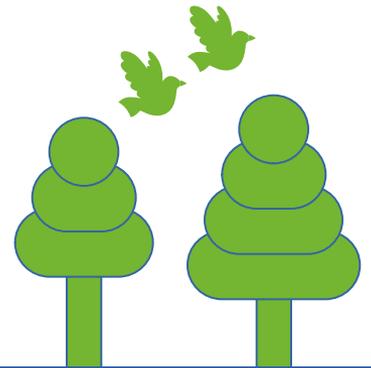


ПРОФИЛАКТИКА ЗАРАЗНЫХ КОЖНЫХ И ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ



ОСНОВНЫЕ ДЕЙСТВУЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ

- ✘ СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»
- ✘ СП 2.4.3648-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи»



Общие требования по профилактике

Обеспечение индивидуальными комплектами постельных принадлежностей, полотенцами, средствами личной гигиены (расчески, мочалки и др.), моющими средствами

- ✘ Ежедневная влажная уборка помещений с использованием моющих средств (поверхности мебели, спортивного оборудования должны допускать проведение уборки с использованием моющих и дезинфицирующих средств)
- ✘ Контроль за:
 - санитарным состоянием и содержанием помещений, в том числе за содержанием мест занятий физической культурой, включая контроль за соблюдением дезинфекционного режима в бассейнах
 - соблюдением правил личной гигиены (1 раз в 7 дней - помывочные дни, доступ к душу - ежедневно)



ПРОФИЛАКТИКА ЗАВОЗА ЗАРАЗНЫХ КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЗАГОРОДНЫХ СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

- ✘ Прием – со справкой от педиатра об отсутствии в течение 21 календарного дня контактов с больными инфекционными заболеваниями (включая педикулез, чесотку, заразные кожные заболевания). Сведения вносятся в справку не ранее чем за 3 рабочих дня до направления (заезда)
- ✘ Перед заездом осмотр волосистой части головы кожных покровов на наличие педикулеза, чесотки, микроспории (при выявлении подозрения на наличие заболевания заезд не разрешается)
- ✘ Кратность осмотра на педикулез и чесотку - 1 раз в 7 дней



Заболевания вызванные членистоногими

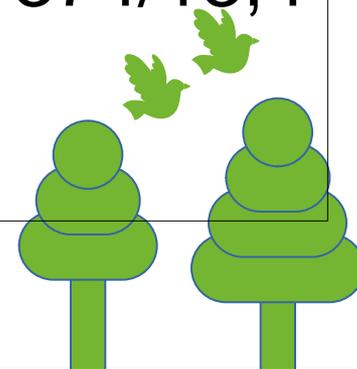
Среди паразитов кожи человека

**эпидемиологическое значение имеют клещ -
возбудитель чесотки, головная вошь, платяная
вошь и лобковая вошь**



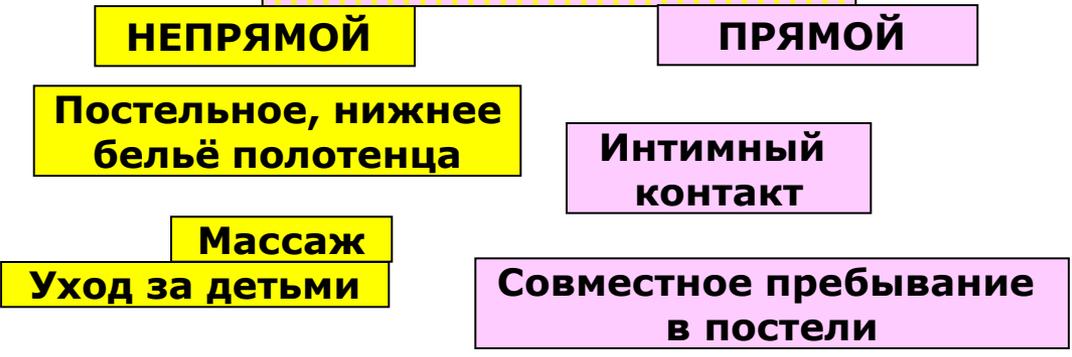
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЧЕСОТКОЙ

	2021г. Абс. число/ Показ. на 100 тыс.	2022г. Абс. число/ Показ. на 100 тыс.	2023г. Абс. число/ Показ. на 100 тыс.
г. Новосибирск	153/9,4	142/8,8	253/15,5
Новосибирская область	215/7,7	204/7,3	374/13,4



ЧЕСОТКА – ЗАРАЗНОЕ ПАРАЗИТАРНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ КОЖИ, ВЫЗЫВАЕМОЕ ЧЕСОТОЧНЫМ КЛЕЩОМ

ПУТИ ЗАРАЖЕНИЯ



ОЧАГИ



Инкубационный период	При заражении самками отсутствует, при заражении личинками до 2 недель
Выживаемость возбудителя во внешней среде	При комнатной температуре и влажности в среднем 3 суток
Сезонность	Повышение заболеваемости в осенне-зимний период при росте плодовитости возбудителя
Контингент	Значительное преобладание возрастных групп до 36 лет, дети



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Клиническая картина представлена различными вариантами чесоточных ходов, фолликулярными папулами на туловище и конечностях, невоспалительными везикулами вблизи ходов, расчесами и кровянистыми корочками, диссеминированными по всему кожному покрову, что обусловлено деятельностью клеща и аллергической реакцией организма на продукты его жизнедеятельности.

Типичные ходы имеют вид слегка возвышающейся линии беловатого или грязно-серого цвета, прямой или изогнутой, длиной 5–7 мм. Практически у всех больных ходы обнаруживаются на кистях

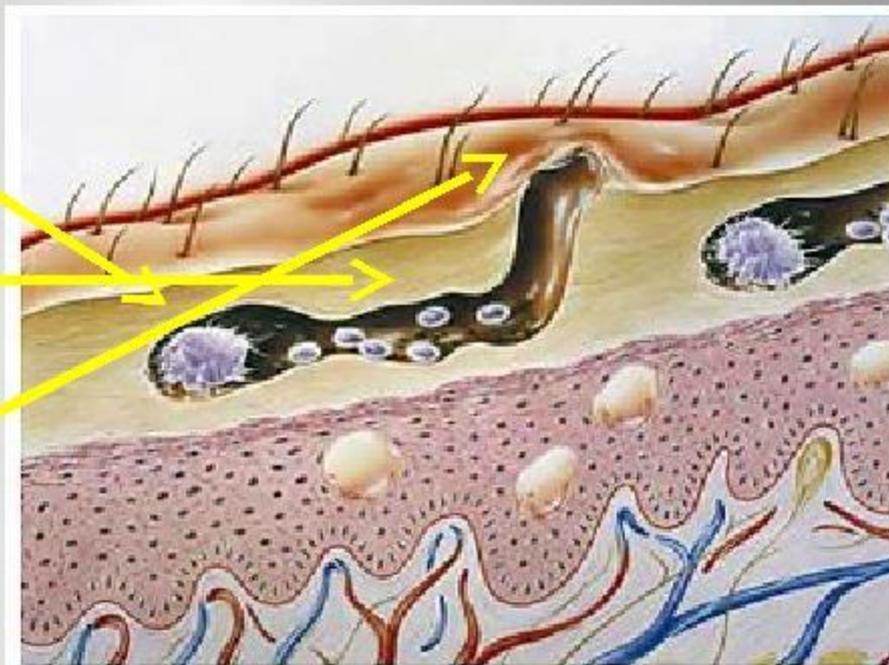


Схема расположения чесоточного клеща в коже

1 - самка;

2 - яйца и личинки;

3-вентиляционные
отверстия;



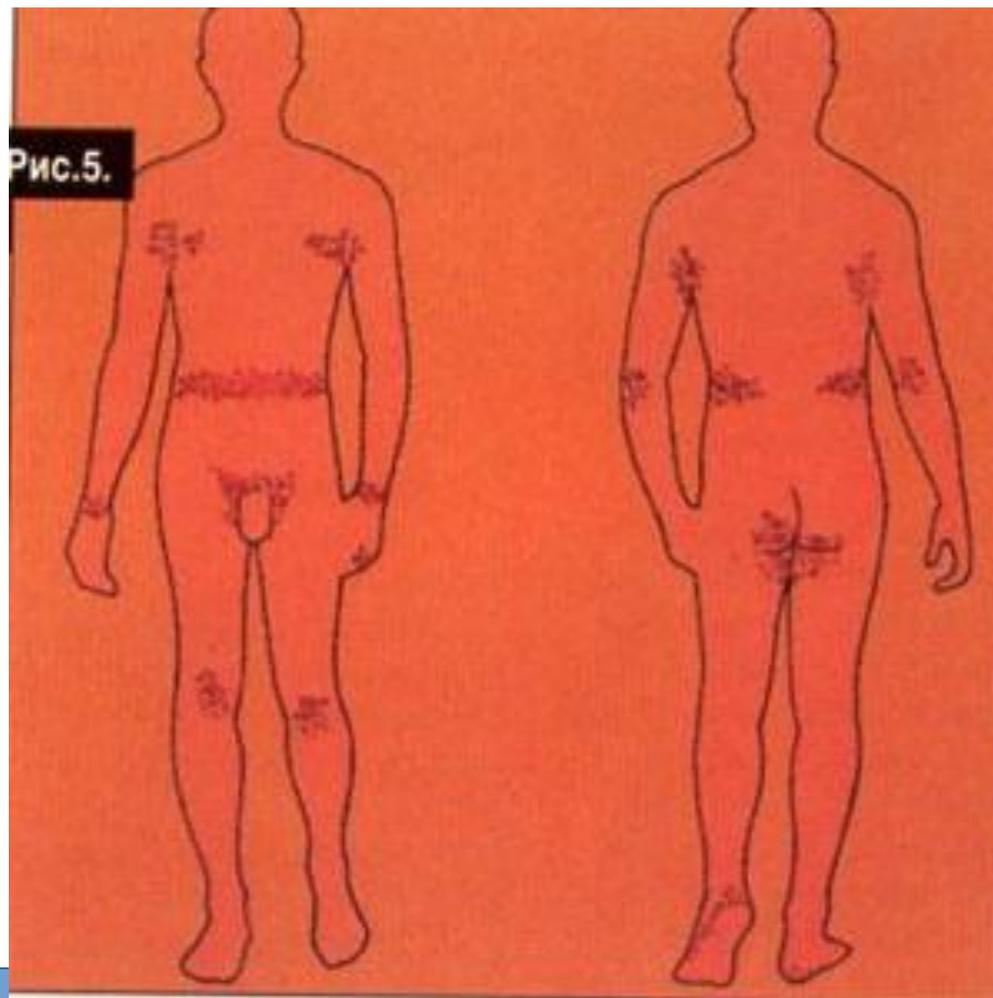
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Симметричные высыпания располагаются в основном в области лучезапястных с и локтевых сгибов, на передне-боковой поверхности живота, на пояснице, ягодицах, но отсутствуют в верхнем треугольном пространстве спины

Чесоточные ходы и высыпания хорошо выражены на участках кожи с нежным роговым слоем.

Зуд – характерный субъективный симптом чесотки. При первичном заражении зуд появляется через 7–14 дней. Усиление зуда в вечернее и ночное время связано с суточным ритмом активности возбудителя.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА



ДИАГНОСТИКА

- ✘ Прежде всею речь идем о клиническом диагнозе, однако, уверенность в правильности диагноза может быть, получена при лабораторном исследовании - путем выявления чесоточного клеща при извлечении его соскобом с участка, обработанного щелочью или мочевой кислотой



ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ЧЕСОТКЕ

Вывод подозрительного на заболевание из детского коллектива (в изолятор, затем за пределы учреждения).

Подача экстренного извещения
Консультация дерматовенеролога.

Сбор эпидемиологического анамнеза,
выявление возможного источника инфекции

Определение круга контактных лиц



ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ЧЕСОТКЕ

Осмотр контактных лиц – детей отряда, в котором находился заболевший и персонала (трижды с интервалом 10 дней)

При выявлении подозрения на заболевание среди контактных лиц - направить на консультацию к дерматовенерологу.

Вопрос о профилактическом лечении контактных решается индивидуально, с учетом эпидемической обстановки, обычно проводится при выявлении новых случаев заболеваний

При выезде - запись в медицинских документах о контакте



ДЕЗИНФЕКЦИЯ ПРИ ЧЕСОТКЕ

Чесоточные клещи без человека живут не более 48

часов при температуре 22°C и влажности 35%

При температуре 55°C и выше гибнет в течение 10 минут

Текущая дезинфекция - кипячение в 1-2% растворе соды 5-7 мин. предметов индивидуального пользования, постельного белья (на 1 литр воды 2 столовых ложки соды, 20гр хозяйственного мыла)

Протирание поверхностей, ручек дверей и др. ветошью, смоченной горячим мыльно-содовым раствором. Дезинфекционные средства на клеща не действуют.

Проглаживание горячим утюгом (диваны)

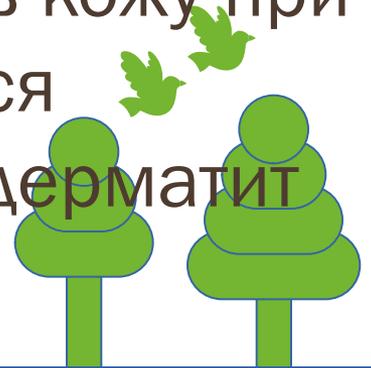
Изъятие из пользования (помещают на 3 дня в герметично закрытые полиэтиленовые пакеты)

Заключительная дезинфекция - работниками специализированных организаций (акарицидные средства)



ПЕДИКУЛЕЗ

- ✘ Вызывается вшами, живущими на коже человека и питающимися кровью. Чаще болеют дети. Вши вызывают зуд, особенно сильный на затылке и за ушами.
- ✘ Зуд является результатом аллергической реакции на слюну, вводимую вшами в кожу при кровососании. На коже могут появиться экскориации и кровянистые корочки, дерматит при длительном течение педикулеза.



ПЕДИКУЛЕЗ

- ✘ Каждая особь ежедневно откладывает от 4 до 10 яиц (гнид). Продолжительность жизни самки — в пределах месяца. Живые гниды находятся у основания волос, пустые оболочки и погибшие яйца — на значительном расстоянии от корней. Локализация гнид позволяет определить давность заболевания. При средней скорости волос 0,5 мм в сутки отложенные месяц назад гниды находятся на расстоянии 1-1,5 см от кожи.
- ✘ Пустые яичевые оболочки и погибшие гниды на значительном расстоянии от кожи свидетельствуют о ранее перенесенном педикулезе.



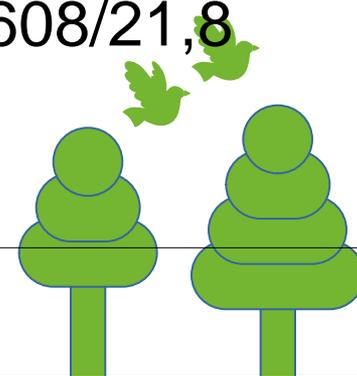
ПЕДИКУЛЕЗ

- ✘ При выявлении больного педикулезом проводится противопедикулезная обработка с использованием укладки. Используются педикулоциды на основе пеметрина — пиретроиды (Медифокс, Веда, Авицин, Ниттифор, Пермитрин и др.). При формировании резистентным к пиретроидам популяций вшей применяются препараты с другим действующим веществом (Фенотрин, Малатион, Паранит).
- ✘ За лицами, контактировавшими с больными педикулезом, устанавливается медицинское наблюдение сроком 1 месяц с проведением осмотров 1 раз в 10 дней с занесением результатов осмотров в журнал. Осмотр необходимо проводить при дополнительном освещении, с лупой.



ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕРМАТОМИКОЗАМИ

	2021г. Абс. число /на 100 тыс.	2022г. Абс. число /на 100 тыс.	2023г. Абс. число /на 100 тыс.
г. Новосибирск	304/18,8	322/19,4	334/20,4
Новосибирская область	497/17,8	562/20,2	608/21,8



МИКРОСПОРИЯ/ТРИХОФИТИЯ

Грибковые заболевания кожи и волос, вызываются различными видами грибов рода *Microsporum* и *Trichophyton*

Обладают высокой контагиозностью. Наиболее восприимчивый контингент (от 80 до 90%) - дети

Начало подъема заболеваемости - июнь, пик приходится на октябрь-ноябрь.

Инкубационный период от 5-7 дней до 4-6 недель.



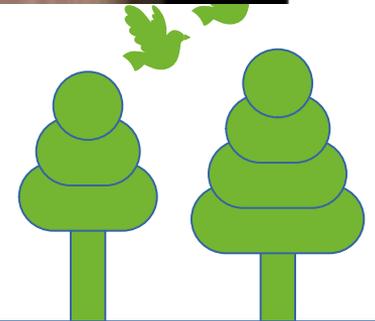
Микроспория

МИКРОСПОРИЯ ГЛАДКОЙ КОЖИ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПЯТНА
ОКРУГЛЫХ ИЛИ ОВАЛЬНЫХ
ОЧЕРТАНИЙ С ПРИПОДНЯТЫМ ПО
ПЕРИФЕРИИ ВАЛИКОМ,
СОСТОЯЩИМ ИЗ МЕЛКИХ УЗЕЛКОВ,
ПУЗЫРЬКОВ И КОРОЧЕК.
ЦЕНТРАЛЬНАЯ ЧАСТЬ ОЧАГА
ПОРАЖЕНИЯ ПОКРЫТА МЕЛКИМИ
ЧЕШУЙКАМИ



Микроспория

Микроспория волосистой части головы -
появляются обычно 1-2
крупные, четко очерченные
отграниченные очаги
облысения, по периферии
которых находятся мелкие
очаги. На поверхности
видно значительное
шелушение. Волосы
обломаны на высоте 4-8 мм.
над уровнем кожи. Обломки
волос окружены чехлом из
спор гриба



МИКРОСПОРИЯ/ТРИХОФИТИЯ

Основной путь распространения **зоофильных** заболеваний - прямой контакт с больным животным или носителем (кошки, чаще котята, реже собаки), песок детских песочниц, спортивные маты, деревянные решетки, коврики, дорожки бассейнов

Устойчивость возбудителей в патологическом материале от 1,5 до 10 лет

Основной источник **антропофильных** заболеваний — человек (тесный телесный контакт)



УДЕЛЬНЫЙ ВЕС АНТРОПОФИЛЬНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ

- ✗ В 2014г. – 5,3%
- ✗ В 2020г. – 21,5%
- ✗ В 2021г. - 23,1%
- ✗ В 2022г. - 29,3%
- ✗ В 2023г. - 31,1%

часто регистрируется у детей и подростков, занимающихся контактными видами спорта (греко-римская и другие виды борьбы)



ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ МИКРОСПОРИИ/ТРИХОФИТИИ

Экстренное извещение

Вывод из коллектива (в изолятор, затем за пределы учреждения)

Консультация дерматовенеролога

Сбор эпидемиологического анамнеза,
выявление возможного источника инфекции

Определение круга контактных лиц

Профилактика: запрет животных в ДОЛ

Дезинфекция матов, спортивных снарядов

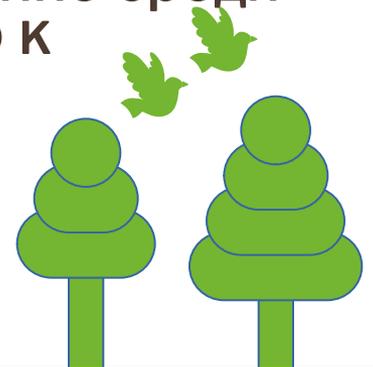


ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ МИКРОСПОРИИ/ТРИХОФИТИИ

Осмотр контактных лиц – детей отряда, в котором находился заболевший и персонала
(первый осмотр проводится дерматологом, 2 последующих - с интервалом 10 дней – медицинским работником учреждения)

При выявлении лиц с подозрением на заболевание среди контактных лиц - направление на консультацию к дерматовенерологу

При выезде- запись о контакте



ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ МИКРОСПОРИИ/ТРИХОФИТИИ

наблюдение проводится в течение 6 недель

при получении результата культурального исследования при зоофильном возбудителе ограничительные мероприятия через 14 дней отменяются, при антропофильном продолжаются

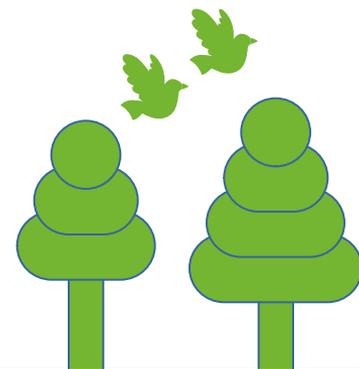


ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ МИКРОСПОРИИ

- Текущая дезинфекция в изоляторе (до вывода больного)

Влажная уборка пола, поверхностей в помещении, предметов ухода, посуды с применением дезинфицирующих средств по режиму дерматофитии

Заключительная дезинфекция- силами специализированной организации



Опоясывающий лишай

- ✘ Заболевание возникающее в результате активации в организме вируса ветряной оспы, проявляется воспалением задних корешков спинного мозга, межпозвонковых ганглиев, лихорадкой, общей интоксикацией, везикулярной экзантемой по ходу вовлеченных в процесс чувствительных нервов.
- ✘ Развивается у 10-20% лиц ранее перенесших ветряную оспу, вирус может сохраняться в организме в течение многих лет.
- ✘ Резервуар и источник вируса - больной ветряной оспой или опоясывающим лишаем. Механизм передачи контактный

Больной опоясывающим лишаем может заразить ветряной оспой окружающих с конца инкубационного периода и до истечения 5 дней с момента появления последнего элемента сыпи.



Опоясывающий лишай



Опоясывающий лишай

- ✘ Больной представляет эпидемиологическую опасность, в отношении него проводятся такие же мероприятия как в отношении больного ветряной оспой
- ✘ - вывод из коллектива, направление к дерматовенерологу,
- ✘ - экстренное извещение,
- ✘ - осмотр контактных (общавшиеся 2 дня до появления сыпи, в период высыпаний),
- ✘ - выяснение у контактных прививочного и эпидемиологического анамнеза,
- ✘



Опоясывающий лишай

- ✘ - за не болевшими и не привитыми - наблюдение 21 день (общее состояние, кожные покровы, температура), фиксируется в медицинской документации
- ✘ - рекомендуется активная иммунизация в первые 72-96 часов,
- ✘ - прекращается прием новых детей не болевших и не привитых, запрещается участи в массовых мероприятиях, перевод в другие коллективы,
- ✘ - 2 раза в день влажная уборка с применением моющих и/или дезинфицирующих средств, из обихода исключаются мягкие игрушки, ультрафиолетовое облучение, не менее 4 раз в день проветривание



КОНТАГИОЗНЫЙ МОЛЮСК

- Доброкачественное самостоятельно разрешающееся вирусное заболевание кожи и слизистых оболочек.
- Поражаются главным образом дети
- Пути передачи- контактный при тесном контакте с больными или предметами.
- Контагиозность возрастает в условиях теплоты, влажности и скученности. Инкубационный период – от 7 дней до 6 месяцев



КОНТАГИОЗНЫЙ МОЛЮСК

- Элементы расположены изолированно, но могут сливаться, образуя крупные бляшки размерами до 1—2 см или располагаться на тонкой ножке
- Количество узелков - от 1—2 до 10 и более.
- Очаги спонтанно разрешаются через 6-8 месяцев. Диагноз устанавливают относительно легко по клинической картине.
- Специфического лечения нет. Механические методы, криотерапия жидким азотом, обработка химическими препаратами.
- Рекомендуется воздерживаться от посещения бассейна, занятий контактными видами спорта.



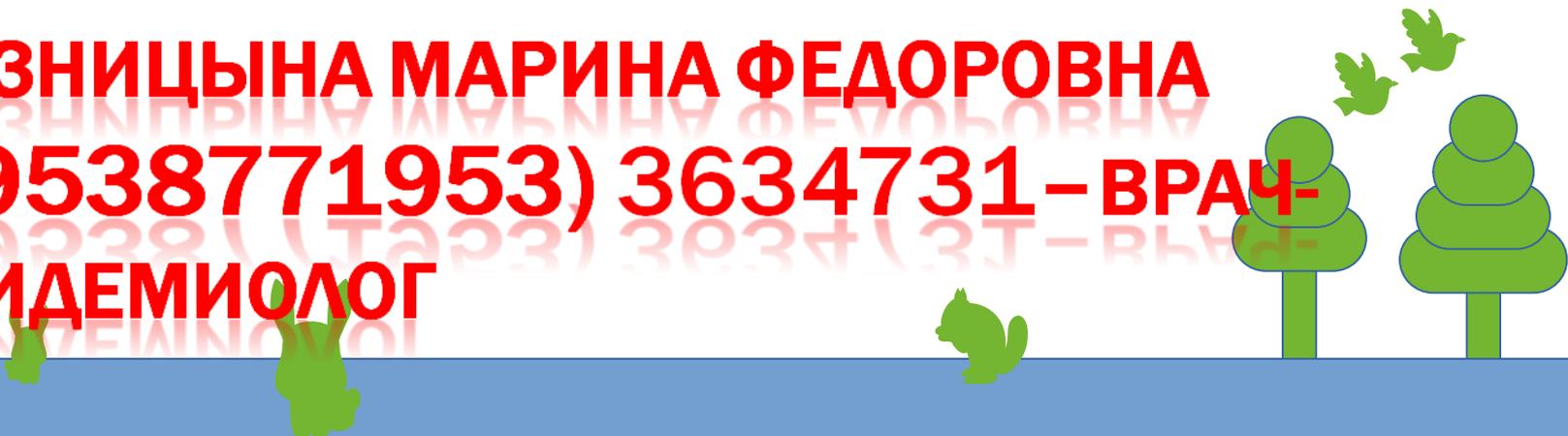
Приказ МЗ РФ № 29Н от 28.01.2021г.

- ✘ Не допускаются к работе из числа персонала работники со следующими заболеваниями:
- ✘ - вирусные инфекции, микозы, педикулез и другие инфекации с поражением открытых участков кожи и слизистых оболочек,
- ✘ - сифилис и гонорея в заражном периоде



**ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ЗАРАЗНЫХ КОЖНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ИНФОРМИРОВАНИЕ
СПЕЦИАЛИСТОВ ГБУЗ НСО «НОККВД»:**

**МАЗНИЦЫНА МАРИНА ФЕДОРОВНА
(89538771953) 3634731 – ВРАЧ-
ЭПИДЕМИОЛОГ**



ДЕТЕЙ МОЖНО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬ:

✦ Амбулаторное отделение № 1
ул. Объединения, 35;
тел. 363-98-38
Центр «Доверие»

✦ Амбулаторное отделение № 4
Ул. Немировича-Данченко, 131;
тел. 363-47-54



БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ

