

**В.Г.Панкратов<sup>1</sup>, О.В.Панкратов<sup>2</sup>, А.Л.Навроцкий<sup>1</sup>, А.Л.Лешкевич<sup>3</sup>**

## **ПАЗИТАРНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ**

### **Сообщение 2. ПЕДИКУЛЁЗ И ФТИРИАЗ**

1 - Белорусский государственный медицинский университет

2 - Белорусская медицинская академия последипломного образования

3 - Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья

В настоящее время педикулёз и фтириаз никак нельзя считать разрешенной проблемой мирового здравоохранения. Упоминание о вшах встречается ещё в работах Аристотеля. Вши были обнаружены в египетских, перуанских и индийских захоронениях. Подъёмы заболеваемости педикулёзом обычно связаны с ухудшением социально-бытовых условий, скученностью, миграцией больших масс населения, антисанитарными условиями жизни, которые сопровождают войны, социальные потрясения, стихийные бедствия и приводят к снижению общей иммунологической реактивности населения пострадавших регионов. Всплески солнечной активности также могут активизировать размножение паразитов.[5].

После снижения поражённости педикулёзом населения большинства стран в пятидесятых-шестидесятых годах двадцатого столетия, в 70-90-ых годах из разных регионов мира пошли публикации о росте заражённости педикулёзом [8], особенно среди детей, школьников, учащихся профессионально-технических училищ. В России в 1994 году было зарегистрировано 2,8 млн больных педикулёзом. По данным Минского городского центра гигиены и эпидемиологии, заболеваемость педикулёзом в 2007 году выросла в г. Минске в 1,2 раза по сравнению с 2006 г. и составила 62,8 случая на 100 тысяч населения. Интересную информацию приводит «Здоровая газета» (№ 5 от 13 марта 2008 г.). Она пишет, что в Болгарии в софийских школах пять лет назад зародился бизнес по купле-продаже вшей в спичечных коробках для заражения друг друга и уклонения школьников на почве наличия педикулёза от занятий в школе. Анкетный опрос различных групп населения в России по вопросам педикулёза показал, что население, особенно молодёжь, плохо знает вопросы медицинского значения вшей, лечения и профилактики педикулёза [9].

Педикулёз и фтириаз - эктопаразитарные заболевания человека, вызываемые вшами – кровососущими насекомыми, которые живут на коже человека и питаются кровью хозяина-носителя. Из 532 видов вшей, насчитывающихся в мировой фауне, медицинское значение имеют только 3 вида специфических однохозяинных паразитов

человека – головная, платяная и лобковая вши.[4, 5, 6, 10]. Медико-социальная значимость педикулёза определяется не только самим фактом наличия вшей на коже человека, что сопровождается зудом, аллергическими высыпаниями на укусы насекомых, развитием осложнений, но и теми заболеваниями, которые переносятся вшами. Так, платяная вошь является переносчиком таких серьезных инфекций, как сыпной (эпидемический) тиф (возбудитель *Rickettsia prowazekii*), возвратный тиф (*Borrelia recurrentis*), окопная лихорадка (*Bartonella quintana*), бациллярный ангиоматоз на фоне иммунодефицита, хронической лимфаденопатии и сепсиса [1, 4, 6, 10, 14, 17]. Головная вошь также может быть переносчиком сыпного тифа и окопной лихорадки

**Этиология.** Термин «педикулёз» произошёл от латинского названия рода *Pediculus*, к которому принадлежат головная и платяная вши человека (семейство *Pediculidas*, отряд *Anoplura*). Род *Pediculus* включает единственный вид *Pediculus humanus* (человеческая вошь). Известны 2 варианта этого вида: *P. humanus humanus* / *corporis* (платяная вошь) и *P. humanus capitis* (головная вошь). Семейство *Phthiridae* имеет единственный вид *Phthirus pubis* (лобковая вошь или площица), являющаяся возбудителем фтириаза. [4, 6, 14]. Многие авторы объединяют термины «педикулёз» и «фтириаз» одним понятием «педикулёз». Длительность жизненного цикла вшей, паразитирующих на коже человека, колеблется от 15 до 35 дней.

Дискутируется вопрос о видовом статусе головной и платяной вшей [10]. Одни исследователи считают, что головная и платяная вши – это 2 формы одного вида *Pediculus humanus*. В пользу этого говорят проведенные эксперименты по культивированию платяных и головных вшей в определенных температурных режимах, что привело к постепенной трансформации одной формы в другую [цит. по 10]. Другие исследователи утверждают, что по ряду морфологических признаков (форма половых органов, размеры бедра второй пары ног и др.), по данным кариологического анализа (диплоидный набор головной вши состоит из 8 хромосом, платяной вши – из 20) это два разных вида [17].

Вши нуждаются в частом приёме крови, для них характерна умеренная плодовитость (оплодотворенная самка в среднем откладывает за сутки от 3 до 10-14 яиц (гнид) и неспособна к длительному голоданию. Окраска голодных вшей у белых людей серовато-коричневая, у лиц с черной или цветной кожей вши более темные. Цвет вшей, насосавшихся крови, варьирует от темно-красного до черного.

Самцы меньше самок и у них более узкое брюшко. Самка спаривается с самцом многократно в течение жизни, но даже одно спаривание обеспечивает откладку яиц самкой в течение 2-3 недель. Вша в своем развитии проходит стадии яйца, личинки, имаго. Яйца вшей (гниды) овальной формы, размер их (длина) - до 1 мм, сверху

прикрыты плоской крышечкой, имеют бледновато-желтый цвет. Самка прикрепляет нижний конец гниды к волосу специальным секретом очень прочно, так что даже после выхода личинки из яйца оболочка остаётся долгое время на волосе. Гниды выдерживают погружение в керосин на 10 минут, нагревание до  $54^{\circ}\text{C}$  - в течение 35 минут [3]. Личинки проходят в своём развитии 3 возраста и отличаются от взрослых вшей размерами и отсутствием наружных половых органов. Вши могут до 2 суток находиться в воде при температуре не выше  $17^{\circ}\text{C}$ . За 1 минуту вша может проползти до 25-35 см. [3, 10].

*Головная вша (P. humanus capitis)*. Паразитирует и размножается исключительно на волосистой части головы. Размеры самки: 2-3,5 мм, самца – 2-3 мм, гниды – 0,8 см. Суточная плодовитость самки – 4 яйца, общая – до 140 яиц. Эмбриональное развитие гниды – от 5 до 9 дней. Длительность личиночного развития – 15-17 суток. Самка живет в среднем 30-38 дней. Частота кровососаний в течение суток – 6-12 раз, самка всасывает однократно до 0,7 мг крови, способна голодать не более суток и питается только кровью человека. При температуре ниже  $20^{\circ}\text{C}$  кладка яиц прекращается, а развитие личинок приостанавливается. Экспериментально установлено, что время удвоения численности половозрелых особей головных вшей составляет примерно 6,24 дня, этот биотический потенциал вшей способствует поддержанию высокого уровня педикулёза. Подсчитано, что при начальной инфекации в 2-4 имаго и соотношении полов 1:1 при благоприятных условиях средняя плотность поражения через 1 месяц достигает одной вши на  $1\text{ см}^2$  поверхности тела [2, 8].

*Платяная вошь (P. humanus corporis)*. Это самая крупная человеческая вошь. Она обитает в складках одежды человека, гниды прикрепляет к пушковым волосам или, чаще, к ворсинкам ткани белья. Длина тела самки достигает 4-5 мм, самца – 3,3-3,5 мм. Платяная вошь живет от 30 до 60 суток, откладывая ежедневно до 14 яиц, а общая плодовитость достигает 400 яиц. Эмбриональное развитие длится 7-14 дней, личиночное – 14-18 дней. Платяная вошь питается кровью 5-8 раз в сутки, причем за 1 раз она отсасывает до 2 мг крови, температурный оптимум жизнедеятельности –  $29-31^{\circ}\text{C}$ . При температуре тела больного выше  $38,5^{\circ}\text{C}$  платяные вши уходят с лихорадящего больного. Они могут голодать при температуре  $25-30^{\circ}\text{C}$  до 2-3 дней, а при температуре  $10^{\circ}\text{C}$  – до 1 недели [10]. При несоблюдении санитарно-гигиенических условий численность вшей на человеке может быть очень большой. Приводятся данные [цит. по 10], что во время Первой мировой войны санитары собрали с одежды 120 раненых военнопленных 15 кг вшей.

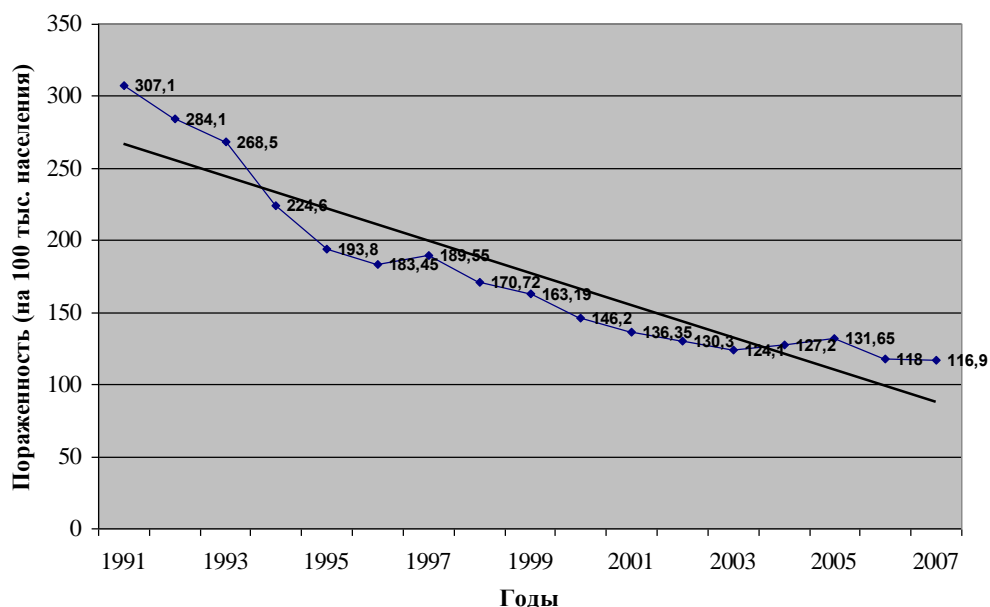
*Лобковая вошь (Phthirus pubis)*. Самая мелкая вошь человека. Излюбленные места обитания на человеке – лобок, волосатая грудь и спина, ресницы и брови, подмышечные

ямки, а у детей - чаще ресницы и брови, волосистая часть головы. Размеры самки 1-1,5 мм, самца – 1,0-1,1 мм. Она малоподвижна, тело широкоовальное. Гниды тоже самые мелкие – 0,65 мм. В сутки оплодотворенная самка откладывает в среднем 3 яйца, всего за жизнь – до 50 яиц (самка живет в среднем 15 дней). Гниды прикрепляются к 1 пушковому или щетинистому волосу. Температурные пороги развития лобковых вшей: от 20<sup>0</sup> С до 40-45<sup>0</sup> С. Питается кровью человека часто с небольшими перерывами, объём разового кровососания до 0,1 мг, продолжительность голодания – до 12 часов.

Все перечисленные вши могут размножаться на поверхности кожи человека в течение всего года. По данным В.В.Худобина (1998), в Москве пик численности головной и лобковой вшей приходится обычно на сентябрь-ноябрь и январь-февраль, а платяной вши – на сентябрь-ноябрь [17].

**Эпидемиология педикулеза и фтириаза.** Головной и платяной педикулёз подлежат в нашей стране обязательной регистрации (приказ МЗ РБ от 29.08.2005 г. № 477 «Об усилении мероприятий по профилактике эпидемического сыпного тифа и борьбе с педикулезом»). Показатели зараженности вшами в расчёте на 100 тысяч населения РБ отражены на рис.1.

**рис.1 Многолетняя динамика заболеваемости педикулезом населения Республики Беларусь за период 1991-2007 г.г.**



Несмотря на то, что в последние годы отмечается снижение пораженности педикулёзом в стране, проблема педикулёза остается актуальной. Снижению распространенности педикулёзом способствует стабилизация и положительная динамика

экономической ситуации в стране, наблюдающийся в городе и в селе повсеместный рост благосостояния жителей Республики, повышение санитарной культуры населения, активизация противоэпидемической работы медицинских работников. Снижению регистрации педикулёза, фтириаза и чесотки вероятно способствует и то, что платежеспособные граждане РБ имеют возможность обратиться в медицинские центры, к частнопрактикующим врачам, где такие «постыдные» болезни, как педикулёз и фтириаз, чаще всего не регистрируются, больные и их контакты нередко занимаются самолечением, пользуясь услугами знакомых врачей и Интернета.

По данным Федерального центра МЗ и СР РФ, показатель зараженности населения Российской Федерации вшами в период с 1993 по 2003 гг колебался от 220 до 300 случаев на 100 000 населения [10]. Авторы публикации справедливо считают, что число больных, пораженных вшами гораздо выше, так как в официальную статистику вошли только случаи, регистрируемые при обращении пациентов в лечебно-профилактические учреждения или выявленные при плановых медицинских осмотрах. В настоящее время повсеместно гораздо чаще выявляется головной педикулёз, а платяной – значительно реже. По данным В.В.Худобина (1998), в г. Москва по результатам плановых осмотров в организованных детских коллективах первое место по заболеваемости головным педикулёзом занимают дома ребенка (16 %), второе – школы-интернаты (12 %), третье – дошкольные учреждения (7 %) [17]. По данным Ю.В.Лопатиной и соавторов (2004) в Москве в 2001-2002 гг. показатель зараженности населения педикулёзом в 4 раза превышал средний по России, достигая уровня 641 и 791 на 100 000 населения. Рост заболеваемости происходил в основном за счёт взрослого населения, что было связано со значительным увеличением числа беженцев из стран бывшего СНГ и лиц без определенного места жительства (БОМЖ), число которых в Москве приближается к 100 тысячам, из них москвичи составляют 3-6 % [10, 16].

Данные о пораженности педикулёзом различных регионов мира разноречивы. Если сравнить заболеваемость педикулёзом в индустриально развитых странах и слабо развитых странах третьего мира (Гана, Кения, Мали, Эфиопия и др.), то если в странах Европейского содружества зараженность населения головными вшами находится на уровне 1-3 %, иногда повышаясь до 15 %, то в слаборазвитых странах головные вши встречаются у 25-41 %, сочетанный педикулёз – до 10 %, платяные вши – до 9 % [8, 14]. В США ежегодно регистрируется до 6-12 млн лиц, пораженных педикулёзом. Педикулёз в США занял стабильное первое место среди всех детских инфекционных болезней [8]. В настоящее время семья рассматривается как главный очаг педикулёза, поэтому неудивительно, что педикулёз более распространен в семьях с низким материальным

достатком и при наличии скученности членов семьи [9, 10, 18, 19, 21, 22]. Вместе с тем, участились случаи выявления головного педикулеза и в благополучных семьях, особенно у детей, о чем сообщают специалисты из Великобритании, Польши, Венгрии, США, Нидерландов [8, 10, 14]. Что лежит в основе наблюдающейся активизации педикулеза остается невыясненным.

А.Е.Максимчик и П.М.Янковский (1999) изучили завшивленность детей, поступающих на стационарное лечение в Гродненскую областную детскую больницу и отметили, что в 1995 г среди всех поступивших детей головные вши были обнаружены у 3,1 %, а в 1996 г – у 2,2 %, причём девочки преобладали в 2,5-4 раза. Авторы зарегистрировали 2 случая педикулёза у детей 3-месячного возраста. В Гродненской области в 2004 г было зарегистрировано 1090 случаев педикулёза (95,6 случая/ 100 000 населения), а в 2005 г – 1051 случай (93,1 сл/100 000 населения), при этом лица женского пола с оставили 70,4 % [11].

Систематическая и целенаправленная работа по профилактике и борьбе с педикулезом в организованных коллективах г. Могилева позволила снизить пораженность педикулезом среди организованных детей дошкольного возраста с 20,7 случаев / 100 тысяч детей данного возраста в 1991 г до 6,7 сл. в 1995 г, среди учащихся школ соответственно с 37,6 до 11,1; среди учащихся профессионально-технических училищ – с 44,1 до 3,7 [15].

Фтириаз (лобковая вшивость) до 65 % случаев может сочетаться с чесоткой у БОМЖ и у лиц, живущих в неудовлетворительных бытовых и гигиенических условиях, а также у ведущих аморальный образ жизни [13]. Лобковая вшивость относится к болезням, передаваемым половым путём. Выявляемость других инфекций, передаваемых половым путём, у пациентов с фтириазом достигает 30 % [14]. Польские авторы сообщают об обнаружении гонококков и хламидий у больных фтириазом соответственно в 18 и 39 % по сравнению с 9 и 18 % в контрольной группе [ 20]. Среди лиц, санированных в скабиазории у 65 % выявлялись одновременно чесотка и лобковый педикулёз [13].

Группами риска по педикулёзу являются дети в возрасте 5-12 лет, сотрудники и обслуживающий персонал детских учреждений, интернатов, работники прачечных, бань, парикмахерских. Военские казармы и учреждения пенитенциарной системы могут быть очагами педикулёза.

**Клиника педикулёза и фтириаза.** Для всех трех видов педикулёза типичным является зуд, что приводит к появлению расчёсов и кровянистых корочек, а в местах кровососания вшей – эритемы и папул («папулёзная крапивница»).

При *головном педикулёзе* вши и гниды легче обнаруживаются на височной и затылочной областях волосистой части головы. Зуд кожи больше беспокоит в области затылка, висков, за ушными раковинами. Появляющиеся расчёсы нередко осложняются вторичной пиококковой инфекцией и увеличением регионарных лимфатических узлов. При наличии большого количества вшей может происходить склеивание волос с образованием колтуна. Иногда головные вши обнаруживаются на бровях, ресницах, в ушных раковинах.

Для *платяного педикулёза* характерно обнаружение вшей в складках и швах нательного белья, одежды и на коже туловища, куда они переходят, главным образом, для сосания крови. На коже человека вши легче обнаруживаются в области шеи, в области поясницы и между лопатками, где одежда плотнее прилегает к телу. В этих местах наблюдаются зудящие папулоуртикарные элементы, огрубение кожи, грязно-серая меланодермия («кожа бродяг»).

*Лобковый педикулёз* характеризуется обнаружением вшей в лобковой области, на волосах аксиллярных областей, бровей, ресниц. У мужчин с обильной растительностью на теле лобковые вши иногда распространяются на грудь, живот, конечности, усы, бороду. Болеют почти исключительно взрослые люди, заражаясь при половом контакте. Заражение возможно также через общую постель, мочалку, полотенце. Лобковая вошь мало подвижна, может несколько суток сидеть на одном месте. Площадки прикрепляются коготками к основанию волос и внедряются в устья фолликулов. Они обладают также способностью приспосабливать свою окраску к цвету кожи, поэтому не всегда хорошо различимы. Вследствие укусов лобковых вшей возникает зуд различной интенсивности, голубоватые или серые пятна диаметром до 1 см. Как результат зуда могут появляться расчесы с их обычными последствиями (эксфолиация, вторичная инфекция, экзематизация, раздражение кожи). Поражение бровей и ресниц может сопровождаться развитием блефароконъюнктивита.

**Диагностика педикулёза и фтириаза.** Клиническая картина и локализация субъективных и объективных симптомов позволяют врачу заподозрить наличие у пациента педикулёза или фтириаза. Но главным критерием диагностики является обнаружение живых взрослых вшей. Обнаружение только гнид не всегда указывает на развитие инфекации и в настоящее время отдельные авторы на основании обнаружения только гнид не рекомендуют исключать ребенка из детского коллектива. [21]. Фтириаз проявляется синеватыми пятнами от укусов. Взрослых вшей можно видеть невооруженным глазом, иногда с помощью лупы. Одновременно обнаруживаются гниды, прикрепленные цементирующей субстанцией к волосам.

При обследовании волосистой части головы и лобковой области может оказаться полезной лампа Вуда. В лучах лампы Вуда живые гниды в отличие от нежизнеспособных дают жемчужно-белое свечение. При поражении фтириазом бровей и ресниц рекомендуется осмотр с помощью щелевой лампы. Ошибки в диагностике педикулеза и необоснованное заявление врача о наличии вшивости нередко ведут к психическим травмам больного и даже к юридическим разборкам. Поэтому совершенствование методов диагностики педикулёза является объективной необходимостью.

Новым шагом в диагностике педикулеза и фтириаза является внедрение новых цифровых методов диагностики, в частности видеодерматоскопической техники [14]. Использование данной системы позволяло быстро, под 80-кратным увеличением, обнаружить гнид и вшей на коже и волосах самых разных локализаций, а также фиксировать их на мониторе и демонстрировать пациентам [14]. Следует согласиться с авторами статьи, что видеодерматоскопическое «обнаружение типичных вшей и гнид позволяет быстро ставить диагноз, фиксировать клиническую симптоматику в памяти компьютера, а также наглядно убеждать пациентов в правильности постановки диагноза и необходимости лечения». Метод видеодерматоскопии оказывает также неоценимую помощь в дифференциальной диагностике гнид с узловой трихоклазией, остатками лака или геля для волос, перхотью и другими заболеваниями волос [14].

**Лечение педикулеза и фтириаза.** Вшей можно уничтожить 3 способами: механическим, физическим и химическим.

Если у пациента обнаруживают лишь единичные вши, то можно использовать механический способ уничтожения вшей путём вычесывания насекомых и гнид с помощью частого гребня, или путём стрижки и сбривания волос. Перед вычесыванием гребнем необходимо помыть голову, ополоснуть волосы теплым раствором разбавленного в 2 раза столового уксуса. При поражении ресниц лобковыми вшами необходимо срезать ресницы. Срезанные волосы собирают на бумагу, которую затем вместе с волосами, гнидами и вшами сжигают.

Физический метод применяется в основном для борьбы с платяными вшами. Речь идёт о кипячении белья, проглаживании одежды горячим утюгом. Все вещи, не подлежащие стирке, должны обрабатываться в дезинфекционных или дезинсекционных камерах [3].

Химический метод лечения педикулёза и фтириаза базируется в настоящее время на применении педикулицидов – инсектицидов, действующих на вши и гниды. До этого борьба со вшами велась с помощью различных антисептических составов, таких как



бензил-бензоат, серная и дегтярная мази, водная мыльно-керосиновая эмульсия. Наиболее известными и применяемыми в странах СНГ и дальнего зарубежья педикулицидами в настоящее время являются производные органофосфатов, а также пиретринов и пиретроидов [3-7, 10, 12-14, 16, 17, 21, 23]. Из производных органофосфатов наиболее известен препарат «Малатион», выпускаемый в виде эмульсии или геля 0,5 % по названию «Педилин» или в виде аэрозоли под названием «Пара-Плюс», который уже является комбинированным препаратом (содержит 0,5 % перметрина, 0,25 % малатиона, 2 % пиперонила бутоксида). Из производных пиретринов и пиретроидов используются :

- пиретрин в виде аэрозоли под названием «Спрей-пакс» (комбинированный препарат, содержащий экстракт пиретрина и пиперонила бутоксид);
- перметрин в виде 0,5 % раствора под названием «Ниттифор», концентрата эмульсии 0,5 % («Медифокс»), крема 1 % («Никс»), аэрозоли «Пара-плюс»;
- фенотрин в виде мыла жидкого 0,4 % («Анти-бит») или шампуня 0,2 % «Паразидоз».

В настоящее время в Республике Беларусь *для лечения головного педикулёза* применяются:

- 20 % эмульсия бензил-бензоата (у детей – 10 %), которая втирается в кожу волосистой части головы. Затем голову повязывают косынкой на 30 минут. В дальнейшем эмульсию смывают горячей водой, моют голову шампунем или мылом. Гниды вычесывают частым гребешком, между зубьями которого заплетены тонкие ниточки ватно-марлевого тампона, смоченные столовым 9 %-м уксусом.

- Втирают в кожу головы и тщательно протирают волосы препаратом «Ниттифор» (0,5 % водно-спиртовой раствор перметрина). Голову повязывают косынкой на 40-60 минут, затем моют горячей водой с мылом или шампунем, гниды вычесывают по той же методике, что и выше. Через 7 дней процедуру повторяют. Ниттифор действует губительно на половозрелые головные и лобковые вши, на гниды и личинки.

- Аэрозоль «Пара-плюс» наносят на кожу волосистой части головы и волосы по всей их длине. Время экспозиции 10-15 минут, после чего голову моют и вычесывают мертвых паразитов и гнид расчёской с ниточками ватно-марлевого тампона, смоченными столовым уксусом. В отдельных случаях повторяют через 7 дней процедуру распыления аэрозоли на кожу волосистой части головы с целью уничтожения личинок вшей, вылупившихся из сохранившихся жизнеспособных гнид. Препарат не рекомендуется назначать детям до 2,5 лет, беременным и кормящим грудью. Одного флакона достаточно для лечения 3 человек.

- Концентрат эмульсии перметрина под названием «Медифокс» разводится до рабочей концентрации 0,2 % (разведение водой 1 : 25) и наносится на волосистую часть головы и волосы по всей их длине. Через 40 минут голову моют и вычесывают гниды расчёской, смоченной столовым уксусом. Подобная обработка повторяется через 7 дней..

Шампуни и пудры в настоящее время не рекомендуются для лечения педикулёза волосистой части головы в силу слабого разведения, недостаточной экспозиции и слабого проникновения в организм возбудителей [14].

**Лечение больных платяным педикулёзом** основывается на санитарной обработке больных (как минимум, мытье в бане) с последующей сменой нательного, постельного белья и дезинфекцией верхней одежды. Нательное и постельное белье, полотенца, мочалки кипятят в течение 15 минут. Верхнюю одежду проглаживают горячим утюгом с обеих сторон, особенно тщательно складки, швы, пояса. Можно практиковать камерную дезинсекцию одежды. Вещи, не подлежащие кипячению, обрабатывают имеющимся педикулицидным средством. Так, нательное и постельное белье замачивают в растворе «Медифокс» ( 40 мл препарата растворяют в 960 мл воды) в течение 40 минут. Затем белье тщательно выполаскивается и замачивается на сутки в растворе кальцинированной соды (1 столовая ложка соды на 1 литр воды) для дезактивации остаточных количеств инсектицида, после чего бельё стирают обычным образом. Для дезинсекции изделий, не подлежащих кипячению, замачиванию и камерной обработке (верхняя одежда, матрасы, подушки, одеяла) проводится обработка комбинированной аэрозолью «А-пар», которая содержит эсдепаллетрин (2,52 %) и пиперонила бутоксид (0,315 %). Проводится распыление аэрозоли по поверхности вещей с двух сторон. В дальнейшем эти вещи подлежат тщательному проветриванию. Больной однократно обрабатывается аэрозолью «Пара-плюс», после 10-минутной экспозиции препарата – мытье в бане.

#### **Лечение лобкового педикулёза (фтириаза).**

- В область лобка, подмышечных впадин, а при обильном волосном покрове - в кожу туловища и конечностей втирают 20 %-ную эмульсию бензил-бензоата. Экспозиция – 30 минут, после чего препарат смывают под душем. Волосы в области лобка и подмышечных впадин предварительно лучше сбрить.

- Области локализации плоскостей (за исключением бровей и ресниц) обрабатывают аэрозолью «Пара-плюс». Через 10 минут препарат смывают под душем.

- Аэрозоль «Спрей-пакс» распыляют до полного покрытия волосистой части лобка (при необходимости и на других участках тела, покрытых волосами, где обнаружены плоскости), После 30-минутной экспозиции обработанные участки моют с

мылом и тщательно промывают водой. Аэрозоль «Спрей-пакс» является препаратом выбора при лечении фтириаза. Противопоказаниями к его применению являются инфицированные кожные расчёсы, беременность, лактация и индивидуальная непереносимость компонентов препарата. Одновременно должно проводиться лечение зараженных партнеров. Один флакон аэрозоля обеспечивает лечение 2 человек.

- Нательное и постельное бельё больных лобковым педикулёзом обрабатывается методом кипячения и проглаживания горячим утюгом.

- Пораженные брови при лобковом педикулёзе обрабатываются лосьоном «Ниттифор» однократно, через 40 минут смыть. При поражении ресниц лобковыми вшами насекомых удаляют механическим путём, ресницы смазывают 2 раза в день 2 % желтой ртутной мазью в течение 10 дней.

В настоящее время накоплен большой фактический материал, имеются десятки публикаций из различных стран мира об устойчивости головных, платяных и лобковых вшей к инсектицидам из различных классов химических соединений [3, 10, 14, 23].

Для дезинсекции помещений, мебели, дверных ручек, предметов в очагах педикулеза применяют орошение аэрозолем «А-пар» или протирание ветошью, смоченной раствором перметрина.

**Критерии излеченности при педикулезе и фтириазе:** улучшение общего состояния, исчезновение кожного зуда, отрицательные результаты паразитологического обследования.

### ***Профилактика педикулёза.***

*А. Общественная профилактика.* Это прежде всего активное выявление больных при профилактических медицинских осмотрах различных групп населения, особенно организованных коллективов (детские сады, интернаты, дома ребенка, детские дома, общеобразовательные школы, школы-интернаты, общежития, учреждения социального обеспечения и др.). Выявление, санация или профилактическое лечение лиц, пораженных педикулезом и фтириазом, а также лиц бывших с ними в тесном контакте. Важная роль в системе общественной профилактики педикулёза отводится работе санитарных пропускников для социально неадаптированного контингента. Определенное значение имеет активная санитарно-просветительная работа среди населения. Обязателен контроль за соблюдением санитарно-гигиенического и противозидемического режимов в учреждениях службы быта (прачечных, косметических салонах, парикмахерских).

*Б.Индивидуальная профилактика.* Она состоит в соблюдении правил личной гигиены. Необходимы тщательный уход за волосами, кожей, строго индивидуальное использование расчёсок, головных уборов, одежды, постельных принадлежностей.

#### Литература

1. Богущий М.И., Васильев А.В., Цыркунов В.М. Педикулез как фактор угрозы возникновения сыпного тифа // Достижения и перспективы развития современной паразитологии. Труды V Республиканской научно-практической конференции. – Витебск, 2006. – С. 263-267.
2. Боев Б.В., Барабаш В.К., Тарасевич И.В. Математическое моделирование процессов естественного размножения вшей человека на примере популяции головной вши. // Мед паразитол. и паразитарные болезни. – 1991. - № 3. – С. 50-52.
3. Вашков В.И., Сухова М.Н., Кербабаяев Э.Б., Шнайдер Е.В. Инсектициды и их применение в медицинской практике. – М, 1965. – С. 347-365.
4. Вши человека (диагностика, медицинское значение, меры борьбы): Метод. рекомендации. – М., 1990.
5. Короткий Н.Г., Шарова Н.М. Педикулез (вшивость). // Лечащий врач. – Апрель 2003. - № 4. –С. 8-9.
6. Крашкевич К.В., Тарасов В.В. Медицинская паразитология : Издательство Московского университета, 1969. – С. 153-167.
7. Кулагин В.И., Пономарев Б.А., Селицкий Г.Д., Зуева И.В., Павлов Д.В., Хублева Ф.В. Медифокс – оптимальное средство для лечения эктопаразитарных инфеетаций. // Вестн. дерматол. венерол. -2000. - № 5. – С.75-76.
8. Курганова И.И. Состояние проблемы педикулеза в мире. // Мед. паразитол. и паразитарные болезни. – 1997. - № 3. – С.52-56.
9. Курганова И.И. Опрос различных групп населения по проблеме педикулёза. // Мед. паразитол. и паразитарные болезни. – 2006. - № 2. – С.34-37.
10. Лопатина Ю.В., Соколова Т.В., Олифер В.В. Педикулез (лекция). // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2004. - № 6. – С. 39-53.
11. Максимчик А.Е., Янковский П.М. Завшивленность детей, поступающих на стационарное лечение в Гродненскую областную детскую больницу. // Здравоохранение. – 1999. - № 6. – С. 24-25.
12. Олифер В.В., Рославцева С.А. Актуальные проблемы и пути решения в области профилактики чесотки и педикулеза. // Гигиена и санитария. – 2006. - № 2. – С. 25-29.

13. Пономарев Б.А., Кулагин В.И., Селицкий Г.Д., Новик Ф.К. Современные проблемы эктопаразитарных инфекций. // Вестн. дерматол. венерол. – 2000. - № 1. – С.39-40.
14. Сергеев Ю.В., Сергеев А.Ю. Педикулез и фтириаз – новое в диагностике и терапии. // Иммунопатол., аллергология, инфектология. – 2003. - № 3. – С. 125-130.
15. Тимофеев А.М., Григорьев П.Н. Основные направления организационной и практической работы по борьбе с педикулезом в организованных коллективах г. Могилева. //Материалы IX съезда работников профилактической медицины Республики Беларусь (70-летие санитарно-эпидемиологической службы). Минск, 26-27 сентября 1996 г. Том III. Часть II. – С.201-202.
16. Фролова А.И. Средства для борьбы с педикулезом. // Гигиена и санитария. – 2000. - № 4. – С. 54-56.
17. Худобин В.В. Экологические аспекты педикулеза в условиях города : Автореф. дис. ... д-ра биол. наук. – М., 1998.
18. Kokturk A., Baz K., Bugdayci R., Sasmaz T., Tursen U., Kaya T I., Ikiizoglu G. The prevalence of pediculosis capitis in schoolchildren in Mersin, Turkey/ // Int. J. Dermatol. -2003 Sep. - Vol. 42. -№ 9. – p. 694-698.
19. McLaury P. Head lice. Pediatric social disease // Am. J. Nurs. - 1983 Sep. - vol.83. - № 9. – p. 1300-1302.
20. Pierzchaski J.L., Bretl D.A., Matson S.C. Phthirus pubis as a predictor for chlamydia infections in adolescents // Sex. Transm. Dis. – 2002 Jun. –vol. 29. - № 6. – p. 331-334.
21. Roberts R.J. Clinical practice. Head Lice. // N. Engl. J. Med. – 2002. – vol. 346. - № 21. –p. 1645-1650.
22. Suleman M., Jabeen N. Head lice infestation in some urban localities of NWFP, Pakistan. //Ann. Trop. Med. Parasitol. – 1989 Oct. – vol. 83. - № 5. – p. 539-547. [Links](#) .
23. Vector resistance to pesticides // WHO. Tech. Rep. Ser. – 1992. - № 818. – p. 1-62.