

ПРИКАЗ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ,
МИНИСТЕРСТВА СЕЛЬСКОГО ХОЗЯЙСТВА И ПРОДОВОЛЬСТВИЯ РЕСПУБЛИКИ
БЕЛАРУСЬ И МИНИСТЕРСТВА ЖИЛИЩНО-КОММУНАЛЬНОГО ХОЗЯЙСТВА
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

6 декабря 1995 г. № 167/200/125

**Об усилении мероприятий по борьбе с чесоткой,
микроспорией, трихофитией и фавусом**

В целях усиления мероприятий по борьбе и профилактике чесотки, микроспории, трихофитии и фавуса УТВЕРЖДАЕМ:

1. Инструкцию по диагностике, лечению и профилактике чесотки (приложение 1).
2. Инструкцию по диагностике, лечению и профилактике микроспории, трихофитии и фавуса (приложение 2).
3. Положение о скабиозории (приложение 3).

ПРИКАЗЫВАЕМ:

1. Начальникам управлений здравоохранения областей и г. Минска:
 - 1.1. Обеспечить в течение 1996 года:
 - 1.1.1. внедрение на местах инструкций, перечисленных в приложениях 1 и 2;
 - 1.1.2. разработку совместно с руководителями санитарно-эпидемиологической и ветеринарной служб и службой коммунального хозяйства комплексных планов по борьбе и профилактике заразных кожных заболеваний в районе, городе, области на 1996–2000 гг. с последующим их утверждением в органах исполнительной власти на местах.
 - 1.2. Организовать скабиозории в городах, районных и областных центрах с высокой заболеваемостью населения чесоткой за счет выделяемых средств на здравоохранение.
 - 1.3. Обязать руководителей лечебно-профилактических учреждений обеспечить:
 - 1.3.1. проведение медицинских осмотров населения и всех обращающихся за медицинской помощью на заразные кожные заболевания в соответствии с требованиями директивных документов;
 - 1.3.2. направление лиц с подозрением на заразные кожные заболевания на консультацию в территориальные кожно-венерологические диспансеры (кабинеты) в установленном порядке и отметкой об этом в первичных медицинских документах;
 - 1.3.3. регистрацию и учет заразных кожных заболеваний;
 - 1.3.4. осмотр контактных в очагах чесотки и дерматомикозов в сроки и с кратностью, регламентированными директивными документами;
 - 1.3.5. допуск в организованные коллективы лиц, перенесших заразные кожные грибковые заболевания и не снятых с диспансерного наблюдения, только при наличии справки врачебно-консультативной комиссии.
 - 1.4. Потребовать от главных врачей областных и Минского городского кожно-венерологического диспансеров обеспечить:
 - 1.4.1. своевременную консультацию и квалифицированное лечение больных и контактных по заразным кожным заболеваниям;
 - 1.4.2. госпитализацию больных заразными кожными заболеваниями по клиническим и эпидемическим показаниям;
 - 1.4.3. оперативное извещение (не позднее 12 часов с момента выявления) о каждом случае выявленного заразного кожного заболевания заинтересованных лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических, детских и других учреждений;
 - 1.4.4. проведение выборочных профилактических осмотров в организованных коллективах, осмотров контактных в квартирных очагах, а также закрытых организованных коллективах при регистрации в этих коллективах 2 и более случаев заразных кожных заболеваний в пределах инкубационного периода;
 - 1.4.5. методическое руководство и контроль за работой лечебно-профилактических учреждений по борьбе и профилактике заразных кожных заболеваний;
 - 1.4.6. анализ заболеваемости заразными кожными болезнями в разрезе обслуживаемой территории (по возрастам, контингентам риска, выявляемости источников

заражения, охвату профилактическим обследованием декретированных контингентов и контактных в микро- и макроочагах) с представлением результатов ежегодно до 1 февраля в территориальные ЦГЭ для разработки сводного информационного бюллетеня;

1.4.7. видовую диагностику всех случаев микроскопии и трихофитии, выявляемых среди населения, и внесение полученных данных в п. 9 ф.89/у «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания».

1.5. Определить порядок финансирования, объем и перечень необходимых противочесоточных и противогрибковых лечебно-профилактических препаратов; формировать сводные заявки на их приобретение территориальными ПО «Фармация».

2. Главным государственным санитарным врачам областей и г. Минска обеспечить:

2.1. Организационно-методическое руководство и контроль за выполнением комплекса мероприятий, регламентированных директивными документами по борьбе и профилактике заразных кожных заболеваний.

2.2. Совместно с руководителями областных кожно-венерологических диспансеров и управлений (отделов) ветеринарии ежегодно в 1-ом квартале выпуск информационного бюллетеня с анализом заболеваемости населения заразными кожными болезнями, микроспорией кошек и собак, трихофитией крупного рогатого скота.

3. Главным государственным ветеринарным инспекторам областей и г. Минска:

3.1. Обеспечить в соответствии с противоэпизоотическими планами обследование животных на заразные кожные заболевания. О всех случаях выявления микроспории собак и кошек и трихофитии крупного рогатого скота оперативно информировать территориальные центры гигиены и эпидемиологии.

3.2. Анализировать эпизоотическую ситуацию по микроспории среди домашних животных и трихофитии среди крупного рогатого скота на местах с учетом информации, представляемой кожно-венерологическими диспансерами по форме 89/у о выявлении этих заболеваний среди населения.

3.3. Усилить ветеринарный надзор за санитарным состоянием скотомогильников и вольеров для содержания животных.

3.4. Ежеквартально направлять в территориальные ЦГЭ сводные данные по форме 1-вет. о выявленных за отчетный период инфекционных болезнях, в т.ч. о случаях микроспории среди кошек и собак и трихофитии среди крупного рогатого скота.

3.5. Изучить спрос и потребность населения на медикаментозные средства для лечения заразных кожных заболеваний домашних животных; ежегодно заказывать эти средства для ветеринарных лечебниц и аптек.

3.6. Проводить в осенне-зимний период санпросветработу с владельцами домашних собак, кошек по профилактике заражения животных зоонозными заразными кожными заболеваниями.

4. Начальникам производственных управлений жилищно-коммунального хозяйства облисполкомов, Минской областной государственно-кооперативной ассоциации «Коммунальник» и главного производственного управления жилищного хозяйства Минского горисполкома:

4.1. Обеспечить отлов бродячих кошек и собак по заявкам, направляемым из жилищно-эксплуатационных организаций, санитарно-эпидемиологических и ветеринарных учреждений.

4.2. Восстановить в течение 1996 года в городах, районных и областных центрах отвечающие ветеринарным нормам и правилам вольеры для 5-дневной выдержки отловленных спецбригадами животных.

4.3. Обеспечивать работников спецавтохозяйств и других организаций, занимающихся отловом бродячих кошек и собак, средствами индивидуальной защиты.

4.4. Обеспечить проходание работниками коммунальных служб профилактических медицинских осмотров в соответствии с требованиями директивных документов.

4.5. Потребовать от начальников жилищно-эксплуатационных организаций:

4.5.1. полного учета домашних собак на обслуживаемой территории;

4.5.2. подачи заявок на отлов бродячих животных по жалобам населения и по требованиям органов государственного санитарного и ветеринарного надзора;

4.5.3. обеспечения мероприятий по поддержанию в удовлетворительном санитарном состоянии чердаков, подвалов, мест сброса пищевых отходов, закрытие к ним доступа для бродячих животных.

5. Главным врачам областных и г. Минска центров «Здоровье» ежегодно в эпидсезон (осенне-зимний период) направлять в областные и республиканские периодические издания статьи по профилактике заразных кожных заболеваний среди населения, обеспечивать лечебно-профилактические учреждения средствами наглядной агитации по профилактике чесотки, микроспории, трихофитии и фавуса.

6. Генеральным директорам областных ПО и БелРПО «Фармация» обеспечивать своевременное и полное удовлетворение заявок лечебной сети на приобретение противочесоточных и противогрибковых медикаментов.

7. Главному специалисту по дерматовенерологии Минздрава В.Г.Панкратову совместно с заведующим лабораторией по проблемам дерматологии и венерологии МГМИ А.Л.Навроцким:

7.1. До 1 сентября 1996 г. разработать и представить в отдел науки и внедрения Минздрава план актуальных научно-практических разработок по заразным кожным заболеваниям.

7.2. В течение 1996 года разместить на одном из предприятий комитета по фармацевтической и микробиологической промышленности заказ на изготовление инсектицидных мыла, шампуней и кремов для широкой продажи населению.

8. Считать утратившими силу приказы и инструктивно-методические документы по борьбе и профилактике заразных кожных заболеваний Министерств здравоохранения СССР и БССР, перечисленные в приложении 4.

9. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь В.П.Филонова, Главного государственного ветеринарного инспектора Республики Беларусь С.Н.Шпилевского, начальника управления жилищного хозяйства Министерства жилищно-коммунального хозяйства Республики Беларусь Н.С.Липеня.

Приказ с приложениями разрешается размножить в необходимом количестве экземпляров.

**Министр здравоохранения
Республики Беларусь
И.М.Дробышевская**

**Министр сельского
хозяйства и продовольствия
Республики Беларусь
В.С.Леонов**

**Министр жилищно-
коммунального хозяйства
Республики Беларусь
Б.В.Батура**

Приложение 1
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь,
Министерства сельского
хозяйства и продовольствия
Республики Беларусь
и Министерства жилищно-
коммунального хозяйства
Республики Беларусь
06.12.1995 № 167/200/125

ИНСТРУКЦИЯ по диагностике, лечению и профилактике чесотки*

* Инструкция составлена с использованием методических рекомендаций ЦНИКВИ «Чесотка» (Москва, 1991 г.).

ЭТИОЛОГИЯ

Чесотка – заразное паразитарное заболевание кожи, возбудителем которого являются чесоточные клещи. Последние подразделяются на три группы: зудни, накожники и кожееды. У людей бывает зудневая форма чесотки, вызываемая *Sarcoptes scabiei*.

Чесоточные клещи – паразиты, приспособленные к жизни в толще кожи. Они очень малы (самка 0,3–0,4 мм, самец 0,2 мм) и с трудом различимы невооруженным глазом. Тело овальное, черепахообразное. Ротовые органы и две передние пары ног несколько выступают спереди. Две задние пары ног сверху не видны, но их длинные концевые щетинки далеко тянутся за клещом. Для передвижения и фиксации на коже хозяина служат присоски на концевых члениках двух передних пар ног.

Покровы у клещей кожистые, эластичные со щетинками и мелкими шипиками, что защищает паразита от механического воздействия и позволяет фиксироваться в чесоточном ходе. Ротовые органы грызущего типа. Клещи питаются роговым слоем эпидермиса на границе с зернистым.

Жизненный цикл чесоточного клеща делится на репродуктивный и метаморфический периоды.

Репродуктивный протекает в материнском ходе, где самка откладывает яйца, из которых вылупливаются личинки. Последние выходят из хода, расселяются по поверхности кожи, а затем внедряются в нее и устья волосяных фолликулов. Здесь происходит их превращение в нимф, а затем во взрослых клещей. Метаморфоз сопровождается линьками. В цикле развития две нимфальные стадии – прото- и телеонимфа. В местах метаморфоза от личинки до взрослой особи образуются везикулы, фолликулярные папулы, иногда кожа остается неизменной. Молодые самки и самцы выходят на поверхность кожи и спариваются. После этого самки вновь внедряются в кожу и начинают прокладывать ходы. Длительность эмбрионального развития до 4 суток, метаморфоза – до 2 недель. На больном чесоткой размножение и развитие клещей происходит непрерывно, так что поколения во времени накладываются друг на друга. Обнаружен суточный ритм активности чесоточных клещей. Днем клещи находятся в состоянии покоя. Вечером и ночью клещи активны. В это время самки прогрызают ходы и откладывают яйца. Для каждого яйца самка выгрызает углубленное поперечное яйцевое колено, а над ним в крыше хода проделывает отверстие, служащее для выхода личинок. За сутки откладывается 1–2 яйца. После кладки во вторую половину ночи самка прогрызает ход по прямой на 0,5–2 мм, интенсивно питаясь, и к утру снова замирает. Самка живет до полутора месяцев и за это время откладывает в ходы до 50 яиц.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Чесотка – чисто человеческое заболевание (антропоноз). Эпидемиология чесотки определяется образом жизни и поведением людей. Передача возбудителя происходит при тесном телесном контакте, как правило, при совместном пребывании в постели в ночное время, когда клещи наиболее активны. Характерна очаговость заболевания.

С 1988 года по республике отмечается постоянный рост заболеваемости чесоткой (в показателях на 100 тыс. населения):

1988 г. – 41,4	1990 г. – 56,4	1992 г. – 132,2
1989 г. – 43,2	1991 г. – 93,5	1993 г. – 179,1

В 1994 году заболеваемость в целом по Беларуси составила 262,73 на 100 тыс. населения, в т.ч. детей до 14 лет – 519,71.

Наиболее высокие показатели регистрировались в Брестской области – 310,5 на 100 тыс. н., в т.ч. 544,74 среди детей до 14 лет, и Гомельской – 358,02 на 100 тыс. н., в т.ч. среди детей – 732,49.

Причины, оказывающие влияние на рост заболеваемости населения данным арахнозом, приведены на схеме:

Повышение солнечной
активности





Пути заражения (по степени значимости):

1. Прямой: – совместное пребывание в постели (более 50 % всех случаев)
 - интимный контакт (около 20 %)
 - уход за детьми
 - массаж
2. Непрямой: постельное, нижнее белье и пр. (около 20 %).

Очаги:

1. Семья – 80–85 % всех случаев
2. Организованные коллективы – 15–20 %

Инвазионные стадии	→	молодые самки и личинки
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 35 лет

КЛИНИКА ЧЕСОТКИ

Инкубационный период: при заражении самками практически отсутствует, т.к. внедрившаяся самка сразу прогрызает чесоточный ход и кладет яйца; при заражении личинками соответствует срокам метаморфоза – до 2 недель.

Жалобы: зуд, усиливающийся вечером и ночью, т.е. во время активности клещей.

Данные осмотра:

1. Чесоточный ход – основной симптом, отличающий чесотку от других зудящих дерматозов.
2. Локализация чесоточных ходов: кисти, запястья, локти, стопы, половые органы мужчин, молочные железы женщин.

3. Изолированные, мелкие везикулы без признаков воспаления на кистях, запястьях и стопах.

4. Фолликулярные папулы на туловище (живот, грудная клетка, ягодицы), переднебоковой поверхности бедер.

5. Симптом Горчакова – кровянистые корочки на локтях и в их окружности.

6. Симптом Арди – гнойные корочки и пустулы на локтях и в их окружности.

7. Ромб Михаэлиса – кровянистые корочки и импетигиозные высыпания в межъягодичной складке с переходом на крестец.

8. Расчесы, эрозии, кровянистые корочки на любом участке кожного покрова.

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ ЧЕСОТКИ

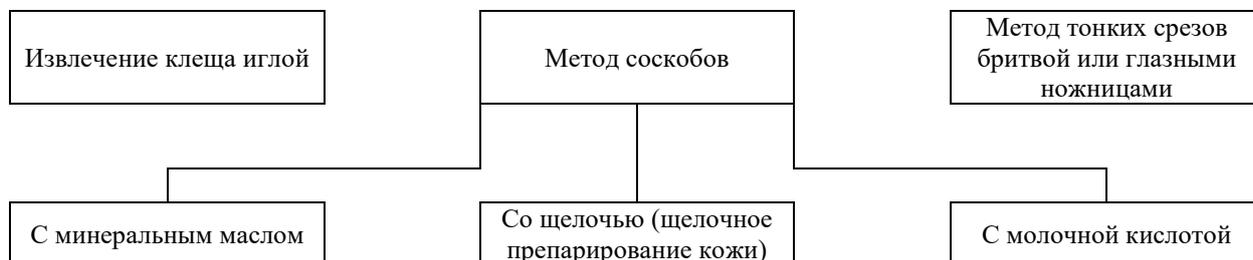
Разновидность чесотки	Причина возникновения	Клинические проявления
1	2	3
Типичная чесотка (преобладает)	Заражение осуществляется молодыми самками. При заражении личинками развивается через 2 недели	Чесоточные ходы, полиморфизм высыпаний везикулы, фолликулярные папулы, кровянистые корочки, расчесы
Чесотка без ходов (встречается редко, обычно среди контактных лиц в очаге, выявленных активно)	Заражение осуществляется при тесном телесном контакте личинками, превращения которых во взрослых самок, способных прокладывать ходы, необходимо не менее 2 недель	Полиморфизм высыпаний (везикулы, фолликулярные папулы, кровянистые корочки, расчесы). Ходы отсутствуют
Норвежская чесотка	Чесотка на фоне заболеваний, сопровождающихся иммунодефицитом, при иммуносупрессивных состояниях (прием гормонов, цитостатиков), нарушении периферической чувствительности (лепра, спинная сухотка, сирингомиелия, паралич и т.п.)	Генерализованное поражение всего кожного покрова, массивные корки с обилием в них клещей на разных стадиях развития, эритродермия, типичные чесоточные ходы на месте излюбленной локализации, полиморфизм высыпаний, поражение ногтевых пластинок, ладонно-подошвенный гиперкератоз
Осложненная чесотка		
а) пиодермией	Проникновение пиогенной флоры через повреждения кожи, обусловленные расчесыванием при зуде	Проявления типичной чесотки маскируются наличием пустул (импетиго, фолликулиты, эктимы), симптом Арди
б) дерматитом	Сенсибилизация организма больного к клещу и продуктам его жизнедеятельности, усугубляемая механическим раздражением кожи при расчесывании	Эритематозно-папулезные, эритематозно-сквамозные, эритематозно-везикулезные очаги маскируют проявление типичной чесотки
Узелковая чесотка (скабиозная лимфооплазия кожи)	Возникает на местах чесоточных ходов, приуроченных к лентиккулярным папулам, локализуется на туловище, ягодицах и половых органах мужчин. В основе патогенеза лежат иммуно-аллергические реакции с гиперплазией лимфоидной ткани-лимфомы	Мучительный зуд, сохраняющийся 1–6 месяцев после полноценной терапии. Наличие узелков размером до 1 см округлых и овальных синюшного цвета, плотноватых на ощупь, часто с крупной кровянистой корочкой на поверхности
Чесотка «чистоплотных», «культурных»	Развивается у лиц, часто моющихся в быту или по роду производственной деятельности (спортсмены, работники горячих, запыленных цехов и т.п.)	Соответствует клинике типичной чесотки при минимальной выраженности проявлений: ходы единичные, необильные фолликулярные папулы на местах типичной локализации
Псевдосаркоптоз	Развивается при попадании на человека чесоточных клещей от животных, которые могут внедряться нередко с уртикарным компонентом.	Сильный зуд. Ходы отсутствуют. Высыпания представлены папулами

в кожу, но не делают ходов и не размножаются на несвойственном хозяине

Локализация – обычно открытые участки тела. После прекращения контакта с источником заражения происходит самоизлечение

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

Направлена на обнаружение возбудителя в чесоточных ходах и метаморфических высыпаниях. Для этого существует несколько методов:



Результат считается положительным при обнаружении в препарате хода самки клеща, яиц, личинок, опустевших яйцевых оболочек или хотя бы одного из этих элементов. Препараты папул и везикул обычно содержат личинки, нимфы, их линечные шкурки, молодых самок, реже – самцов.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение чесотки направлено на уничтожение возбудителя с помощью препаратов, втираемых в кожу. Арсенал этих препаратов велик, но широко применяются в практике лишь некоторые из них.

Противочесоточные препараты и способы их применения

Препарат	Концентрация, %		Число втираний	Длительность курса	Мытье и смена нательного и постельного белья
	дети	взрослые			
Серная мазь	5–10	20–33	1 р/день	5–7 дней	6–8-й дни
Метод Демьяновича					
Жидкость № 1 (гипосульфит натрия)	40	60	2 раза с интервалом 10 минут	3 дня	После первого втирания и на 4-й день
Жидкость № 2 (соляная кислота)	4	6	3 раза с интервалом 5 минут	»	»
Полисульфидный линимент*					
5–10 мл полисульфида натрия (вода + NaOH + сера = 3:1:1) + 100 мл 5 % мыльного геля + 2 мл подсолнечного масла	5	10	1 р/день	3 дня: (1-й, 2-й и 4-й дни лечения)	Через 3 дня после последнего втирания
Водно-мыльная эмульсия бензилбензоата	10	20	1 р/день на ночь	1-й и 4-й дни	Мытье перед каждым новым втиранием и на 5-й день. Смена белья на 5-й день
Контроль излеченности осуществляется 2-кратно: после окончания курса лечения и спустя 2 недели					

* Метод разработан сотрудниками Витебского мединститута: проф. Л.И.Богдановичем, И.И.Богдановичем, А.И.Кончей.

Общие принципы лечения противочесоточными препаратами

1. Лечение больных, выявленных в очаге, должно проводиться одновременно во избежание реинвазии.

2. Втирание противочесоточных препаратов у детей до 3 лет проводится в весь кожный покров, у остальных больных исключение составляют лицо и волосистая часть головы.

3. Втирание любого препарата проводится только руками, а не тампоном или салфеткой.

4. Лечение необходимо проводить в вечернее время, что связано с ночной активностью возбудителя.

5. Для лечения беременных лучше применять бензилбензоат.

6. Эмульсия бензилбензоата перед употреблением тщательно взбалтывается, а раствор соляной кислоты при лечении по методу Демьяновича наливается по мере надобности в пригоршню.

7. Лечение осложнений (дерматит, пиодермия, экзема) проводится одновременно с чесоткой. В этих случаях не рекомендуется назначать метод Демьяновича и мазь Вилькинсона. Оптимальными являются водно-мыльная эмульсия или мазь бензилбензоата.

8. Для лечения дерматита и экземы рекомендуется внутрь антигистаминные и десенсибилизирующие препараты (тавегил, фенкарол, супрастин, диазолин, димедрол, перитол и т.п.) в обычных возрастных дозировках, наружно – водная взбалтываемая смесь, пасты, стероидные мази. При ограниченной пиодермии пустулы тушируют анилиновыми красителями, 3 % водным раствором перманганата калия, используют мази, содержащие антибиотики (линкомициновая, гелиомициновая, полимиксиновая и др.). При распространенной пиодермии антибиотики назначают внутрь.

9. Лечение больных проводится амбулаторно или стационарно.

Амбулаторное лечение более эффективно под наблюдением медперсонала, особенно в скабиозории. Лечение в стационаре проводится по клиническим и эпидемическим показаниям: осложненная чесотка, отсутствие возможности изоляции больного в семье, коллективе, общежитии, асоциальные лица. При выявлении чесотки у больных, уже находящихся в стационаре по поводу инфекционного или соматического заболевания, лечение акароза проводится на месте, о чем ставится в известность врач-дерматовенеролог.

10. Сохранение зуда после полноценного лечения не является показанием для назначения дополнительного курса специфической терапии. Постскабиозный зуд является реакцией организма на убитого клеща и хорошо снижается назначением внутрь антигистаминных препаратов и стероидных мазей местно.

11. Для лечения постскабиозной лимфоплазии применяются внутрь антигистаминные препараты, пресоцил, наружно – стероидные мази под окклюзионную повязку. При длительно персистирующих узелках применяют жидкий азот, диатермокоагуляцию, лазеротерапию.

12. Контроль излеченности осуществляется после курса лечения и спустя 2 недели. При осложнениях, постскабиозном зуде и лимфоплазии этот срок увеличивается индивидуально для каждого больного.

13. Опыт показывает, что при чесотке не бывает рецидивов и постановка такого диагноза необоснованна. Это объясняется тем, что у чесоточного клеща в жизненном цикле нет латентных, длительно переживающих стадий, а также отсутствием стойкого иммунитета.

Причинами возобновления заболеваний чаще является реинвазия от нелеченных лиц в очаге или вне его, а также недолеченность больного в связи с несоблюдением схем лечения (применение заниженных концентраций препаратов, частичная обработка кожного покрова, сокращение длительности курса).

За рубежом для лечения чесотки широко применяются линидан (якутин, гамексан, лорексан), кротамитон (эуракс), перметрин, тиабендазол, моносульфiram (тетмосол), фенотрин, тенутекс. Препараты выпускаются в виде мази, крема, раствора, лосьона, шампуня, мыла, порошка.

ПРОФИЛАКТИКА

Профилактика чесотки определяется двумя главными особенностями этого заболевания: способом передачи и очаговостью. Чесотка передается главным образом при тесном бытовом контакте, особенно в постели. В связи с этим основными очагами являются семьи и коллективы, по степени контакта близкие к семейным.

Первым звеном в профилактической работе является активное выявление больных. Это осуществляется при профилактических осмотрах населения, декретированных контингентов, детских коллективов (ясли, сады, школы, интернаты, летние оздоровительные лагеря и т.д.); при обращении больных в поликлиники, амбулатории, медсанчасти, во время приема на стационарное лечение в лечебно-профилактические учреждения любого профиля; при медицинских осмотрах школьников и учащихся средних и высших учебных заведений в начале учебного года; лиц, вселяющихся в общежития; в сельской местности – во время подворных обходов по эпидпоказаниям.

Перечень подлежащих профосмотрам контингентов, периодичность осмотров и кем осуществляются приведены в таблице:

Подлежащие профилактическим осмотрам контингенты	Периодичность осмотров	Кем проводятся
1	2	3
1. Дети дошкольных учреждений (яслей, садов, комбинатов), детских домов, домов ребенка, школ-интернатов	При поступлении в ДУ; далее 1 раз/7 дней*	Участковыми педиатрами, медработниками ДУ
2. Учащиеся общеобразовательных школ, профессионально-технических училищ и средне-специальных учебных заведений	В первые 2 недели после летних каникул	Медработниками ДУ и общемедицинской сети
3. Дети, выезжающие в летние оздоровительные лагеря	При поступлении и в банные дни*	»
4. Лица, заселяющиеся в общежития любой ведомственной принадлежности	При оформлении документов на заселение	Медработниками общемедицинской сети
5. Амбулаторные и стационарные больные	При обращении в ЛПУ любого профиля	»
6. Контингенты, перечисленные в директивных документах о предварительных при поступлении на работу и периодических профилактических медицинских осмотрах	В соответствии с данной Инструкцией	Дерматовенерологами КВД, а при их отсутствии – медработниками ЛПУ

* Сроки проведения, количество осмотренных детей по группам (классам, отрядам), пофамильный перечень отсутствовавших на момент осмотра детей и результаты медосмотра фиксируются в журнале произвольной формы.

Вторым звеном является выявление очагов чесотки и работа по их ликвидации. Для этого всех лиц с подозрением на чесотку направляют на консультацию в кожно-венерологические диспансеры (кабинеты)*, где при подтверждении диагноза у больного выясняют источник заражения, контактных лиц и взаимоотношения с ними, в т.ч. половых партнеров в семье и вне ее. Все члены семьи больного и лица, находившиеся с ним в близком контакте, должны быть вызваны и осмотрены врачом-дерматовенерологом.

* В случаях, на вызывающих сомнения, диагноз чесотки может выставляться в лечебно-профилактическом учреждении без направления больного на консультацию к дерматовенерологу, причем медработники ЛПУ обязаны обеспечить обследование и оздоровление контактных в очаге, подать соответствующее извещение по форме 89/у в территориальный центр гигиены и эпидемиологии и кожно-венерологический диспансер, заявку на проведение заключительной дезинфекции в закрытых детских организованных коллективах, общежитиях, гостиницах, в квартирных очагах многодетных и социально неблагополучных семей.

Выявленные больные подлежат лечению, здоровым назначается профилактическая обработка, которая проводится однократно одним из противочесоточных препаратов. Во избежание реинвазии лечение больных и обработка здоровых должны проводиться одновременно.

По получении оперативной информации из кожно-венерологического диспансера (кабинета) члены организованных коллективов (группы в детских учреждениях, учебных заведениях, классы) осматриваются медицинским работником учреждения либо педиатром детской поликлиники (старшеклассники и другие контингенты – медработником взрослой поликлиники).

При выявлении 2 и более случаев чесотки в пределах инкубационного периода в закрытых коллективах (детские учреждения круглосуточного пребывания, интернаты, детские дома, дома престарелых, стационары и др.) в очаг для обследования выходят врач-дерматовенеролог КВД и специалисты территориального центра гигиены и эпидемиологии. Особое внимание уделяется наличию общих спален, оценивается качество периодических профосмотров, соблюдение санитарно-гигиенического и дезинфекционного режимов, составляется план неотложных противоэпидемических мероприятий. По результатам посещения закрытых коллективов врач-дерматовенеролог составляет справку (приложение к данной Инструкции), специалист санэпидучреждения – акт обследования объекта.

Дети из детских дошкольных учреждений и школьники при выявлении у них чесотки отстраняются от посещения коллективов на время проведения полноценного лечения. Только после завершения всего комплекса лечебно-профилактических мероприятий, подтвержденных справкой от врача-дерматовенеролога (или врача, на которого возложены его обязанности), дети снова допускаются в учреждения.

Вопрос о профилактическом лечении контактных в организованном коллективе должен решаться дифференцировано с учетом степени контакта и эпидемической обстановки. К обязательному лечению привлекаются лица, находившиеся в тесном бытовом контакте с больным (особенно в постели), а также целые группы, классы, где зарегистрировано 2 и более случаев заболевания чесоткой или, если там в процессе наблюдения за очагом, выявляются новые больные.

На каждого заболевшего заполняется медицинская карта амбулаторного больного (форма 25/у), куда вносятся сведения об источнике заражения и контактных лицах. Последние вызываются врачом через больного, при неявке – участковыми медицинскими сестрами.

Сведения о больном не позднее 12 часов с момента регистрации передаются по телефону выявившим учреждением в лечпрофучреждение по месту жительства (в детскую или взрослую поликлинику, кожно-венерологический диспансер) или работы (медсанчасть) и в территориальный центр гигиены и эпидемиологии, а затем в течение 3 дней дублируется извещением по форме 89/у; медработники всех детских учреждений информируются о выявлении в учреждении больных чесоткой напрямую из КВД либо опосредованно через детскую поликлинику. Сведения о больных и контактных, проживающих на других административных территориях, письменно передаются выявившим учреждением в соответствующий кожно-венерологический диспансер (кабинет).

Очаги чесотки наблюдаются медицинскими учреждениями в течение 3 недель с момента окончания лечения последнего больного. При этом контактные в семье обследуются дважды – при выявлении больного и снятии очага с учета; в организованных коллективах – трижды с интервалом 7 дней.

В очагах чесотки по рекомендации лечащего врача организуется проведение текущей дезинфекции. Больному выделяются отдельная кровать, постельные принадлежности и предметы индивидуального пользования (мочалка, полотенце и пр.). Обеззараживание постельных принадлежностей, полотенец, нательного белья производится кипячением в 1–2 % растворе соды и любом стиральном порошке в течение 5–10 минут с момента закипания. Верхняя одежда (платья, костюмы, джемпера, брюки и т.п.) проглаживается с обеих сторон горячим утюгом, обращая внимание на карманы. Часть вещей может быть обеззаражена вывешиванием на открытом воздухе в течение 3 дней; мягкие детские игрушки, обувь, верхняя одежда – помещением в отдельные полиэтиленовые мешки с исключением их из обихода на 5 дней.

Текущая дезинфекция в скабиозориях, стационарах и изоляторах для больных чесоткой проводится в соответствии с Инструкцией по соблюдению противоэпидемического режима в кожно-венерологических учреждениях, утвержденной приказом Минздрава Республики Беларусь от 20 июля 1993 г. № 138 «О

совершенствовании работы кожно-венерологической службы Республики Беларусь» (приложение 16). Камерной обработке подвергаются нательное белье, одежда и обувь больного, а после окончания лечения – матрасы, подушки и одеяла, которыми он пользовался. Ответственность за организацию и соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима несет руководитель ЛПУ, в структуре или подчинении которого они находятся.

Вопрос о госпитализации больного, необходимости и времени проведения в очаге заключительной дезинфекции решает врач, установивший диагноз. Эпидемическими показаниями для этого является выявление случаев заболевания в детских учреждениях (группах) всех типов круглосуточного пребывания, среди проживающих в общежитиях, гостиницах, в многодетных и социально неблагополучных семьях.

Заключительная дезинфекция проводится после госпитализации больного или окончания амбулаторного лечения всех контактных в очаге.

Санитарно-противоэпидемические учреждения осуществляют:

1. Организационно-методическое руководство и контроль за выполнением учреждениями здравоохранения и ведомствами комплекса мероприятий, регламентированных директивными документами по борьбе и профилактике чесотки, координацию деятельности всех заинтересованных служб и ведомств по профилактике чесотки.

2. Анализ (в динамике) заболеваемости и эффективности проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий, по результатам которого вносят предложения по улучшению эпидобстановки.

3. Учет по ф-60/у оперативной информации из КВД (кабинетов, ЛПУ) о выявленных случаях чесотки.

4. Эпидобследование очагов в организованных закрытых коллективах (детские учреждения всех типов с круглосуточным пребыванием, дома престарелых, стационары и др.), причем при выявлении 2 и более случаев в пределах инкубационного периода, совместно с дерматовенерологом с целью выявления источника заражения, путей и факторов передачи и контроля за организацией противоэпидемических мероприятий и санитарно-гигиенического состояния объекта.

5. Заключительную дезинфекцию в очагах в течение первых суток с момента подачи заявки.

6. Методическую помощь лечпрофучреждениям дерматовенерологического профиля в организации соблюдения санэпидрежима и ежеквартальный контроль за качеством его выполнения.

7. Контроль за отстранением от посещения организованных коллективов лиц, бывших в контакте с больным из квартирного очага – до представления справки о прохождении осмотра у дерматовенеролога или врача, на которого возложены эти обязанности.

8. Выдачу разрешений на прием вновь поступающих в детские учреждения всех типов, где выявлены случаи заболевания, только через 3 недели со дня выявления последнего больного.

9. Контроль за проведением профилактических медицинских осмотров подлежащих контингентов, а также осмотров контактных в организованных коллективах.

10. Организацию и проведение совместно с дерматовенерологической службой семинаров, совещаний, конференций и т.д. по вопросам клиники диагностики, лечения и профилактики чесотки.

11. Подготовку и выпуск информационного бюллетеня по борьбе и профилактике чесотки с анализом заболеваемости, эффективности проводимых мероприятий и предложениями по улучшению эпидобстановки.

12. Текущий и по эпидпоказаниям санитарный надзор за эпидзначимыми объектами (бани, душевые, прачечные, детские учреждения всех типов, гостиницы, общежития, пансионаты, турбазы, кемпинги, дома для престарелых, медицинские стационары всех типов, поезда дальнего следования, воинские казармы, следственные изоляторы, тюрьмы и т.д.).

13. Санитарно-просветительную работу среди населения и в организованных коллективах.

Организации-разработчики: лаборатория по проблемам дерматологии и венерологии МГМИ, Республиканский центр гигиены и эпидемиологии, Минский ГКВД, Минский ГЦГЭ.

Составители: к.м.н. В.М.Дюба, Ю.П.Цуриков, А.Л.Веденьков, к.м.н. А.Л.Навроцкий, Ю.Л.Бойко, Ю.В.Салук, Л.Ф.Дмитриева, В.Д.Безкровный.

**Начальник Главного управления
медицинской помощи Минздрава
П.Н.Михалевич**

**Начальник Главного управления
гигиены, эпидемиологии
и профилактики Минздрава
Ф.А.Германович**

**Примерная форма справки для врачей-дерматовенерологов,
обследующих детские организованные коллективы**

Мной, врачом-дерматовенерологом _____
(наименование лечпрофучреждения,

фамилия, имя, отчество)

Осмотрены дети ДУ _____
(наименование, №, населенный пункт)

Цель осмотра (плановый, по контакту с больным – подчеркнуть)

Фамилия, имя, отчество больного, группа (класс), диагноз _____

Осмотр проведен в присутствии _____
(указать должности и фамилию, имя,

отчество всех присутствующих)

Подлежало осмотру _____
(по списку посещающих ДУ)

Отсутствовало на момент осмотра (пофамильный список по группам, классам)

Среди осмотренных выявлено (пофамильно) с:

– педикулезом _____

– чесоткой _____

– микроспорией _____

– трихофитией, фавусом _____

– гнойничковыми заболеваниями кожи _____

– другими заболеваниями кожи _____

Обеспеченность сантехоборудованием, бактерицидными лампами, моющими и
дезсредствами _____

Наличие в аптечках противопедикулезных, -чесоточных, -грибковых медикаментов

Содержание и хранение постельных принадлежностей _____

Наличие и содержание предметов личной гигиены _____

Форма и методы гигиенического обучения персонала, гигиенического воспитания детей,
санитарного просвещения родителей по заразным кожным заболеваниям (ЗКЗ)

Соблюдение правил ведения официальной учетно-отчетной документации по ЗКЗ

Работа медработников учреждения и педиатра территориального ЛПУ по профилактике
заразных кожных заболеваний в организованном детском коллективе и ее оценка

О недопущении в учреждение детей, отсутствовавших на момент осмотра, без справки
врача-дерматовенеролога руководитель и медработник учреждения предупреждены.

Врач-дерматовенеролог _____
(подпись)

Подписи присутствовавших при осмотре _____
(подпись)

Руководитель учреждения _____
(подпись)

Приложение 2
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь,
Министерства сельского
хозяйства и продовольствия
Республики Беларусь
и Министерства жилищно-
коммунального хозяйства
Республики Беларусь
06.12.1995 № 167/200/125

ИНСТРУКЦИЯ

по диагностике, лечению и профилактике микроспории, трихофитии и фавуса*

* Инструкция составлена с использованием методических материалов ЦНИКВИ по профилактике кожных и венерических болезней (Москва, 1987 г.) и методических рекомендаций Минздрава БССР «Пути усиления борьбы с микроспорией в БССР» (Минск, 1977 г.).

Микроспория, трихофития и фавус (парша) – паразитарные болезни кожи человека и животных, вызываемые микроскопическими грибами-дерматофитами родов *Microsporum* и *Trichophyton*.

На территории Республики Беларусь встречаются следующие их виды: антропофильный *Microsporum ferrugineum* (ржавый), зоофильный *Microsporum canis* seu *M. lanosum* (пушистый) – возбудители микроспории; антропофильные *Trichophyton violaceum* (фиолетовый) и *Trichophyton crateriforme* (кратеровидный), зоофильные *Trichophyton faviforme* (фавиформный) и *Trichophyton gypsum* (гипсовидный) – возбудители трихофитии; *Trichophyton (Achorion) schonleinii* – антропофил – возбудитель фавуса.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Среди перечисленных дерматомикозов наибольшее распространение в республике имеет микроспория, заболеваемость которой в 1990–1994 годы удерживается на уровне $78,0 \pm 12,0$ на 100 тыс. населения (в т.ч. по Гомельской области $102,0 \pm 17,0$, Брестской – $93,5 \pm 14,8$, Могилевской – $89,5 \pm 13,9$, г. Минску – $88,0 \pm 15,9$ на 100 тыс. н.). Значительно уступает ей трихофития – $0,6 \pm 0,1$ на 100 тыс. н. (в т.ч. по Гродненской области $1,3 \pm 0,4$). В виде единичных случаев регистрируется фавус.

Источниками заболевания микроспорией в 97 % случаев являются больные животные (в основном кошки и собаки, на долю которых приходится соответственно 80 и 15 % всей зоонозной пушистой микроспории, реже лисы, кролики, свиньи, лошади, медведи), в 3 % – больной человек.

При трихофитии основным источником заболевания является больной человек в острой и хронической форме. Кроме этого, в сельской местности среди населения периодически выявляются зоонозная фавиформная трихофития крупного рогатого скота и лошадей, а также гипсовидная трихофития мелких грызунов (мышей, сусликов).

Фавус регистрируется только антропонозный.

Механизм передачи дерматомикозов контактно-бытовой. Заражение происходит при непосредственном контакте с источником либо опосредованно, через инфицированные предметы обихода, объекты внешней среды. В квартирах, общежитиях, детских дошкольных учреждениях, школах-интернатах и т.д. – это обычно постельное белье, полотенца, одежда, головные уборы, банные предметы и предметы личного туалета, игрушки, книги, ковры, мягкая мебель, уборочный инвентарь, подстилки для животных и предметы ухода за ними; в подъездах домов и на территории дворов – засыпной материал чердаков, пыль лестничных площадок и мусоросборников, песок детских песочниц, вода мелких водоемов; в парикмахерских – машинки для стрижки волос, расчески, бигуди, кисти

для бритья, пеньюары. Почва как фактор передачи инфекции составляет только 0,7 % случаев.

Возбудители дерматомикозов могут сохранять жизнеспособность до 10 лет в волосах, до 7 лет в чешуйках, но гибнут: при кипячении через 30 мин, обработке 5 % лизолом через 30 мин, 2 % 1-хлор-бета-нафтолом и 2 % хлордезином через 60 мин, 5 % осветленным раствором хлорной извести и 0,5 % ДП-2 через 2 часа, 5 % раствором хлорамина через 3 часа.

Болеют чаще дети до 14 лет.

Для зоонозных дерматомикозов характерна сезонность. Например, при микроспории подъем заболеваемости начинается в июне, нарастает в августе–сентябре и достигает к октябрю–ноябрю максимума. В последующие месяцы года и в первые четыре месяца следующего года число больных уменьшается и достигает минимума в апреле.

Зоонозная микроспория регистрируется чаще в городах, причем в местах, где сконцентрированы многоэтажные дома с чердаками, утепленными подвалами, мусоропроводами и мусоросборниками, являющимися благоприятными местами для обитания бездомных животных, среди которых процент пораженных варьирует от 5,4 до 50 %, и их контакта с животными домашними.

Наиболее типичный вариант формирования очага зоонозной микроспории следующий: первичный занос инфекции в семью или коллектив происходит с больным животным, а дальнейшее распространение заболевания происходит прямым антропогенным путем или через предметы обихода.

КЛИНИКА ДЕРМАТОМИКОЗОВ

Микроспория

Инкубационный период от 5–7 дней до 5–6 недель.

Клиническая картина заболевания имеет свои особенности, зависящие от локализации поражения и вида возбудителя.

Для микроспории волосистой части головы, вызванной пушистым микроспорумом, характерным является образование одного или двух крупных очагов правильных округлых или овальных очертаний и нескольких более мелких; очаги преимущественно без видимых воспалительных явлений, с четкими границами, покрыты значительным количеством серовато-белых чешуек, как бы посыпанные мукой. Почти все волосы в очагах обломаны и выступают над уровнем кожи на 4–8 мм, они легко извлекаются, а в основании покрыты беловатым рыхлым чехлом. Иногда в крупных очагах могут развиваться воспалительные явления вплоть до образования керииона. Нередко возникают вторичные аллергические высыпания – микроспориды.

Среди атипичных форм микоза волосистой части головы наиболее часто встречаются трихофитоидная (очаги поражения мелкие, без воспалительных явлений, с незначительным отрубевидным шелушением) и псевдоантропонозная (очаги расположены в краевых зонах – теменной, затылочной).

На гладкой коже очаги микроспории располагаются в основном на открытых частях тела и имеют круглую или овальную формы. Поверхность их покрыта чешуйками, пузырьками и тонкими корочками по периферии.

Размеры их обычно не превышают 1–2 см в диаметре. Иногда очаги сливаются в гирлянды. У большинства больных микроспорией гладкой кожи, обусловленной пушистым микроспорумом, вовлекаются в процесс пушковые волосы, поражаются брови, веки, ресницы.

Клиническая картина микроспории, вызванной ржавым микроспорумом, имеет ряд особенностей, облегчающих дифференциальную диагностику с другими грибковыми заболеваниями. На волосистой части головы очаги чаще бывают множественными, неправильных очертаний, без видимых воспалительных явлений, с наклоном к слиянию и расположению по краю волосистой части головы, с захватом прилегающих участков гладкой кожи. Границы очагов нечеткие. В очагах наряду с обломанными волосами сохраняется часть здоровых, в устьях фолликулов имеются роговые чешуйки.

Начальные формы микроспории на волосистой части головы можно определить только с помощью люминесцентной лампы.

Очаги поражения на гладкой коже напоминают таковые при микроспории, вызванной пушистым микроспорумом. Иногда они состоят из колец, вписанных одно в другое («ирис»). Ржавый микроспорум также поражает пушковые волосы на гладкой коже.

Трихофития

Различают трихофитию антропонозную и зоонозную (инфильтративно-нагноительную). Из антропонозной формы в свою очередь выделяют поверхностную трихофитию волосистой части головы, поверхностную трихофитию гладкой кожи, хроническую трихофитию (чаще в сочетании с поражением ногтей).

Инкубационный период при антропонозной трихофитии в среднем 5–7 дней.

При поражении волосистой части головы появляются мелкие шелушащиеся очаги округлых и неправильных очертаний с незначительным поредением волос. Пораженные волосы обломаны на 2–3 мм над уровнем кожи. Воспалительные явления в очагах выражены слабо, субъективные ощущения практически отсутствуют.

При поверхностной трихофитии гладкой кожи на открытых частях тела наблюдаются розово-красные шелушащиеся пятна округлых или овальных очертаний с наличием периферического валика, состоящего из мелких пузырьков и корочек. Количество очагов может быть самым различным и сочетаться с поверхностной трихофитией волосистой части головы.

Хронической трихофитией болеют чаще женщины. Заболевание, как правило, начинается в детском возрасте и благодаря незначительно выраженным признакам и отсутствию субъективных ощущений длится многие годы. На коже голеней, области коленных суставов, ягодиц, предплечий и других участках наблюдаются шелушащиеся очаги с синюшным оттенком без периферического валика и четких границ. На ладонях и подошвах может быть утолщение рогового слоя и пластинчатое шелушение, на волосистой части головы – мелкие, слегка шелушащиеся очаги поражения, напоминающие себорею. Пораженные волосы обломаны на уровне кожи и имеют вид «черных точек». Будучи расположенными среди здоровых или под чешуйками, они чрезвычайно трудно выявляются при осмотрах.

У длительно болеющих лиц на волосистой части головы можно обнаружить атрофические плешки – небольшие участки кожи, лишенные волос, что помогает врачу диагностировать хроническую трихофитию. Такие больные представляют большую опасность для окружающих, и поэтому в каждом случае выявления поверхностной трихофитии необходимо тщательно обследовать всех членов семьи (особенно взрослых и пожилых женщин).

Трихофитиозное поражение ногтей редко бывает самостоятельным, чаще оно наблюдается у больных хронической формой заболевания. При этом ногтевые пластинки деформируются, становятся тусклыми, неровными, грязно-серой окраски. Без соответствующего лечения заболевание может длиться годами.

При зоонозной (инфильтративно-нагноительной) трихофитии инкубационный период длится от 10 дней до 2 месяцев.

Эта форма заболевания в отличие от антропонозной сопровождается более выраженными воспалительными явлениями.

Поражения гладкой кожи и волосистой части головы по степени выраженности воспалительного процесса варьируют от незначительных, напоминающих по внешнему виду поверхностную форму антропонозной трихофитии, до глубоких, с резким воспалением, болезненностью, обильным выделением гноя из расширенных волосяных фолликулов и нарушением общего состояния организма (общей слабостью, повышенной температурой, головной болью, отсутствием аппетита, увеличением региональных лимфоузлов). Без соответствующего лечения через 1,5–3 месяца на месте очагов развиваются рубцовые изменения, на которых волосы полностью не восстанавливаются.

Диагноз антропонозной или зоонозной трихофитии устанавливается на основании клинических проявлений заболевания, результатов микроскопического исследования пораженных волос и чешуек, а также культуральной диагностики.

Фавус

Инкубационный период от 2–3 недель до 6–12 месяцев и более.

Среди клинических проявлений фавуса выделяют скутулярную, сквамозную, импетигинозную, трихофитоидную формы и фавозный онихомикоз.

Для всех форм фавуса характерно отсутствие субъективных ощущений, а в последние годы – стертость клинической симптоматики.

Наиболее часто встречается скутулярная форма. Она проявляется наличием блюдцеобразных желтых или темно-желтых корочек в области фолликулов-скутул, склонных к слиянию, образованию в запущенных случаях гигантских элементов, наслоению крупных, грязно-серого цвета, неприятно пахнущих («амбарный», «мышинный» запах) корок, что обусловлено сопутствующей микрофлорой, «тусклым» видом волос, развитием атрофии кожи на волосистой части головы, что приводит к очаговому, а иногда и полному облысению.

Волосы при фавусе не обламываются, как при микроспории или трихофитии, но часто становятся серыми, теряют блеск и эластичность.

Выпадая при атрофии фолликулов почти на всей голове, они сохраняются обычно в краевой зоне. Рубцово-измененная кожа на местах бывших поражений тонкая, гладкая и блестящая.

При сквамозной форме отмечается либо крупнопластинчатое шелушение плотно сидящими на коже серовато-белыми чешуйками (псориазиформный вариант) либо мелкопластинчатое (пителиоидный вариант). При снятии чешуек обнаруживается гиперемизированная атрофированная кожа. Скутулы не образуются.

Импетигинозная форма фавуса встречается в основном у детей. При ней образуются слоистые корочки грязно-желтого цвета, напоминающие импетиго, но с длительным течением и образованием атрофированных участков кожи. Волосы редют, имеют тусклый, «запыленный» вид, напоминают парик («фавозный парик»).

Импетигинозную форму нередко принимают за микроскутулярную, при которой в пределах импетигинозных элементов под корочко-чешуйками можно обнаружить микроскутулы.

В редких случаях встречается инфильтративно-нагноительная форма заболевания или фавозный кериион. Только микроскопия волоса и культуральное исследование дают основание для дифференциальной диагностики от подобной формы трихофитии.

Фавус у детей вначале проявляется очагами трихофитоидного характера: появляется группа пузырьков, очаг увеличивается в размерах, центр его начинает шелушиться, из ссохшихся пузырьков и корочек образуется ободок.

Наряду с фавусом волосистой части головы часто выявляются поражения гладкой кожи туловища и конечностей. Очаги в этом случае обычно единичные и носят трихофитоидный, реже – скутулярный характер (образование скутул происходит при генерализации процесса).

Фавозный онихомикоз регистрируется в основном при длительном существовании микоза. Он характеризуется продолжительным сохранением целостности ногтевой пластинки. Поражение, начинаясь со свободного или боковых краев ногтя, образует в глубине его просвечивающие желтые пятна (скутулы). Ноготь крошится, приобретает, как и при других онихомикозах, грязно-серый цвет.

Диагностика поражения фавусом волосистой части головы в типичных случаях (при характерной триаде – скутулы, изменение внешнего вида волос, рубцовая атрофия при длительном течении) несложна. При атипичных формах и на гладкой коже диагноз должен быть подтвержден выделением культуры возбудителя. Дифференцировать фавус волосистой части головы следует с трихофитией, микроспорией, псевдопеладой Брока, эритематозом, а на гладкой коже – с псориазом, экземой, стрептодермией; поражение ногтей – с онихомикозами другой этиологии.

В диагностике атипичных форм фавуса используют люминесцентное исследование: пораженные волосы в лучах Вуда имеют ярко-зеленое или голубоватое свечение.

ДИАГНОСТИКА ДЕРМАТОМИКОЗОВ

Диагностируются дерматомикозы на основании клинических проявлений, эпиданамнеза, результатов лабораторных исследований.

Из лабораторных методов широко используются люминесцентный, основанный на эффекте особого свечения пораженных волос в ультрафиолетовых лучах; микроскопическое исследование, позволяющее визуально обнаружить споры гриба, их структуру, конфигурацию, расположение внутри (endotrix) или снаружи (ectotrix) пораженного волоса и культуральный метод посева на среду Сабуро патологического материала, устанавливающий видовую принадлежность возбудителя дерматомикозов.

Лабораторная диагностика микроспории

При микроспории люминесцентный метод используется для выявления стертых клинических форм заболевания, носительства с поражением волосяного фолликула и проведения контроля излеченности.

Под ультрафиолетовым излучением пораженные волосы приобретают ярко-зеленую окраску при ржавом микроспориуме и бледно-зеленую при пушистом, однако для видовой идентификации возбудителя этого отличия недостаточно.

При микроскопии пораженные длинные и пушковые волосы обычно снаружи окутаны чехлом и состоят из мелких круглых беспорядочно расположенных спор, напоминающих мозаику. Внутри волоса можно разглядеть мелкие споры и септированные, различной длины нити мицелия.

Микроскопическое исследование позволяет быстро определить природу грибкового заболевания, однако также не дает представления о видовой принадлежности возбудителя. Поэтому для видовой диагностики микоза применяется метод культурального исследования пораженных волос и чешуек.

Microsporum canis на среде Сабуро дает на 2–3 день рост колоний в виде белого стелющегося пушка. Мицелий тонкий и толстый. Характерен ракеткообразный мицелий и остроконечные многокамерные (5–12) веретена (макроконидии) с двухконтурной шиповатой стенкой.

Microsporum ferrugineum начинает расти на 4–5 день. Колонии кожистые, иногда порошковатые, чаще всего ржавой окраски. Мицелий толстый, много хламидоспор (терминальных и интеркалатных), иногда встречаются рудиментарные многокамерные веретена.

Лабораторная диагностика трихофитии

Материалом для микроскопического исследования на трихофитию являются волосы, кожные и ногтевые чешуйки.

Антропофильные трихофитоны располагаются преимущественно внутри волоса (*Trichophyton endotrix*). Крупные круглые споры лежат правильными рядами по всей его длине.

В отличие от них зоофильные формы располагаются снаружи волоса (*Trichophyton ectotrix*): *Tr. gypseum* – мелкоспоровая разновидность, *Tr. faviforme* – крупноспоровая.

В чешуйках кожи и ногтей при трихофитии обнаруживаются нити мицелия.

На среде Сабуро колонии возбудителя значительно отличаются между собой:

Trichophyton violaceum – фиолетового цвета, выпуклые, гладкие, влажные, блестящие, кожистой консистенции с радиарными складками.

Trichophyton crateriforme – беловато-желтого цвета, густо-мучнистые в центре и бархатистые по периферии; центр молодых колоний неровный, иногда складчатый, у зрелых принимает вид округлого кратера с резко очерченными краями.

Trichophyton faviforme – скудные кожистые фавиформные колонии; на природных и обогащенных витаминами средах становятся пушистыми или бархатистыми и дают макро- и микроконидии.

Trichophyton gypseum – поверхность колоний полиморфна, консистенция густо-мучнистая или бархатисто-мучнистая; мучнистость располагается в виде зерен, лучей или зубчиков.

Лабораторная диагностика фавуса

Основное значение в лабораторной диагностике фавуса, так же как и при трихофитии, имеют микроскопический и культуральный методы.

При микроскопии внутри волоса наблюдается тонкий редкосептированный мицелий и широкий, состоящий из прямоугольных клеток с двухконтурной оболочкой; постоянно встречаются цепочки и кучки из круглых и многогранных спор; видны пузырьки воздуха и капельки жира.

На среде Сабуро молодые колонии *Trichophyton (Achorion) schonleinii* гладкие, голые, желтовато-белого цвета, позднее высокие, морщинистые, похожие на гриб строчок или греческую губку, полые, крошковидной консистенции. Старые культуры сухие, морщинистые, высокие, иногда окружены былым мучнистым ободком по периферии.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕРМАТОМИКОЗОВ

Лечение всех видов дерматофитий основывается на комплексном применении этиотропных, симптоматических, десенсибилизирующих и общеукрепляющих медикаментозных препаратов.

Лечение микроспории

Лечение больных микроспорией волосистой части головы и с множественными поражениями гладкой кожи рекомендуется проводить в стационаре; обязательно под контролем люминесцентной лампы и микроскопического исследования, так как свечение в очагах поражения может исчезать раньше, чем сами грибы.

Основным лечебным препаратом является антибиотик гризеофульвин, обладающий фунгистатическим действием.

Суточная доза антибиотика дается с учетом массы тела больного из расчета 21–22 мг/кг. Употреблять препарат следует во время еды в сочетании с чайной ложкой растительного масла или рыбьего жира.

Курс лечения состоит из 3 этапов (циклов):

На первом – суточная доза гризеофульвина дается ежедневно до получения первого отрицательного исследования на грибы.

Контрольные анализы в этот период назначаются: при микроспории гладкой кожи без поражения пушковых волос с 14-го дня лечения, а при поражении волосистой части головы – с 21-го и далее через каждые 3 дня.

Второй этап начинается с момента получения первого отрицательного анализа на микроспорию и продолжается 2 недели с 2-кратным лабораторным обследованием больного с интервалом 7 дней – дачу суточной дозы гризеофульвина сокращают до 1 раза в 2 дня.

Если в этот период при одном из исследований будут выявлены грибы микроспорума, препарат вновь назначается ежедневно, а контрольные исследования проводятся 1 раз в 3 дня до получения отрицательного результата, после чего второй этап лечения начинается сначала.

По окончании 2-го цикла и получении последовательно в сумме 3 отрицательных анализов начинается третий этап лечения, который продолжается также 2 недели, но с дачей гризеофульвина – 1 раз в 3 дня (2 раза в неделю); контрольные исследования при этом назначаются 1 раз в 7 дней.

Кровь и моча в период лечения гризеофульвином исследуются еженедельно.

Одновременно проводится наружная терапия путем ежесуточного 2-кратного втирания (или однократного втирания по утрам в сочетании с вечерней обработкой 2–5% настойкой йода) в очаги поражения одной из перечисленных мазей:

– серо-салициловую (сера осажденная – 5,0, салициловая кислота 1,5, вазелин – до 50,0);

– серо-дегтярную (сера осажденная – 5,0, деготь березовый – 1,5, вазелин – до 50,0);

– 10–20 % серную.

Хороший терапевтический эффект при микроспории оказывают также мази «Микоспор», «Травоген», «Микосептин» и жидкость «Нитрофунгин».

При выраженном воспалении рекомендуется применять «Травокорт» и «Микозолон».

В период лечения 1 раз в 5–7 дней рекомендуется волосы сбривать и мыть голову горячей водой с мылом не реже 2 раз в неделю.

При поражении пушковых волос на гладкой коже указанное выше йодно-мазевое лечение необходимо сочетать с отслойкой эпидермиса кератолитическими средствами, например составом из прописи: салициловая кислота, молочная кислота, резорцин поровну – 15,0, коллодий эластический – 55,0. Очаги поражения следует смазывать 2 раза в день в течение 3–4 дней, затем на сутки накладывать 2 % салициловую мазь под компрессионную бумагу и удалять отторгающиеся участки рогового слоя – применяется до полного удаления всех пораженных пушковых волос.

Эпиляцию пушковых волос можно проводить также «герметическим» методом (очаги поражения заклеиваются черепицеобразно лейкопластырем на 3–5 дней) и 5 % гризеофульвиновым пластырем (гризеофульвин 5 %, салициловая кислота 3 %, касторовое масло 3 %, свинцовый пластырь 60 %, ланолин 22 %, воск 7 %).

При поражении ресниц и бровей внутрь назначается гризеофульвин по одной из указанных схем, ресничный край века смазывается 1 % водным раствором бриллиантового зеленого, проводится ручная эпиляция волос.

Лечение гризеофульвином следует сочетать с приемом витаминов группы В, а также общеукрепляющими препаратами. Детям с целью повышения специфической реактивности можно назначать инъекции гамма-глобулина, пирогенала по обычной схеме.

При наличии противопоказаний к общей гризеофульвинотерапии возможно назначение наружной терапии 5 % линиментом гризеофульвина (гризеофульвина кристаллического 5,0, димексида 20,0, эмульгатора № 1 (ланолина) 10,0, воды 65,0) без перорального применения антибиотика. Очаги поражения смазываются линиментом 2 раза в сутки. Удаление чешуек 1 раз в 7–10 дней проводят 3–5 % молочно-салициловым коллодием после предварительного бритья волос и смазывания кожи фунгицидным раствором.

При отсутствии эффекта от лечения гризеофульвином можно использовать низорал (кетоконазол).

Низорал-имидазоловое соединение с широким спектром противогрибковой активности. Суточная доза препарата назначается из расчета 7 мг/кг веса больного в один прием в течение 20–25 дней.

При изолированных поражениях гладкой кожи без вовлечения пушковых волос может быть проведено только местное антипаразитарное лечение.

Критерием излеченности является отсутствие клинических проявлений, люминесцентного свечения и 5-кратные отрицательные результаты микроскопических исследований на грибы.

Медработники кожвендиспансеров (кабинетов) обязаны разъяснять, что находящиеся на амбулаторном лечении, особенно дети, допущенные врачебно-консультативной комиссией к посещению организованных коллективов, должны постоянно носить на голове плотно прилегающую шапочку. Во время лечения больным запрещается посещение парикмахерских, бань, бассейнов. Белье их следует стирать и кипятить отдельно от общего белья. Вещи и предметы личного пользования, а также помещение, где проживает больной, периодически подвергаются текущей дезинфекции. Ее проводит сам больной или его родственники по указанию врача. По окончании амбулаторного лечения больного в очаге проводится заключительная дезинфекция силами дезинфекционных подразделений территориальной санэпидслужбы.

Лечение трихофитии

Для лечения трихофитии используется антибиотик гризеофульвин в дозировке 15–16 мг/кг веса больного в сутки.

Схема лечения этим препаратом и периодичность лабораторного контроля назначаются как и при микроспории.

Одновременно больным рекомендуются общеукрепляющие средства. Наружное лечение при поверхностных и инфильтративных формах включает йодно-мазевую терапию, эпиляцию волос в очагах поражения, бритье волос один раз в 7–10 дней. При нагноительной форме лечение нужно начинать с удаления корок после наложения 3–5 % салициловой мази, примочек или влажных повязок с растворами дезинфицирующих, вяжущих и противовоспалительных средств. После стихания воспалительных явлений приступают к обычной йодно-мазевой терапии. При поражении пушковых волос йодно-мазевую терапию следует сочетать с отслойкой рогового слоя, наложением коллоидной пленки и эпиляцией пушковых волос.

Критерием излеченности является отсутствие клинических проявлений, люминесцентного свечения и 5-кратные отрицательные результаты микроскопических исследований на грибы.

Лечение фавуса

Лечить следует одновременно все проявления микоза с учетом возраста и патогенетического фона (нередко фавус возникает у лиц с эндокринной патологией и иммунодефицитами).

Корки и скутулы удаляются с помощью 2–5 % салицилового вазелина, после чего проводят обычно йодно-мазевую терапию (смазывание очагов 2–5 % йодной настойкой по утрам и втирание 10 % серно-3 % салициловой или 10 % серно-3 % дегтярной мазей по вечерам).

Антибиотик гризеофульвин назначают из расчета 15–16 мг/кг массы тела больного в сутки. Схема лечения и периодичность лабораторного контроля назначаются как при микроспории и трихофитии.

Одновременно проводят патогенетическую терапию по показаниям.

Критерием излеченности является отсутствие клинических проявлений, люминесцентного свечения и 5-кратные отрицательные результаты микроскопических исследований на грибы.

ПРОФИЛАКТИКА

Основное значение в профилактике распространения заразных кожных заболеваний имеют своевременное выявление больных и контактных путем проведения первичных и по показаниям медицинских осмотров (особенно среди эпидемически значимых контингентов); изоляция и лечение инфицированных; организация противоэпидемических, противоэпизоотических и дезинфекционных мероприятий в очагах; санитарно-гигиенический контроль за объектами повышенного риска (бани, прачечные, парикмахерские и пр.) и ветеринарный надзор за домашними и сельскохозяйственными животными.

Эти мероприятия осуществляются медработниками лечебно-профилактических (в т.ч. кожно-венерологических диспансеров и кабинетов) и санитарно-противоэпидемических учреждений совместно с медработниками детских учреждений, ветеринарными специалистами городских, районных ветеринарных станций, хозяйств и животноводческих комплексов, работниками сферы жилищно-коммунального обслуживания населения.

Плановые первичные профосмотры на дерматомикозы проводят медработники общемедицинской сети, детских и подростковых учреждений, средних и специальных учебных заведений; выборочно такие осмотры осуществляют территориальные дерматовенерологи.

Осмотру подлежат:

а) дети дошкольных учреждений (яслей, садов, комбинатов), детских домов, домов ребенка, школ-интернатов – при поступлении и далее еженедельно;

б) дети, выезжающие в летние оздоровительные лагеря, – при поступлении и в банные дни.

Результаты осмотра этих организованных коллективов фиксируются на местах в журнале произвольной формы с указанием даты проведения, количества осмотренных

детей по группам (классам, отрядам), фамилий детей с подозрением на дерматомикозы и отсутствовавших на момент осмотра;

в) учащиеся общеобразовательных школ, профессионально-технических училищ и средних специальных заведений – в первые 2 недели после летних каникул;

г) лица, заселяющиеся в общежития любой ведомственной принадлежности, – при оформлении документов на заселение;

д) амбулаторные и стационарные больные – при обращении в лечебно-профилактические учреждения любого профиля;

е) контингенты, перечисленные в директивных документах о предварительных при поступлении на работу и периодических профилактических медицинских осмотрах.

Выявленных в процессе первичного профосмотра лиц с подозрением на грибковые заболевания медработник обязан отстранить от посещения учреждения (учебы, работы), дать направление в территориальный кожно-венерологический диспансер (кабинет) и не допускать в коллектив до представления соответствующей справки от врача-дерматовенеролога (записи в амбулаторной карте, истории развития) или заключения врачебно-консультативной комиссии о разрешении допуска.

Медработники вышеуказанных учреждений и общемедицинской сети осуществляют также осмотры контактных при выявлении единичных случаев дерматомикозов в этих коллективах.

Специалисты кожно-венерологических диспансеров (кабинетов) обеспечивают:

1. Своевременную консультацию и квалифицированное лечение больных и контактных по заразным кожным заболеваниям; госпитализацию больных дерматомикозами по клиническим и эпидемическим показаниям.

2. Оперативную подачу (не позднее 12 часов с момента выявления):

2.1. информации по телефону в территориальные ЦГЭ и ЛПУ по месту жительства о всех случаях регистрации больных заразными кожными болезнями с указанием места работы (посещения, учебы) заболевшего. Телефоннограммы дублируются в недельный срок донесениями по ф-89/у. При выявлении зоонозной микроспории и трихофитии копия формы 89/у дополнительно направляется в территориальные учреждения ветеринарии;

2.2. заявок в территориальные ЦГЭ (ЦДС) с указанием времени проведения заключительной дезинфекции в очагах заразных кожных заболеваний.

3. Извещение территориальных детских поликлиник и центров гигиены и эпидемиологии в 3-дневный срок обо всех случаях отмены диагноза заразного кожного заболевания.

4. Обследование контактных из домашних очагов дерматомикозов и закрытых детских учреждений всех типов в 3-дневный срок с момента выявления больного или получения информации из ветеринарных учреждений о выявлении в квартирном очаге пораженных микроспорумом домашних кошек, собак; обследование контактных из детских и подростковых учреждений открытого типа при выявлении 2 и более случаев заболевания в пределах инкубационного периода.

5. Диспансерное наблюдение за переболевшими и контактными:

5.1. при микроспории в течение 1,5 месяцев с частотой осмотра:

5.1.1. пролеченных больных – еженедельно;

5.1.2. контактных в семейных микроочагах – дважды: при постановке очага на учет и через 1,5 месяца перед снятием с учета;

5.1.3. контактных в организованных детских коллективах – еженедельно;

5.2. при трихофитии (антропонозной и зоонозной) – 2 месяца с частотой осмотров:

5.2.1. пролеченных больных – еженедельно;

5.2.2. контактных в семейных микроочагах – дважды: при постановке очага на учет и через 2 месяца перед снятием с учета;

5.2.3. контактных в организованных детских коллективах – еженедельно;

5.3. при хронической трихофитии взрослых – 2 года с кратностью осмотра пролеченных и контактных в семейных микроочагах и организованных коллективах: первые 3 месяца – 1 раз в 2 недели, затем через 6, 9, 12 и 24 месяца;

5.4. при фавусе – 2 года с частотой обследования переболевших и контактных в семейных микроочагах и организованных коллективах: первые 3 месяца – 1 раз в 2 недели, затем через 6, 9, 12 и 24 месяца.

Переболевшие могут посещать организованные коллективы после 3 отрицательных исследований на грибы при условии долечивания амбулаторно (третий цикл гризеофульвинотерапии) и 2-кратного контрольного обследования (до получения 5 отрицательных результатов), а также представления лечащему врачу справки о проведении в домашнем очаге заключительной дезинфекции. Допуск в коллектив оформляется через врачебно-консультативную комиссию лечпрофучреждения.

6. Санитарно-просветительную работу среди населения и организованных коллективов.

Территориальные центры гигиены и эпидемиологии осуществляют:

1. Организационно-методическое руководство и контроль за выполнением учреждениями здравоохранения и ведомствами комплекса мероприятий, регламентированных директивными документами по борьбе и профилактике микроспории, трихофитии и фавуса; координацию деятельности всех заинтересованных служб и ведомств по профилактике грибковых заболеваний.

2. Анализ (в динамике) заболеваемости дерматомикозами и эффективности проводимых лечебно-профилактических, противоэпидемических и противоэпизоотических мероприятий, по результатам которого вносятся предложения по улучшению эпидобстановки и направляются заинтересованным службам и ведомствам ежегодные информационные бюллетени.

3. Учет по ф-60/у оперативной информации из КВД и учреждений ветеринарии о выявленных случаях дерматомикозов среди населения, домашних и сельскохозяйственных животных.

4. Эпидобследование очагов заразных кожных грибковых заболеваний в организованных коллективах при выявлении 2 и более случаев в пределах инкубационного периода с целью выявления источника заражения, путей и факторов передачи и контроля за организацией противоэпидемических мероприятий и санитарно-гигиенического состояния объекта.

5. Заключительную дезинфекцию в очагах в течение первых суток с момента подачи заявки.

6. Методическую помощь лечпрофучреждениям дерматологического профиля в организации соблюдения санэпидрежима и ежеквартальный контроль за качеством его выполнения в соответствии с Инструкцией по соблюдению противоэпидемического режима в кожно-венерологических учреждениях, утвержденной приказом Минздрава Республики Беларусь от 20 июля 1993 г. № 138 «О совершенствовании работы кожно-венерологической службы Республики Беларусь» (приложение 16).

7. Текущий и по эпидпоказаниям санитарный надзор за эпидзначимыми объектами (бани, душевые, прачечные, парикмахерские, косметические кабинеты, бассейны).

8. Контроль за:

8.1. отстранением от посещения организованных коллективов лиц, бывших в контакте с больным из квартирного очага, до представления справки о прохождении осмотра у дерматовенеролога;

8.2. проведением профилактических медицинских осмотров подлежащих контингентов, а также осмотров контактных в организованных коллективах;

8.3. ведением в лечпрофучреждениях учетно-отчетной документации по заразным кожным заболеваниям; своевременностью и полнотой подачи кожных диспансерами оперативной информации и извещений по форме 89/у в территориальные лечебно-профилактические учреждения, центры гигиены и эпидемиологии, учреждения ветеринарии.

9. Направление в жилищно-эксплуатационные организации предписаний об отлове бродячих кошек и собак (при выявлении бытовых случаев зоонозной микроспории) и контроль за исполнением.

10. Организацию и проведение совместно с дерматовенерологической, ветеринарной службой и службой коммунального хозяйства семинаров, совещаний, конференций и т.д.

по вопросам клиники, диагностики, лечения и профилактики заразных кожных грибковых заболеваний.

11. Санитарно-просветительную работу среди населения.

В комплексе мероприятий по профилактике зоонозных дерматомикозов специалисты ветеринарной службы (животноводческих хозяйств, звероферм, ветеринарных лечебниц, станций и лабораторий) обеспечивают:

1. Осмотры на микроспорию домашних кошек и собак при каждом обращении хозяев в ветеринарные лечебницы и по направлениям дерматовенерологов (из зарегистрированных очагов микроспории)*.

2. Изоляцию и уничтожение больных животных**.

* Результаты ветеринарного осмотра или информация об утилизации больных животных отмечается в направлении, которое владелец возвращает в микологический кабинет, и подклеивается в историю болезни.

** При выявлении микроспории среди собак и кошек особо ценных пород по усмотрению ветеринарных специалистов и согласованию с дерматовенерологами территориальных кожно-венерологических диспансеров разрешается больных животных лечить от микроспории. В этих случаях очаг берется на диспансерный учет в ветлечебнице и в КВД с соответствующим контролем излеченности животного и периодическим обследованием всех лиц, проживающих в очаге.

3. Подачу оперативной (не позднее 12 часов) информации в территориальные кожно-венерологические диспансеры о выявлении случаев микроспории среди домашних животных для организации медслужбой профилактических и дезинфекционных мероприятий в квартирных очагах.

4. Контроль за соблюдением зооветеринарных правил содержания домашних, пушных и сельхозживотных; работой скотомогильников, вольеров для отловленных бродячих животных.

5. Тщательные (учитывая возможное миконосительство) профилактические и по показаниям (эпизоотическим, эпидемическим) осмотры лошадей и крупного рогатого скота на грибковые заболевания; своевременное лечение пораженных животных, полноценную дезинфекцию и дератизацию в очагах; профилактику заражения зоонозной трихофитией обслуживающего персонала и сельхозработных.

6. Текущий анализ эпизоотической обстановки по дерматомикозам на территории обслуживания ветучреждения, ведение соответствующей учетно-отчетной документации по микроспории кошек, собак и пушных зверей, трихофитии крупного рогатого скота и лошадей.

7. Проведение семинаров, совещаний, конференций по проблемам заразных кожных заболеваний.

8. Ветеринарно-санитарное просвещение населения.

Организации-разработчики: лаборатория по проблемам дерматологии и венерологии МГМИ, кафедра дерматовенерологии МГМИ, кафедра дерматовенерологии БелГИУВ, Республиканский ЦГЭ, Главное управление ветеринарии МСХиП, Минский ГЦГЭ.

Составители: д.м.н. Н.З.Яговдик, д.м.н. Л.Г.Барабанов, к.м.н. В.Г.Панкратов, к.м.н. А.Л.Навроцкий, к.м.н. В.М.Дюба, к.м.н. М.В.Качук, Ю.П.Цуриков, А.Л.Веденьков, В.Н.Капустин, Л.Ф.Дмитриева, В.Д.Безкровный.

**Начальник Главного
управления медицинской
помощи Минздрава
П.Н.Михалевич**

**Начальник Главного
управления гигиены,
эпидемиологии и профилактики
Минздрава
Ф.А.Германович**

**Начальник Главного
управления ветеринарии
Минсельхозпрода
С.Н.Шпилевский**

Приложение 3
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь,
Министерства сельского
хозяйства и продовольствия

ПОЛОЖЕНИЕ О СКАБИОЗОРИИ

1. Общие положения

1.1. Скабиозорий является подразделением кожно-венерологического диспансера и выполняет функции одного из его отделений.

1.2. Решение об открытии или закрытии скабиозория принимает главный врач диспансера по согласованию с вышестоящим органом здравоохранения и территориальным центром гигиены и эпидемиологии.

1.3. Деятельность скабиозория регламентируется настоящим положением, основами законодательства Республики Беларусь по здравоохранению и труду, приказами и указаниями вышестоящего органа здравоохранения.

1.4. Мощность скабиозория определяется районом обслуживания, составом и численностью прикрепленных контингентов и устанавливается администрацией кожно-венерологического диспансера по согласованию с вышестоящими органами здравоохранения.

1.5. Скабиозорий проводит работу в соответствии с настоящим положением, приказами вышестоящих органов здравоохранения, инструкциями и методическими рекомендациями, утвержденными Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

1.6. Деятельность скабиозория осуществляется на основании планов и графиков типового распорядка, утвержденных главным врачом кожно-венерологического диспансера.

1.7. Санитарно-противоэпидемический режим в скабиозории поддерживается в соответствии с Инструкцией по соблюдению противоэпидемического режима в кожно-венерологических учреждениях, утвержденной приказом Минздрава Республики Беларусь от 20 июля 1993 г. № 138 «О совершенствовании работы кожно-венерологической службы Республики Беларусь» (приложение 16).

1.8. Материально-техническую базу скабиозория обеспечивает кожно-венерологический диспансер.

2. Цели и задачи

Снижение заболеваемости населения чесоткой за счет повышения качества лечебно-профилактической работы среди контактных из очагов и пораженных из отдельных категорий граждан (малообеспеченных и неблагополучных семей, содержащихся в следственных изоляторах и тюрьмах, бомжи и т.п.).

3. Содержание работы

3.1. Профилактическое лечение контактных из микро- и макроочагов чесотки; полный курс лечения пораженных из отдельных категорий граждан.

3.2. Камерное обеззараживание вещей в противоэпидемических целях.

3.3. Регистрация лиц, получивших лечение и прошедших санитарную обработку.

3.4. Составление отчетов о проделанной работе.

3.5. Составление заявок на дезинфицирующие, противочесоточные и противопедикулезные препараты, моющие средства, мягкий инвентарь и т.д.

4. Устройство скабиозория и принципы работы

Типовой скабиозорий представляет собой баню пропускного типа с одной или несколькими дезинфекционными камерами и включает следующие помещения и оборудование:

1. Вход и тамбур для ожидающих санобработки.
2. Смотровая с регистратурой.
3. Раздевальня с туалетом.
4. Помещение для обработки кожных покровов противочесоточными средствами с душевыми установками.
5. Одевальня с туалетом.
6. Загрузочное дезинфекционное отделение.
7. Дезинфекционные камеры.
8. Разгрузочное (чистое) дезинфекционное отделение.
9. Тамбур и отдельный выход для подвергшихся санобработке
10. Вход и выход для персонала скабиозория.
11. Служебное и бытовое помещения для персонала.

Камерный зал оборудуется так, чтобы окно загрузочного отделения сообщалось с раздевальней, а окно разгрузочной – с одевальней.

Размер одевальни и раздевальни рассчитывается по количеству лиц, одновременно получающих лечение, и зависит от числа имеющихся душевых установок, пропускных возможностей дезинфекционных камер.

На одного человека предусматривается площадь: в тамбуре «грязного» отделения – 0,75 м², в раздевальне и одевальне – 1,3 м², в моечном отделении – 3,5 м². Душевая кабина должна иметь площадь 1,1 x 1,1 м.

Полы, стены, потолки в скабиозории должны быть водонепроницаемы. Полы и стены покрываются глазурованными плитками или окрашиваются стойкими красками, позволяющими проводить систематическую дезинфекцию.

Мебель санитарных пропускников должна быть гладкой, окрашенной, стойкой к дезинфицирующим средствам.

В скабиозории пациент, попадая в «грязное» отделение, раздевается, передает свои вещи в камерный зал, проходит медицинский осмотр, получает противочесоточный препарат, мыло и переходит в помещение для обработки кожных покровов, совмещенное с душевой, принимает душ, обрабатывает кожные покровы противочесоточным препаратом и переходит в «чистое» отделение, где получает свои вещи, и через тамбур выходит из помещения скабиозория.

5. Штаты

В одну смену в скабиозории должны работать:

- | | |
|--------------------------|-----|
| 1. Врач-дерматовенеролог | – 1 |
| 2. Медицинские сестры | – 2 |
| 3. Дезинфекторы | – 2 |
| 4. Санитарки | – 2 |

**Начальник Главного управления
медицинской помощи Минздрава**

П.Н.Михалевиц

Приложение 4
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь,
Министерства сельского
хозяйства и продовольствия
Республики Беларусь
и Министерства жилищно-
коммунального хозяйства
Республики Беларусь
06.12.1995 № 167/200/125

ПЕРЕЧЕНЬ

отменяемых приказов и инструктивно-методических документов Министерств

здравоохранения СССР и БССР по борьбе и профилактике заразных кожных заболеваний

1. Приказ МЗ СССР от 11 февраля 1967 г. № 114 «Об усилении борьбы с чесоткой».
2. Приказ МЗ БССР от 17 ноября 1983 г. № 192-ДСП «О мерах по улучшению профилактики заразных кожных заболеваний и работы комиссий по осмотру спецконтингентов в Могилевской области».
3. Методические указания по диагностике, лечению, профилактике и дезинфекции при чесотке. МЗ СССР от 29 августа 1968 г. № 06-14/15.
4. Инструкция по проведению противоэпидемических и дезинфекционных мероприятий при микроспории, трихофитии и фавусе. МЗ СССР от 8 августа 1972 г. № 10-83/14-45.
5. Методические указания «Эпидемиология, диагностика, лечение и организация борьбы с микроспорией в Белорусской ССР». МЗ БССР, НИКВИ, 1974 г.
6. Служебное письмо МЗ СССР и МСХ СССР (от 28 января 1975 г. № 06-8/57 и от 25 ноября 1974 г. № 116-8) «Об усилении мер борьбы с дерматомикозами, общими для человека и животных».
7. Служебное письмо МЗ БССР от 29 марта 1982 г. № 4-29/45-ДСП «Об усилении работы по борьбе с заразными кожными и венерическими болезнями».
8. Инструкция по диагностике, лечению и профилактике чесотки, утвержденная приказом Минздрава Республики Беларусь от 20 июля 1993 г. № 138 (приложение 8).

**Начальник Главного управления
медицинской помощи Минздрава
П.Н.Михалевич**

**Начальник Главного управления
гигиены, эпидемиологии
и профилактики Минздрава
Ф.А.Германович**