениях системы социального обеспечения (домах престарелых и домах инвалидов), детских оздоровительных учреждениях и др. О каждом выявленном случае педикулеза медицинский или другой работник должен информировать территориальный центр Госсанэпиднадзора по телефону с последующим направлением экстренного извещения (ф. N 058/у) в установленном порядке.

В отчетных формах "Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях" № 1 (ежемесячно) и № 2 (ежегодно) показывают впервые выявленные случаи головного, платяного и смешанного педикулеза.

Информацию о педикулезе и заявки на проведение противопедикулезной обработки медицинские работники лечебно-профилактических учреждений, центров Госсанэпиднадзора направляют в дезотделы (дезотделения) центров Госсанэпиднадзора, отделы очаговой дезинфекции дезстанции или ГУДП, где они регистрируются в установленном порядке.

Срок наблюдения очага педикулеза - 1 месяц с проведением осмотров на педикулез в очаге 1 раз в 10 дней. Считать очаг санированным следует при отрицательных результатах трехкратного обследования. Контроль за санацией очагов ведут дезотделы (дезотделения) центров Госсанэпиднадзора, отделы очаговой дезинфекции дезинфекционных станций или ГУДП.

3.4. Медицинские работники амбулаторно-поликлинических учреждений, стационаров, детских домов, домов ребенка, детских дошкольных учреждений, учреждений общего и профессионального образования, учреждений системы социального обеспечения, медицинских предприятий независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности обязаны осуществлять активное выявление лиц с педикулезом при оказании медицинской помощи и проведении профилактических осмотров.

Осмотру на педикулез подлежат:

3.4.1. 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.

3.4.2. Учащиеся школ-интернатов, дети, проживающие в детских домах, домах ребенка и т.п. - еженедельно. Осмотр проводит медицинский персонал с привлечением воспитателей.

3.4.3. Дети, выезжающие в детские оздоровительные учреждения, лагеря труда и отдыха, до выезда осматриваются медицинским персоналом поликлиники по месту жительства. Во время нахождения в местах отдыха осмотр детей проводит медицинский персонал лагеря перед каждой помывкой и перед возвращением в город (за 1-3 дня).

3.4.4. Дети, посещающие дошкольные учреждения, ежедневно осматриваются медработниками учреждения (врачом, медсестрой)

3.4.5. Работники предприятий, в том числе в сельской местности, осматриваются медработниками поликлиники и(или) медсанчастей 1-2 раза в год при профосмотрах, диспансеризациях.

3.4.6. Лица, находящиеся в учреждениях системы социального обеспечения, осматриваются медперсоналом 2 раза в месяц.

3.4.7. Больные, поступившие на стационарное лечение, осматриваются медицинской сестрой приемного отделения, а при длительном лечении - медицинской сестрой лечебных отделений не реже 1 раза в 10 дней. Запрещается отказ от госпитализации по основному заболеванию из-за выявленного педикулеза.

3.4.8. Лица, проживающие в общежитиях, осматриваются при заселении, в дальнейшем ежеквартально. Осмотр проводят медицинские работники с привлечением воспитателей, коменданта и др.

3.4.9. Медицинские работники лечебно-профилактических учреждений проводят осмотр пациентов на педикулез 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.

3.5. К проведению одновременных массовых осмотров организованных коллективов и неорганизованного населения по эпидпоказаниям по решению территориального органа здравоохранения в помощь работникам лечебно-профилактических учреждений привлекают студентов медицинских институтов, учащихся медицинских училищ, активистов общества Красного Креста и Красного Полумесяца и других общественных организаций.

3.6. Для проведения осмотра на педикулез необходимо иметь хорошо освещенное рабочее место, лупу, позволяющую рассмотреть как волосистые части тела, так и одежду.

Обследуя людей на педикулез, необходимо особое внимание обратить:

- при осмотре головы - на височно-затылочные области;
- при осмотре одежды и белья - на швы, складки, воротники, пояса.

Списки людей, осмотренных на педикулез, не составляются.

3.7. При обнаружении платяных вшей или их яиц, а также смешанного педикулеза необходимо срочно вызвать по телефону специалистов дезотделов (отделений) центров Госсанэпиднадзора, отделов очаговой дезинфекции дезстанций или ГУДП для обработки людей, у которых выявлен платяной педикулез. Учет и регистрацию таких людей осуществляют в установленном порядке.

3.8. При обнаружении головного педикулеза у одиноких престарелых и инвалидов, у лиц, проживающих в санитарно-неблагополучных условиях, общежитиях, у членов многодетных семей медицинский персонал также подает заявку на обработку в дезотделы (дезотделения) центров Госсанэпиднадзора, отделы очаговой дезинфекции дезстанций или ГУДП.

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

Медицинский работник дает рекомендации по взаимному осмотру членов семьи и применению противопедикулезных препаратов.

3.10. При получении информации о выявлении педикулеза у лиц, направленных лечебно-профилактическими учреждениями на стационарное или санаторное лечение, администрация учреждения выясняет причины неудовлетворительного осмотра и принимает меры по санации домашнего очага (обследование контактных и организация противопедикулезной обработки).

3.11. При выявлении головного педикулеза в детском учреждении с ежедневным режимом посещения ребенок выводится из коллектива.

Медицинский работник дает родителям рекомендации по противопедикулезной

обработке в домашних условиях либо о проведении санитарной обработки в санпропускнике. Допуск ребенка в детское учреждение разрешается только после контрольного осмотра.

3.12. При выявлении платяного или группового (2 и более случаев) головного педикулеза в организованных коллективах проводят обязательное эпидемиологическое расследование. При эпидрасследовании обращают внимание на выявление источника заражения педикулезом, на санитарно-гигиенический режим (условия для мытья, смена постельного, нательного белья, условия хранения верхней одежды, головных уборов и т.д.). Объем и метод обработки определяются в каждом конкретном случае комиссионно врачом-дезинфекционистом, эпидемиологом и санитарным врачом, курирующим данное учреждение.

3.13. При выявлении педикулеза у организованного ребенка вне детского учреждения (при поступлении в стационар, на приеме в поликлинике, осмотре на дому) медицинский работник детского дошкольного учреждения обязан немедленно провести тщательный осмотр всех детей и обслуживающего персонала группы, которую посещал ребенок.

3.14. К организации противопедикулезных мероприятий, к контрольным осмотрам на педикулез, к эпидемиологическому расследованию случаев педикулеза в организованных коллективах обязательно привлекаются специалисты отделов коммунальной гигиены, гигиены детей и подростков, гигиены труда центра Госсанэпиднадзора.

3.15. Выборочный контроль за организацией противопедикулезных мероприятий в организованных коллективах осуществляют медицинские работники дезотделов (отделений) центров Госсанэпиднадзора, отделов очаговой дезинфекции дезстанций или ГУДП.

3.16. Организация противопедикулезных мероприятий на обслуживаемой территории возлагается на дезстанции, ГУДП и дезотделы (отделения) центров Госсанэпиднадзора. Контроль за их организацией возлагается на главного врача центра Госсанэпиднадзора.

3.17. Ответственность за проведение противопедикулезных мероприятий в организованных коллективах, лечебных и других учреждениях несет администрация учреждения.

4. Профилактические и истребительные мероприятия.

4.1. В целях предотвращения появлений вшей и их распространения в семье, в коллективе осуществляют профилактические (гигиенические) мероприятия, которые включают: регулярное мытье тела - не реже 1 раза в 7-10 дней, смену нательного и постельного белья в эти же сроки или по мере их загрязнения с последующей стиркой; регулярную стрижку и ежедневное расчесывание волос головы; систематическую чистку верхнего платья, одежды, постельных принадлежностей и опрятное их содержание, регулярную уборку помещений, содержание в чистоте предметов обстановки.

4.2. При обнаружении вшей в любой стадии развития (яйцо, личинка, взрослое насекомое) дезинсекционные мероприятия проводят одновременно, уничтожая вшей непосредственно как на теле человека, так и его белье, одежде и прочих вещах и предметах.

4.3. Дезинсекционные мероприятия по борьбе со вшами включают: механический, физический и химический способы уничтожения насекомых и их яиц.

4.4. При незначительном поражении людей головными вшами (от 1 до 10 экземпляров, включая яйца) целесообразно использовать механический способ уничтожения насекомых и их яиц путем вычесывания насекомых и яиц частым гребнем, стрижки или сбривания волос. Для сбора волос подкладывают клеенку или бумагу, которые вместе с волосами и насекомыми сжигают.

Перед вычесыванием гнид с волос голову моют, ополаскивают теплым 4-5% водным раствором столового уксуса или теплым 5-10% раствором уксусной кислоты. Затем гниды счесывают частым гребнем, предварительно сквозь зубцы гребня пропускают ватный жгутик или нитку, которые обильно смачивают уксусом.

4.5. При обнаружении на теле человека вшей проводят санитарную обработку: мытье тела горячей водой с мылом и мочалкой, с одновременной сменой белья, в случае необходимости - сбривание волос.

4.6. При незначительном поражении людей платяным педикулезом или при отсутствии педикулицидов используют кипячение белья, проглаживание горячим утюгом швов, складок, поясов белья и одежды, не подлежащих кипячению.

4.7. В больничных учреждениях, детских домах, домах ребенка, детских дошкольных учреждениях, учреждениях общего и профессионального образования, учреждениях системы социального обеспечения (домах престарелых и домах инвалидов), общежитиях, детских оздоровительных учреждениях обработку людей при головном педикулезе проводит на месте медицинский персонал данных учреждений.

4.8. Обработка домашних очагов головного педикулеза возможна силами самих жильцов с обязательным инструктажем и последующим контролем со стороны дезотделов (дезотделений) центров Госсанэпиднадзора, отделов очаговой дезинфекции дезстанции или ГУДП.

4.9. Обработку людей и их вещей при платяном или смешанном педикулезе проводят только силами дезотделов (дезотделений) центров Госсанэпиднадзора, отделов очаговой дезинфекции дезстанции или ГУДП.

4.10. При средней и большой пораженности (от 10 экземпляров и более, включая насекомых и яйца) рекомендуется использовать инсектициды - педикулициды. Обработка педикулицидами детей до 5 лет, беременных и кормящих женщин, людей с заболеваниями и повреждениями волосистых частей тела и головы (микротравмы, дерматиты, экземы и т.п.), с проявлениями аллергии к медицинским и косметическим средствам запрещается.

Для обработки волосистых частей тела используют следующие инсектициды: 0,15 % водную эмульсию карбофоса (расход препарата на обработку одного человека - 10-50 мл), 20% водно-мыльную суспензию бензилбензоата (10-30 мл), 5% борную мазь (10-25 г), лосьоны НИТТИФОР, ЛОНЦИД, НИТИЛОН (50-60 мл), пеномощное средство ТАЛЛА(10-50 мл), шампунь ВЕДА (30 мл), средство МЕДИФОКС (50-100 мл), мыла ВИТАР и АНТИЭНТОМ (30 г), порошок пиретрума (15 г), 10% водную мыльно-керосиновую эмульсию (5-10 мл). Экспозиция при указанных средствах составляет 10- 40 минут в соответствии с этикеткой на каждое конкретное средство.

После обработки волос головы и их мытья волосы прополаскивают теплым 5-10 % водным раствором уксусной кислоты.

4.11. Вшей на белье, одежде и прочих вещах уничтожают немедленно по мере обнаружения насекомых. Завшивленное белье кипятят в 2% растворе кальцинированной соды в течение 15 минут, проглаживают утюгом с обеих сторон, обращая внимание на швы, складки, пояса и пр.; подвергают камерной обработке согласно инструкции "По дезинфекции и дезинсекции одежды, постельных принадлежностей, обуви и других объектов в паровоздушноформалиновых, паровых и комбинированных дезинфекционных камерах и дезинсекции этих объектов в воздушных дезинфекционных камерах", утвержденной 22.08.78.

4.12. В качестве инсектицидов для обработки одежды применяют 0,15% водную эмульсию 50% эмульгирующегося концентрата карбофоса, 0,06% водную эмульсию 50% э.к. сульфидофоса, порошок пиретрума, 1% дуст Неопин, 2% дуст СУЛЬФОЛАН-У, 2% дуст БИФЕТРИН-П, мыло ВИТАР, средство МЕДИФОКС-СУПЕР, 20% водную мыльно-керсиновую эмульсию.

4.13. Нательное и постельное белье, другие изделия, подлежащие стирке, замачивают в водных эмульсиях в течение 5-10 минут в зависимости от зараженности яйцами. Норма расхода водных эмульсии составляет 2,5 л на комплект нательного белья; 4-4,5 л на комплект постельного белья или на кг сухих вещей. Затем вещи хорошо прополаскивают, после чего стирают обычным способом с обязательным использованием мыла и соды.

4.14. Верхнюю одежду, постельные принадлежности (за исключением подушек) и прочие вещи орошают водной эмульсией. С особой тщательностью обрабатывают места обитания насекомых: воротники, пояса, швы, складки. Норма расхода на платье из шерсти 30-50 мл, на комплект постельных принадлежностей (матрац, одеяло) - 400 мл, на комплект одежды (пальто, пиджак, брюки, шапка) - 350 мл.

4.15. Дусты и порошки используют при норме расхода 175- 250 г на вещи одного человека и экспозиции от 30 минут до 1 часа согласно этикетке.

4.16. При использовании инсектицидного мыла ВИТАР для замачивания белья и одежды норма расхода его составляет 30 г при экспозиции 20 минут. Затем белье прополаскивают. Далее применяют обычную стирку и глажение.

4.17. Для нанесения жидких препаратов на одежду, постельные принадлежности (матрацы, одеяла), для обработки помещений используют ручные распылители: квазар, гидропульт, автомакс и другие, а также платяные щетки. Порошкообразные препараты на вещи наносят с помощью распылителя ПР, резинового баллона или марлевого мешочка.

4.18. В случае необходимости для обработки помещений и предметов используют 0,5% водный раствор хлорофоса, 0,15% водную эмульсию карбофоса, порошок пиретрума, 1% дуст неопина, аэрозольные баллоны "НЕОФОС-2", "КАРБО-ЗОЛЬ", "А-ПАР", средство МЕДИФОКС-СУПЕР в соответствии с этикетками и инструктивно-методическими указаниями по применению каждого из названных средств.

4.19. При необходимости обработку педикулицидами повторяют через 7-10 дней.

4.20. При головном и платяном педикулезе в очагах заболеваний или в тех случаях, когда отсутствуют другие средства, допустимо использовать БУТАДИОН - синтетический лечебный препарат.

При приеме бутадиона внутрь кровь человека становится токсичной для головных и

платяных вшей в течение 14 суток. Прием бутадиона назначают взрослым после еды в течение двух дней по 0,15 г 4 раза в день. Суточная доза не должна превышать 0,6 г. Детям до 4 лет применение бутадиона противопоказано. Детям от 4 до 7 лет назначают бутадион по 0,05 г; от 8 до 10 лет - 0,08 г; старше 10 лет - 0,12 г. Указанные дозы рекомендуют принимать 3 раза в день в течение 2 дней.

4.21. Контроль эффективности проводимых противопедикулезных мероприятий осуществляет ответственный за эти мероприятия путем визуального осмотра волосистых частей тела (при необходимости волосы головы расчесывают частым гребнем с целью вычесывания вшей), белья, одежды и прочих вещей и предметов.

5. Меры предосторожности при проведении противопедикулезных обработок.

5.1. Расфасовку педикулицидов, приготовление их рабочих форм, замачивание вещей, подлежащих обработке, и их последующую стирку проводят в нежилых, хорошо проветриваемых помещениях, или на открытом воздухе, с обязательным использованием спецодежды: резиновые перчатки, халат, обувь; для защиты дыхательных путей - респираторы универсальные - РУ-60М, РПГ-67 с противогазовым патроном марки А. При работе с дустами - противопылевые респираторы ("Астра-2", Ф-62Ш, "Лепесток").

5.2. Посуду, используемую для разведения педикулицидов и приготовления их форм, тщательно моют горячей водой с содой и мылом. В дальнейшем ее не следует употреблять для хранения продуктов, фуража, а также для приготовления пищи.

5.3. Шерстяное белье, обработанное фосфорорганическими препаратами, перед стиркой замачивают в содовом растворе сроком не менее суток, после чего стирают, высушивают на открытом воздухе (не менее 4 часов) для удаления запаха.

5.4. Дезинсекцию помещений и предметов обстановки препаратами в аэрозольной упаковке проводят при остывших нагревательных приборах, в отсутствие людей, животных, птиц, рыб. После этого помещение проветривают не менее 30 минут. Пищевые продукты во время обработки убирают. Аэрозоль не распыляют вблизи огня. Категорически запрещается во время работы с педикулицидными препаратами курить, пить и принимать пищу.

5.5. Спецодежду после окончания обработок высушивают и проветривают на открытом воздухе или в специально отведенном помещении. Хранят ее в специальных шкафчиках. Спецодежду стирают по мере загрязнения, но не реже одного раза в неделю, в мыльно-содовом растворе (2 столовые ложки кальцинированной соды и один кусок мыла на ведро воды).

5.6. Хранят педикулициды только в специально приспособленных помещениях, упакованными в плотную тару. Для уничтожения вшей запрещается использовать средства, не имеющие паспорта с указанием в нем названия препарата, содержания действующего начала, завода-изготовителя, даты и срока годности.

5.7. Люди, постоянно работающие с педикулицидами, проходят периодические медицинские осмотры в соответствии с [приказом МЗМП России от 14.03.96 N 90 "О порядке проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников и медицинских регламентах допуска к профессии"](#).

5.8. Обработку людей или белья, зараженного вшами, следует проводить строго в соответствии с методическими указаниями, инструкциями или текстами этикеток по каждому конкретному препарату.

6. Первая помощь при отравлении педикулицидами.

6.1. При нарушении правил техники безопасности при работе с педикулицидами может произойти отравление.

6.2. Первыми признаками отравления наиболее токсичными фосфорорганическими соединениями являются: неприятный привкус, слюнотечение, слезотечение, потливость, сужение зрачков, тошнота, головная боль. В более тяжелых случаях может появиться рвота, спазмы кишечника, понос, одышка, могут развиваться фибриллярные подергивания отдельных групп мышц, вплоть до тонических и клонических судорог. У особо чувствительных людей может развиваться аллергический дерматит.

6.3. При появлении признаков отравления педикулицидами пострадавшего следует вывести на свежий воздух, снять загрязненную одежду, дать прополоскать рот и горло кипяченой водой или 2% раствором питьевой соды, обеспечить покой.

6.4. При случайном проглатывании препарата необходимо выпить несколько стаканов воды или розового цвета раствор марганцовокислого калия (1:5000; 1:10000), затем вызвать рвоту. Процедуру повторить 2-3 раза. Для промывания желудка можно использовать также 2% раствор питьевой соды (1 чайная ложка на стакан воды) или взвесь одного из сорбентов: активированного угля, мела, жженой магнезии (2 столовые ложки на 1 литр воды). Через 10-15 минут после промывания желудка необходимо выпить взвесь жженой магнезии или активированного угля (1-2 столовые ложки на стакан воды) мелкими глотками. Затем принять солевое слабительное (1 столовая ложка на 1/2 стакана воды).

КАСТОРОВОЕ МАСЛО ПРОТИВОПОКАЗАНО.

6.5. При появлении начальных признаков отравления фосфорорганическими препаратами показан прием внутрь 2-3 таблеток экстракта красавки, бесалола, бекарбона или беллалгина.

Специфическим противоядием при отравлении педикулицидными препаратами являются атропин, прозерин и другие препараты спазмолитического характера действия.

6.6. При попадании неразведенного препарата на кожу его осторожно удаляют ватным тампоном, не втирая, затем обмывают кожу водой с мылом, после чего обрабатывают 5-10% раствором нашатырного спирта или 2% раствором соды (при фосфорорганических соединениях 5% раствором хлорамина Б).

6.7. При попадании любого препарата в глаза их немедленно следует обильно промыть струей чистой воды или 2% раствором питьевой соды в течение 5-10 минут. При раздражении слизистой глаза необходимо закапать 20-30% раствор альбуцида, при болезненности - 2% раствор новокаина.

При симптомах отравления необходимо обратиться за врачебной помощью.

7. Противопоказания к постоянной работе с инсектицидами.

В соответствии с [приказом МЗМП России от 14.03.96 N 90 "О порядке проведения](#)

предварительных и периодических медицинских осмотров работников и медицинских регламентах допуска к профессии" к работе с инсектицидами (педикулицидами) не допускаются люди, имеющие:

- а) органические заболевания центральной нервной системы;
- б) психические заболевания (в том числе в стадии ремиссии);
- в) эпилепсию;
- г) эндокринно-вегетативные заболевания;
- д) активную форму туберкулеза легких;
- е) бронхиальную астму;
- ж) воспалительные заболевания органов дыхания (бронхиты, ларингиты, атрофические риниты и пр.);
- з) заболевания печени, почек, желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь, хронический гастрит, колит);
- и) заболевания кожи (экзема, дерматиты);
- к) заболевания глаз (хронические конъюнктивиты, кератиты и др.);
- л) выраженные заболевания органов дыхания и сердечно-сосудистой системы, которые мешают использованию респираторов.

Содержимое укладки, предназначенной для проведения противопедикулезных обработок (противопедикулезная укладка)

1. Клеенчатый или хлопчатобумажный мешок для сбора вещей больного.
 2. Оцинкованное ведро или лоток для сжигания или обеззараживания волос.
 3. Клеенчатая пелерина.
 4. Перчатки резиновые.
 5. Ножницы.
 6. Частый гребень (желательно металлический).
 7. Машинка для стрижки волос.
 8. Спиртовка.
 9. Косынки (2-3 штуки).
 10. Вата.
 11. Столовый уксус или 5-10% уксусная кислота.
 12. Препараты для уничтожения головных вшей:
 - 12.1. Препараты, действующие губительно на все стадии вшей (овициды): 30% или 50% эмульгирующийся концентрат кар-бофоса, 50% эмульгирующийся концентрат сульфидофоса, лосьоны Лонцид*, Нитилон*, Перфолон*, Ниттифор**, пеномоющее средство Талла*.
 - 12.2. Препараты, которые не действуют на яйца (не овициды): мыло Витар*, мыло Антиэнтон*. 5% борная мазь (для взрослого населения, исключая беременных и кормящих женщин), порошок пиретрума.
 13. Препараты для дезинсекции белья:
 - 13.1. Овициды: 30% или 50% эмульгирующийся концентрат карбофоса, 50% эмульгирующийся концентрат сульфидофоса*, дусты Сульфолан-У*, Бифетрин-П*, средство Медифокс-Супер*
 - 13.2. Не овициды: дуст Неопин*, порошок пиретрума, мыло Витар*.
 14. Препараты для дезинсекции помещений: 30% или 50% эмульгирующийся концентрат карбофоса, хлорофос, аэрозольные баллоны Карбозоль*, Неофос-2*, А-ПАР***, средство Медифокс-Супер*.
- Примечание. Периодически препараты обновляют в соответствии со сроком их

годности, указанным в паспорте препарата. Отмеченные звездочками препараты желательны для укомплектования укладки:

- * Препараты производятся отечественной промышленностью.
- ** Препарат производится фирмой "Биогал", Венгрия
- *** Препарат производится фирмой "Скат", Франция.

Руководитель
Департамента Госсанэпиднадзора
А.А.Монисов

Заместитель руководителя
Департамента организации
медицинской помощи населению
А.А. Карпеев

Текст документа сверен по:
"Здравоохранение",
N 2, 1999 год

Текст Приложения 4 сверен по:
Сборник нормативных документов
"Участковая медицинская сестра",
1999 год