

ПРИКАЗ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
29 августа 2005 г. № 477

ОБ УСИЛЕНИИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО СЫПНОГО ТИФА И БОРЬБЕ С ПЕДИКУЛЕЗОМ

В настоящее время проблема педикулеза в Республике Беларусь продолжает оставаться актуальной, несмотря на выраженную тенденцию к снижению. Принятые в республике меры по борьбе с сыпнотифозной инфекцией позволили добиться определенных успехов. Однако, до настоящего времени не создано стойкое, гарантированное благополучие эпидобстановки на многих административных территориях. В 2004 году педикулез был выявлен у 12473 человек. Показатель пораженности педикулезом в республике составил 127,24 на 100 тыс. населения.

По-прежнему остается актуальной проблема банного обслуживания населения, особенно сельского.

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

ПРИКАЗЫВАЮ:

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

«Организация и проведение противоэпидемических мероприятий в очаге эпидемического сыпного тифа и болезни Брилла (Брилла-Цинссера)» (приложение 1):

«Организация и проведение мероприятий по борьбе с педикулезом» (приложение 2);

«Клиника, диагностика и лечение эпидемического сыпного тифа и болезни Брилла (Брилла-Цинссера)» (приложение 3);

2. Возложить ответственность за:

выявление (включая лабораторную диагностику), госпитализацию, лечение больных сыпным тифом (болезнью Брилла) на главных врачей лечебно-профилактических организаций (далее - ЛПО);

проведение лабораторных диагностических исследований на сыпной тиф на заведующих бактериологическими лабораториями ЛПО, территориальных центров гигиены и эпидемиологии (далее – ЦГЭ), главных врачей данных учреждений;

выявление педикулеза, учет и регистрацию каждого случая, информацию о них - на ЦГЭ, центры дезинфекции и стерилизации, дезинфекционные отделы (отделения) территориальных ЦГЭ; санацию пораженных - на главных врачей амбулаторно-поликлинических учреждений, лечебных стационаров, заведующих здравпунктами, ФАПами;

обеспечение ЛПО, ЦГЭ, аптечных организаций (для реализации населению) педикулицидными средствами - на генеральных директоров торгово-производственных республиканских унитарных предприятий «БелФармация», «Минская Фармация», «Фармация»;

оборудование ЛПО стационарными дезинфекционными камерами в соответствии с нормами, своевременную установку новых, ремонт и замена вышедших из строя - на главных врачей лечебно-профилактических организаций;

проведение эпидобследования очагов педикулеза в дошкольных детских учреждениях, школах, профессионально-технических учреждениях - на главных врачей территориальных ЦГЭ;

качество и эффективность санитарно-просветительной работы на заведующих отделов общественного здоровья ЦГЭ;

3. Обеспечить контроль за:

соблюдением санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима, направленного на предупреждение заноса и распространения педикулеза в:

ЛПО - на специалистов эпидемиологической и дезинфекционной служб;

дошкольных детских учреждений, школах, ПТУ - на специалистов по гигиене

детей и подростков ЦГЭ;

общежитиях, домах для инвалидов и престарелых, объектах коммунально-бытового обслуживания (бани, парикмахерские и так далее) - на специалистов по коммунальной гигиене ЦГЭ;

санацией очагов педикулеза - на центры дезинфекции и стерилизации, дезотделы (отделения) территориальных ЦГЭ.

своевременностью, достаточностью, обоснованностью заявок ЛПО и аптечных учреждений на педикулоциды, правильным их расходованием - на центры дезинфекции и стерилизации, дезотделы (отделения) территориальных ЦГЭ.

4. Начальникам управлений здравоохранения (охраны здоровья) областных исполнительных комитетов, председателю Комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета обеспечить:

проверку работы органов и учреждений здравоохранения по профилактике сыпного тифа и борьбе с педикулезом ежегодно на 4-5 административных территориях, обратив особое внимание на "благополучные" в отношении педикулеза города и районы. Практиковать обсуждение на совместных коллегиях с заинтересованными министерствами и ведомствами результатов проверок по указанным вопросам;

постоянное взаимодействие ЛПО и органов государственного санитарного надзора по осуществлению противоэпидемических мероприятий и профилактике сыпного тифа и болезни Брилла;

проведение семинаров для врачей по вопросам эпидемиологии, клиники, лечения и лабораторной диагностики заболеваний эпидемическим сыпным тифом и болезнью Брилла, обратив особое внимание на вопросы дифференциальной диагностики, а также других инфекций, передающихся вшами;

ЛПО и центры профилактической дезинфекции и стерилизации дезинфекционными камерами, медицинскими иммунобиологическими препаратами для диагностики эпидемического сыпного тифа и педикулицидными средствами;

усиление контроля за проведением в ЛПО (прежде всего психоневрологического профиля) мероприятий по борьбе с педикулезом и профилактике эпидемического сыпного тифа;

проведение с помощью средств массовой информации широкого ознакомления населения с мерами личной и общественной профилактики эпидемического сыпного тифа и методами борьбы с педикулезом.

5. Главным государственным санитарным врачам областей и г. Минска, городов и районов:

ужесточить требовательность к руководителям ЛПО, детских и подростковых учреждений, профтехучилищ, общежитий, домов инвалидов и престарелых, общеобразовательных школ, объектов коммунально-бытового обслуживания по обеспечению санитарно-гигиенических условий содержания, предупреждению заноса и распространения педикулеза, используя для этого права государственного санитарного надзора;

регулярно информировать исполкомы местных Советов народных депутатов о пораженности населения педикулезом, добиваясь включения в план социально-экономического развития административных территорий строительства бань, душевых, прачечных, а также санпропускников в городах с населением более 50000 человек;

выносить на обсуждение исполкомов Советов народных депутатов случаи выявления массового педикулеза в организованных коллективах;

не допускать приемку в эксплуатацию вновь построенных, реконструированных и капитально отремонтированных ЛПО без оборудования стационарными дезинфекционными камерами в соответствии с нормативами;

обеспечить обязательное эпидрасследование с принятием исчерпывающих мер по предупреждению распространения эпидемического сыпного тифа и болезни Брилла, оформляемое актом:

каждого случая платяного педикулеза;

каждого случая головного педикулеза в детских организованных коллективах;

групповых (3 и более) случаев головного педикулеза среди госпитализированных больных, учащихся ПТУ и других;

стойких очагов педикулеза среди неблагополучных контингентов.
установить жесткий контроль за проведением:
осмотров на педикулез в соответствии с требованием приказа;
периодического наблюдения за очагом педикулеза в течение 1 месяца с осмотром лиц 1 раз в 7 дней;
эффективностью санации пораженных педикулезом (во всех детских и подростковых учреждениях, выборочно в квартирных очагах);
лабораторного обследования на сыпной тиф длительно (более 5 дней) лихорадящих больных по клиническим и эпидемиологическим данным.

6. Считать утратившим силу на территории Республики Беларусь приказ Минздрава БССР от 31 августа 1987 г № 180 «О дальнейшем усилении и совершенствовании мероприятий по профилактике сыпного тифа и борьбе с педикулезом»

7. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения Республики Беларусь Римжу М.И.

Министр

Л.А.Постоялко

Приложение 1
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
29.08.2005 г. № 477

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ОЧАГЕ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО СЫПНОГО ТИФА И БОЛЕЗНИ БРИЛЛА (БРИЛЛА-ЦИНССЕРА)

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

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

при обращении населения в ЛПО независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности;

при оказании медицинской помощи на дому;

во время пребывания длительно лихорадящих больных (более 5 дней) с любым диагнозом на стационарном лечении;

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

1.2. В целях раннего выявления сыпного тифа медицинские работники участковой сети обязаны обеспечить активное наблюдение за лихорадящими больными независимо от первичного диагноза, обращая внимание на ранние клинические проявления сыпнотифозной инфекции и, при необходимости, проводить консультации с врачом-инфекционистом.

1.3. При продолжительности лихорадки 5 дней и более медицинский работник на основании клинических и эпидемиологических данных обязан организовать 2-х кратное лабораторное обследование больного на сыпной тиф с интервалом 10-14 дней. До получения результатов исследования больной находится под наблюдением врача.

1.4. Микробиологическая лаборатория, проводящая диагностические исследования на сыпной тиф, при получении положительных результатов обязана немедленно (по телефону, факсу, нарочным и так далее) проинформировать ЛПО, направившее материал на исследование и одновременно территориальный ЦГЭ с последующим направлением письменного сообщения.

1.5. В направлении на госпитализацию длительно лихорадящих больных или

больных с диагнозом «подозрение на сыпной тиф», «сыпной тиф» должны быть указаны первоначальные симптомы заболевания, проведенное лечение, данные лабораторных исследований, эпиданамнеза.

1.1. О каждом выявленном случае заболевания сыпным тифом или подозрения на это заболевание медицинский работник ЛПО должен информировать территориальный ЦГЭ по телефону с последующим направлением «Экстренного извещения об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку» (форма № 058-у) и зарегистрировать его в «Журнале учета инфекционных заболеваний» форма № 060-у).

1.7. Месячные и годовые отчеты о заболеваниях сыпным тифом составляются в соответствии с установленным порядком по форме государственной статистической отчетности (форма № 1 «Об инфекционных и паразитарных заболеваниях (месячная, годовая).

2. Противоэпидемические мероприятия в очаге сыпного тифа.

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

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

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

- эпидемиологическое обследование, с определением границ очага и необходимого объема противоэпидемических мероприятий, выявление контактных и источника инфекции для данного больного;

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

- медицинское наблюдение за контактными и при необходимости их лабораторное обследование;

- санитарно-просветительная работа в очаге;

- эпидемиологическое наблюдение за очагом.

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

3. Госпитализация больного в инфекционный стационар (отделение).

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

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

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

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

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

(дезинсекции).

4. Эпидемиологическое обследование.

4.1. Эпидемиологическое обследование очага сыпного тифа должно быть проведено специалистами территориального ЦГЭ в течение 24 часов после получения экстренного извещения о случае заболевания или подозрения на заболевание сыпным тифом (форма № 058-у) или информации о положительных результатах лабораторных исследований на сыпной тиф.

4.2. Эпидемиологическое обследование проводит врач-эпидемиолог территориального ЦГЭ. Информация о начале проведения эпидемиологического обследования очага сыпного тифа должна быть направлена в областные центры гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья (далее – ОЦГЭ и ОЗ) или Минский городской ЦГЭ, специалисты которых контролируют, а при необходимости принимают непосредственное участие в проведении эпидобследования.

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

5. Определение границ очага и выявление контактных.

Для определения границ очага и выявления круга контактных важное значение имеет правильно собранный эпиданамнез, путем опроса больного, его родственников, сотрудников и других лиц из окружения больного по месту проживания, работы, учебы.

5.1. С целью определения источника инфекции среди лиц, контактировавших с больным до начала заболевания в течение максимального срока инкубации (21 день), не считая последнего дня инкубации, анализируется медицинская документация (амбулаторные карты, амбулаторные журналы, истории болезни, журналы регистрации больничных листов).

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

5.2. Устанавливаются факты посещения больным объектов, в которых могло произойти заражение, в частности, бань, парикмахерских, ночлежных домов, приобретения поношенной одежды, поездок на поездах дальнего следования и так далее.

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

При обследовании выявляются нарушения, способствующие передаче инфекции.

6. Выявление педикулеза в очаге сыпного тифа.

6.1. Выявление лиц, пораженных педикулезом, проводится медицинскими работниками при посещении больного, во время наблюдения за контактными в очаге, а также специалистами территориальных ЦГЭ при проведении эпидемиологического обследования очага, работниками дезотделов (отделений) ЦГЭ, центров дезинфекции и стерилизации при проведении ими дезинфекции, дезинсекции в очаге. Особое внимание уделяется выявлению платяного педикулеза.

6.2. Объем необходимых дезинфекционных и дезинсекционных мероприятий в очаге определяется врачом-эпидемиологом.

6.3. При наличии педикулеза проводится обязательная обработка очага с применением камерного метода дезинфекции вещей, постельных принадлежностей и других предметов.

7. Медицинское наблюдение за контактными и их лабораторное обследование.

Медицинское наблюдение за контактными проводится с целью выявления последующих заболеваний сыпным тифом в очаге, с последнего дня инкубации и весь период болезни до госпитализации больного по месту жительства (квартира, дом, общежитие, номер гостиницы, больничная палата и так далее), до проведения там заключительной дезинфекции (дезинсекции).

7.1. Медицинское наблюдение за контактными при отсутствии педикулеза в очаге осуществляется в течение 25 дней (с учетом максимального срока инкубационного периода) с обязательной ежедневной термометрией (утром и вечером).

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

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

7.4. Лабораторному обследованию на сыпной тиф в очаге сыпного тифа с учетом клинических и эпидемиологических данных подлежат:

лица из числа вероятных источников инфекции (лица, перенесшие в течение последних 3-х месяцев какое-либо заболевание, сопровождавшееся лихорадкой);

лица, профессионально связанные с риском заражения сыпным тифом;

все контактные с выявленным педикулезом независимо от вида вшей;

все контактные без определенного места жительства (бомжи).

Показания к лабораторному обследованию могут быть расширены по усмотрению врача-эпидемиолога.

7.5. Исследования крови от контактных проводятся одним из методов серологической диагностики, используемых микробиологической лабораторией территориального ЛПО или ЦГЭ, двукратно с интервалом в 10-14 дней независимо от результатов первого исследования.

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

8. Санитарно-просветительная работа в очаге сыпного тифа.

Санитарно-просветительная работа в очаге проводится работниками ЛПО, осуществляющих медицинское наблюдение за контактными, специалистами территориальных ЦГЭ при проведении эпидемиологического обследования и последующего наблюдения за очагом.

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

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

9. Эпидемиологическое наблюдение за очагом сыпного тифа.

Эпидемиологическое наблюдение за очагом сыпного тифа включает контроль со стороны территориальных ЦГЭ за своевременным и полным проведением необходимого объема противоэпидемических мероприятий всеми задействованными медицинскими организациями.

10. Завершение противоэпидемических мероприятий в очаге сыпного тифа.

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

10.2. Все данные о результатах эпидемиологического обследования в очаге заболевания сыпным тифом и проводимых противоэпидемических мероприятиях с включением информации о путях, факторах и источнике инфекции вносятся в карту эпидемиологического обследования очага (ф.357/у). Копия карты по окончании эпидобследования и наблюдения за очагом направляется в ОЦГЭ и ОЗ, ЦГЭ г. Минска. Копия эпидкарты больного сыпным тифом направляется в Республиканский центр

Приложение 2
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
29.08.2005г. № 477

**ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО БОРЬБЕ
С ПЕДИКУЛЕЗОМ**

1. Эпидемиологическое и санитарно-гигиеническое значение вшей

Педикулез или вшивость (от слова *Pediculus* - вошь) - специфическое паразитирование на человеке вшей, питающихся его кровью.

Основные симптомы педикулеза: зуд, сопровождающийся расчесами и у некоторых лиц - аллергией; огрубение кожи от массовых укусов вшей и воздействия слюны насекомых на дерму; меланодермия - пигментация кожи за счет тканевых кровоизлияний и воспалительного процесса, вызываемого воздействием слюны насекомых; колтун - довольно редкое явление, образующееся при расчесах головы - волосы запутываются, склеиваются гнойно-серозными выделениями, которые корками засыхают на голове, а под ними находится мокнущая поверхность.

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

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

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

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

Человек заражается сыпным тифом при попадании выделений инфицированной вши в ранки в местах расчеса после укуса или при раздавливании насекомого. В испражнениях вшей, попадающих на одежду, риккетсии сохраняют жизнеспособность и патогенность до 3-х и более месяцев.

Возбудители сыпного тифа, переносимые вшами, трансвариально (от самки - потомству) не передаются.

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

2. Общие сведения о морфологии и биологии вшей.

Вши - отряд кровососущих насекомых, постоянные эктопаразиты человека и других млекопитающих. Основные признаки отряда: тело овальное или продолговатое, уплощенное в спинно-брюшном направлении; окраска серовато-коричневая, у особей, напившихся свежей кровью, окраска варьирует от красноватой до черной; голова небольшая, суживающаяся кпереди, несет пятичлениковые усики (антенны); ротовой аппарат колюще-сосущий; грудь слитная; брюшко состоит из 9 члеников, задний конец его у самок двулопастной, а у самцов закруглен и сквозь три последних членика просвечивает хитинизированный конический совокупительный аппарат; ноги сильные, пятичлениковые, на голени имеется выступ, лапки заканчиваются серповидными коготками, которые подгибаются к выступу голени, напоминают по форме клешню и служат для закрепления на волосах и одежде. Самцы обычно мельче самок. Вши яйцекладущи. Яйца (гниды) продолговато-овальной формы (1,0-1,5 миллиметра длины), сверху покрыты плоской крышечкой, желтовато-белого цвета, приклеиваются нижним

концом к волосу или ворсинкам ткани выделениями самки во время кладки, неполовозрелые стадии (нимфы) отличаются от взрослых меньшими размерами и отсутствием наружных половых органов. Вши на всех стадиях развития, кроме яйца, сосут кровь хозяина. Головная вошь держится в волосяном покрове близ кожи, платяная - преимущественно на одежде. Заражение людей вшами происходит при контакте с завшивленными людьми, например, при общении детей в организованных коллективах, в переполненном транспорте, при совместном пользовании одеждой, постелью, спальными принадлежностями, гребнями, щетками и так далее. Заражение взрослых людей лобковыми вшами происходит при интимном контакте, а у детей - от взрослых, ухаживающих за ними, а также через белье.

Головная и платяная вошь относятся к одному роду *Pediculus* и по внешнему виду очень сходны. Однако, они имеют морфологические отличия, которые можно установить, используя лупу с 2-х кратным увеличением под микроскоп.

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

Головная вошь живет и размножается в волосистой части головы, предпочтительно на висках, затылке и темени. Питается каждые 2-3 часа. Голод переносит плохо, при +30°C обычно через сутки гибнет. Развитие яиц происходит в течение 5-9 дней, личинок - 15-17 дней. Продолжительность жизни взрослых особей 27-30 дней. Самка откладывает ежедневно 3-7 яиц, за всю жизнь от 38 до 120 яиц. Очень чувствительны к изменению температуры и влажности, оптимум около + 28°C; при понижении температуры развитие замедляется, при +20°C самка перестает откладывать яйца и развитие личинок приостанавливается. Вне тела хозяина погибает через сутки.

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

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

Платяная вошь живет в складках белья и платья, особенно в швах, где и откладывает яйца, приклеивая их к ворсинкам ткани; яйца могут приклеиваться также к волосам на теле человека, кроме головы. Питается 2-3 раза в сутки; насыщается за 3-10 минут, одновременно выпивает крови заметно больше, чем головная. Ежедневно откладывает около 10 яиц, в течение жизни в среднем около 200, максимально - 300. Яйца развиваются в течение 7-14 дней, личинки 14-18 дней. Средняя продолжительность жизни взрослых особей 34 дня, максимально - 46 дней. Оптимальная температура развития вшей на 2-4 градуса выше, чем у головной +30-32°C; при температуре +25-30°C могут голодать 2-3 дня, а с понижением температуры до +10-20°C могут голодать около недели. Все стадии развития, включая яйцо, очень чувствительны к температуре выше +37°C.

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

Лобковая вошь или площица относится к роду *Phthyrus* виду *P. pubis* L.; это самая мелкая из вшей человека; длина тела 1,36-1,6 миллиметров; по форме тела напоминает щит, четыре последних членика брюшка по бокам несут пальцевидные отростки с пучком

щетинок; ноги, особенно 2-я и 3-я пары, утолщены; лапки с крупными изогнутыми коготками. Такое строение ног и тела позволяет площице, удерживаться на коротких волосках лобка, бровей, ресниц. При значительной численности насекомые могут распространяться на всей нижней части туловища, особенно на животе, где в результате их кровососания надолго остаются характерные синюшные следы. Лобковая вошь малоподвижна, обычно остается на месте, погрузив свой хоботок в кожу человека, и сосет кровь часто, с небольшими перерывами. Плодовитость невелика, самка в течение жизни откладывает не более 50 яиц, из яйца вылупляется нимфа, которая живет 15-17 дней, продолжительность жизни самки около месяца. Площица вне человека может жить только 10-12 часов.

3. Организация и проведение противопедикулезных мероприятий

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

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

При разработке программы (плана) предусматривают выполнение следующих мероприятий:

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

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

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

- обеспечение ЛПО, территориальных ЦГЭ, центров дезинфекции и стерилизации и населения педикулицидными средствами;

- обеспечение ЛПО, территориальных ЦГЭ, центров дезинфекции и стерилизации дезинфекционным оборудованием;

3.3. Организация противопедикулезных мероприятий в очагах педикулеза:

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

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

Каждый выявленный случай педикулеза заносят в медицинскую документацию.

В общепринятом порядке каждый случай выявленного педикулеза вносят в "Журнал учета инфекционных заболеваний" (ф. № 060/у). Журнал ведется во всех ЛПО, включая специализированные, независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности, детских домах, домах ребенка, детских дошкольных учреждениях, учреждениях общего и профессионального образования, учреждениях системы социального обеспечения (домах престарелых и домах инвалидов), детских

оздоровительных учреждениях и других. О каждом выявленном случае педикулеза медицинский или другой работник должен информировать территориальный ЦГЭ по телефону с последующим направлением экстренного извещения (ф. № 058/у) в установленном порядке.

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

Информацию о педикулезе и заявки на проведение противопедикулезной обработки медицинские работники ЛПО, территориальные ЦГЭ, центры дезинфекции и стерилизации где они регистрируются в установленном порядке.

Срок наблюдения очага педикулеза - 1 месяц с проведением осмотров на педикулез в очаге 1 раз в 7 дней. Считать очаг санированным следует при отрицательных результатах 3-х кратного обследования. Контроль за санацией очагов ведут дезотделы (дезотделения) территориальных ЦГЭ, центры дезинфекции и стерилизации.

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

4. Осмотру на педикулез подлежат:

учащиеся учреждений общего и профессионального образования - не реже 4-х раз в год после каждых каникул, ежемесячно - выборочно (не менее четырех-пяти классов), и за 10-15 дней до окончания учебного года. Осмотры проводит медицинский персонал учреждений с возможным привлечением преподавателей;

учащиеся школ-интернатов, дети, проживающие в детских домах, домах ребенка и так далее - еженедельно. Осмотр проводит медицинский персонал с привлечением воспитателей;

дети, выезжающие в детские оздоровительные учреждения, лагеря труда и отдыха, до выезда осматриваются медицинским персоналом поликлиники по месту жительства. Во время нахождения в местах отдыха осмотр детей проводит медицинский персонал лагеря перед каждой помывкой и перед возвращением в город (за 1-3 дня). Срок действия справки об отсутствии педикулеза для выезжающих в санатории, дома отдыха, оздоровительные трудовые лагеря и так далее - 5 дней;

дети, посещающие дошкольные учреждения, ежедневно осматриваются медработниками учреждения (врачом, медсестрой);

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

лица, находящиеся в учреждениях системы социального обеспечения осматриваются медперсоналом 2 раза в месяц;

больные, поступившие на стационарное лечение, осматриваются медицинской сестрой приемного отделения, а при длительном лечении медицинской сестрой лечебных отделений не реже 1 раза в 7 дней. Запрещается отказ от госпитализации по основному заболеванию из-за выявленного педикулеза;

лица, проживающие в общежитиях, осматриваются при заселении, в дальнейшем ежеквартально. Осмотр проводят медицинские работники с привлечением воспитателей, коменданта и других;

медицинские работники ЛПО проводят осмотр пациентов на педикулез при обращении за медицинской помощью. Особое внимание обращают на лиц, направляемых на стационарное лечение, в организованные коллективы (санатории, дома отдыха, детские учреждения), проживающих в общежитиях, одиноких престарелых, хронических больных, инвалидов, лиц без определенного места жительства и так далее.

4.1. К проведению одновременных массовых осмотров организованных коллективов и неорганизованного населения (по эпидпоказаниям) по решению территориального органа здравоохранения в помощь работникам ЛПО привлекают студентов медицинских институтов, учащихся медицинских училищ, активистов общества

Красного Креста и Красного Полумесяца и других общественных организаций.

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

Обследуя людей на педикулез, необходимо особое внимание обратить:

при осмотре головы - на височно-затылочные области;

при осмотре одежды и белья - на швы, складки, воротники, пояса. Списки людей, осммотренных на педикулез, не составляются.

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

4.4. При обнаружении головного педикулеза у одиноких престарелых и инвалидов, улиц, проживающих в санитарно-неблагополучных условиях, общежитиях, у членов многодетных семей медицинский персонал также подает заявку на обработку в дезотделы (дезотделения) территориальных ЦГЭ, центры дезинфекции и стерилизации.

4.5. При выявлении головного педикулеза у лиц, проживающих в благоустроенных квартирах обработка проводится силами населения. Медицинский работник дает рекомендации по взаимному осмотру членов семьи и применению противопедикулезных препаратов.

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

4.7. При выявлении головного педикулеза в детском учреждении с ежедневным режимом посещения ребенок выводится из коллектива. Медицинский работник дает родителям рекомендации по противопедикулезной обработке в домашних условиях, либо о проведении санитарной обработки в санпропускнике. Допуск ребенка в детское учреждение разрешается только после контрольного осмотра.

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

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

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

4.11. Выборочный контроль за организацией противопедикулезных мероприятий в организованных коллективах осуществляют медицинские работники дезотделов (отделений) территориальных ЦГЭ, центров дезинфекции и стерилизации.

4.12. Организация противопедикулезных мероприятий на обслуживаемой территории возлагается на дезотделы (отделения) территориальных ЦГЭ, центры дезинфекции и стерилизации. Контроль за их организацией возлагается на главных врачей.

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

5. Профилактические и истребительные мероприятия.

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

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

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

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

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

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

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

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

5.8. Обработка домашних очагов головного педикулеза возможна силами самих жильцов с обязательным инструктажем и последующим контролем со стороны дезотделов (дезотделений) территориальных ЦГЭ, центров дезинфекции и стерилизации.

5.9. Обработку людей и их вещей при платяном или смешанном педикулезе проводят только силами дезотделов (дезотделений) территориальных ЦГЭ, центров дезинфекции и стерилизации.

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

Для обработки волосистых частей тела используют инсектициды, рекомендованные Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

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

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

камерах", утвержденной 22.08.78 г.

5.12. Нательное и постельное белье, другие изделия, подлежащие стирке, замачивают в водных эмульсиях рекомендованных Министерством здравоохранения Республики Беларусь в зависимости от зараженности яйцами. Затем вещи хорошо прополаскивают, после чего стирают обычным способом с обязательным использованием мыла и соды.

5.13. Верхнюю одежду, постельные принадлежности (за исключением подушек) и прочие вещи орошают водными эмульсиями, рекомендованными Министерством здравоохранения Республики Беларусь. С особой тщательностью обрабатывают места обитания насекомых: воротники, пояса, швы, складки.

5.14. Для нанесения жидких препаратов на одежду, постельные принадлежности (матрасы, одеяла), для обработки помещений используют ручные распылители: квазар, гидропулт, автомаск и другие, а так же платяные щетки. Порошкообразные препараты на вещи наносят с помощью распылителя ПР, резинового баллона или марлевого мешочка.

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

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

6. Меры предосторожности при проведении противопедикулезных обработок.

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

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

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

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

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

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

6.7. Люди, постоянно работающие с педикулицидами, проходят периодические медицинские осмотры в установленном порядке.

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

7. Первая помощь при отравлении педикулицидами.

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

7.2. Первыми признаками отравления наиболее токсичными фосфорорганическими соединениями являются: неприятный привкус, слюнотечение, слезотечение, потливость,

сужение зрачков, тошнота, головная боль. В более тяжелых случаях может появиться рвота, спазмы кишечника, понос, одышка, могут развиваться фибриллярные подергивания отдельных групп мышц, вплоть до тонических и клонических судорог. У особо чувствительных людей может развиваться аллергический дерматит.

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

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

Касторовое масло противопоказано.

7.5. При появлении начальных признаков отравления фосфорорганическими препаратами показан прием внутрь 2-3 таблеток экстракта красавки, бесалола, бекарбона или беллалгина. Специфическим противоядием при отравлении педикулицидными препаратами являются атропин, прозерин и другие препараты спазмолитического характера действия.

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

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

При симптомах отравления необходимо обратиться за врачебной помощью.

8. Противопоказания к постоянной работе с инсектицидами.

К работе с инсектицидами (педикулицидами) не допускаются люди, имеющие:

органические заболевания центральной нервной системы;

психические заболевания (в том числе в стадии ремиссии);

эпилепсию;

эндокринно-вегетативные заболевания;

активную форму туберкулеза легких;

бронхиальную астму;

воспалительные заболевания органов дыхания (бронхиты, ларингиты, атрофические риниты и пр.);

заболевания печени, почек, желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь, хронический гастрит, колит);

заболевания кожи (экзема, дерматиты);

заболевания глаз (хронические конъюнктивиты, кератиты и др.);

выраженные заболевания органов дыхания и сердечно-сосудистой системы, которые мешают использованию респираторов.

Приложение 3

к приказу

Министерства здравоохранения

Республики Беларусь

29.08.2005г. № 477

**КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО СЫПНОГО ТИФА И
БОЛЕЗНИ БРИЛЛА (БРИЛЛА-ЦИНССЕРА)**

Сыпной тиф - острая трансмиссивная инфекционная болезнь, вызываемая риккетсиями Провачека, передаваемая вшами и характеризующаяся циклическим течением с лихорадкой, интоксикацией, тифозным состоянием, специфическими кожными высыпаниями, поражением центральной нервной системы и сосудистого аппарата. Различают и регистрируют две формы сыпного тифа - эпидемический (вшивый) сыпной тиф и рецидивный сыпной тиф (болезнь Брилла).

Естественная восприимчивость людей к сыпному тифу высокая. Все, не болевшие этой инфекцией в прошлом, независимо от возраста и пола, заболевают клинически выраженным сыпным тифом при наличии условий, обеспечивающих заражение.

Постинфекционный иммунитет стойкий и длительный, однако могут отмечаться рецидивы, связанные с возможностью многолетнего пребывания возбудителя в организме человека и внезапной активизацией инфекционного процесса, проявляющегося болезнью Брилла.

МЕХАНИЗМ ЗАРАЖЕНИЯ. В месте укуса в результате действия фермента, находящегося в слюне вши, возникает зуд. Заражение человека происходит при втирании экскрементов вшей с содержащимися в них риккетсиями в ранку укуса или в расчесы. При самом укусе вшами заражение не происходит, так как в слюнных железах вшей возбудитель сыпного тифа отсутствует. В казуистических случаях возможно заражение воздушно-пылевым путем, при вдыхании высохших фекалий вшей и при попадании их на конъюнктиву глаз.

ПАТОГЕНЕЗ. Попадая в организм человека, риккетсий Провачека проникают в эндотелиальные клетки кровеносных сосудов, в которых они размножаются и гибнут, выделяя токсин. Под действием токсина клетки эндотелия набухают, происходит их разрушение и десквамация. Из разрушенных клеток риккетсий вновь поступают в кровь, часть из них гибнет, высвобождая токсин, остальные вновь проникают в клетки эндотелия кровеносных сосудов. Подобный процесс продолжается без видимых клинических проявлений до тех пор, пока не наступит насыщение организма риккетсиями и их токсином, а вследствие этого - и соответствующие качественные функциональные и органические изменения в сосудах, органах и тканях. Этот процесс соответствует инкубационному периоду и первым 1-2 дням лихорадочного периода.

Высвобождающийся токсин риккетсий оказывает вазодилатационный эффект, особенно в системе мелких сосудов-капилляров, прекапилляров, артериол, венул, в которых нарушается микроциркуляция вплоть до образования паралитической гиперемии и замедления тока крови. В результате этого создаются условия, способствующие развитию гиалиновых тромбов в местах паразитирования риккетсий, где произошла деструкция эндотелия сосудов, с последующим образованием в органах и тканях специфической сыпнотифозной гранулемы, представляющей собой микроскопически выявляемые скопления вокруг участка повреждения сосудов полиморфно-ядерных клеточных элементов и макрофагов, именуемых в литературе узелками Попова-Давыдовского. Больше всего их образуется в головном мозге, коже, надпочечниках, миокарде. Все это приводит к резкому нарушению функционального состояния нервной системы («сыпнотифозный менингоэнцефалит»), нарушению кровообращения. Риккетсий могут обнаруживаться в органах и тканях с последних дней инкубационного периода и до 3-6 дня нормализации температуры. У некоторых лиц риккетсий могут сохраняться и после выздоровления, вызывая через много лет рецидив сыпного тифа (болезнь Брилла).

Обратное развитие морфологических изменений начинается с 18-20 дня от начала болезни и завершается в основном к концу 4-5 недели, а иногда и позже.

Инфекционный процесс при сыпном тифе сопровождается развитием стойкого и длительного иммунитета. Возникает он вскоре после заражения, в течение лихорадочного периода является «нестерильным», т.е. развивается в присутствии микроба. Многие исследователи у нас и за рубежом и в последующем рассматривают иммунитет как нестерильный, вследствие возможного длительного персистирования риккетсий Провачека в организме перенесших сыпной тиф.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ. Отмечается отечность мозговых оболочек, набухание вещества мозга и кровоизлияния в вещество его. Наблюдаются дряблость миокарда. В надпочечниках выявляется отек коркового слоя и капсулы, кровоизлияния в коре. Селезенка значительно увеличена, ее ткань гиперемирована. Частые пневмонии. В

большинстве тканей гистологически обнаруживаются узелки Попова-Давыдовского.

КЛИНИКА. Инкубационный период длится от 5 до 25 дней, чаще 10-14 дней.

В течение болезни можно выделить три периода:

1. начальный период - первые 4-5 дней болезни от начала повышения температуры до появления характерной сыпи;

2. период разгара болезни - длится от 4 до 8 дней от момента появления сыпи до окончания лихорадочного состояния;

3. период выздоровления - от начала падения температуры и длится до полного исчезновения всех клинических проявлений болезни.

НАЧАЛЬНЫЙ ПЕРИОД. Продромальные явления отсутствуют, иногда в конце инкубации отмечаются небольшая головная боль, ломота в теле, познабливание.

Заболевание обычно начинается остро с повышения температуры до высоких цифр, появления чувства жара, слабости, иногда легкого познабливания, потливости, головокружения, головной боли, ломоты во всем теле, жажды и потери аппетита. Все эти явления прогрессивно нарастают, особенно головная боль, которая с первых дней становится мучительной. Температура тела повышается ко 2-3-му дню болезни и устанавливается в пределах 38,5-40,5°C и даже выше (иногда она достигает максимальной величины к концу первых суток).

В дальнейшем лихорадка имеет постоянный характер, реже - ремитирующий (с небольшим понижением на 4-й, 8-й и 12-й день болезни). Отмечаются бессонница, боль в мышцах, суставах рук и ног, обостренность восприятия, раздражительность и беспокойство, переходящие в состояние эйфории и возбуждения, вследствие чего первые 1-2 дня больные могут оставаться на ногах. Иногда вместо эйфории наблюдается состояние заторможенности. Может быть повторная рвота.

Объективно выявляются выраженная гиперемия лица, конъюнктив (склерит, «кроличьи глаза», «красные глаза на красном лице»), кожи шеи и верхней части туловища, легкая анемия, одутловатость лица, умеренный цианоз губ. Кожа на ощупь горячая, повышенной влажности, положителен симптом щипка. Возможны герпетические высыпания на губах и коже носа. Язык суховат и обложен белым налетом. Эти явления прогрессируют в течение первых 2-3 дней.

С 3 дня заболевания можно наблюдать симптом Киари-Авцына, т.е. конъюнктивальную сыпь, располагающуюся на переходных складках конъюнктив в виде единичных петехий, а также энантему на мягком небе (симптом Розенберга), которая предшествует появлению экзантемы. Отмечаются умеренная тахикардия и приглушенность тонов сердца, гипотония, умеренная одышка. Наблюдается тремор языка (симптом Говорова-Годелье). Иногда у больных отмечается слабо выраженный общий дрожательный синдром. Перкуторно определяется увеличение печени и селезенки. С первых дней может наблюдаться инициальный бред который чаще проявляется в разгар болезни.

ПЕРИОД РАЗГАРА БОЛЕЗНИ. Разгар болезни наступает на 4-5 день заболевания с появления обильной розеолезно-петехиальной сыпи. Первые элементы сыпи появляются за ушами, боковых поверхностях шеи с последующим распространением на кожу боковых поверхностей туловища, груди, живота, сгибательных поверхностей рук и внутренних поверхностей бедер. Размеры элементов обычно не более 3 мм. Различают первичные петехии - на неизмененной коже и вторичные - в центре розеол. Иногда сыпь можно обнаружить на ладонной поверхности и почти никогда не бывает сыпи на лице. Розеола и петехии располагаются внутрикожно, поэтому они кажутся плоскими и расплывчатыми, с неровными краями, элементы сыпи не сливаются. Точечные петехии можно обнаружить с помощью феномена жгута даже с 3 дня болезни. Элементы сыпи в течение 3-5 дней имеют розовую, ярко-красную или несколько цианотичную окраску, после чего розеола бледнеет, а петехии становятся пигментированными. Через 7-9 дней от начала высыпания сыпь исчезает, оставляя на короткое время нечеткую пигментацию. Новых подсыпаний, как правило, не бывает, в тяжелых случаях может быть подсыпание геморрагической сыпи, что является плохим прогностическим признаком.

В редких случаях сыпь может быть только розеолезной или розеолезно-папулезной или полностью отсутствовать. Более выраженными становятся симптом щипка, пятна Киари-Авцына и энантема, а также нарушения со стороны сосудистого

аппарата и центральной нервной системы.

Значительно усиливаются головная боль и бессонница, нарастают слабость, тифозный статус. Возможен инфекционный делирий с галлюцинациями и бредом. Характерны возбужденность больного, беспокойство, потливость. Иногда больные ведут себя агрессивно, вскакивают с кровати, пытаются бежать. Инфекционные психозы и бред иногда приобретают систематизированный характер, часто отражающий профессиональную деятельность или бытовые отрицательные ситуации (бред ревности). Могут наблюдаться умеренные менингеальные симптомы при незначительном плеоцитозе и слабо выраженных ригидности мышц затылка, симптомах Кернига и Брудзинского. Наблюдается четкая симптоматика поражения некоторых черепно-мозговых нервов - легкая сглаженность одной из носогубных складок; типичны одутловатость лица и дрожание языка, иногда девиация (отклонение его в сторону), больной показывает язык толчками «симптом спотыкания языка о зубы», отмечается гиперестезия кожи.

Почти у всех больных в большей или меньшей степени выражен общий тремор, могут наблюдаться снижение слуха, полиневриты.

Нарастает нарушение кровообращения. Пульс частый, слабого наполнения и напряжения, иногда нитевидный, аритмичный. Артериальное давление падает, особенно резко уменьшается диастолическое давление. Границы сердца расширены, тоны сердца становятся глухими, выслушивается систолический шум на верхушке. На ЭКГ выявляются признаки диффузного миокардита: уменьшение общего вольтажа зубцов, удлинение интервала PQ, расширение и зазубренность комплекса QRS, уплощенный или отрицательный зубец Т, предсердные или желудочковые экстрасистолы, высокий систолический показатель. В это время может развиваться коллапс: больной в пространии, кожа покрыта холодным потом, губы синюшны, дыхание частое, поверхностное, пульс частый и нитевидный, диастолическое артериальное давление низкое или не определяется, тоны сердца не прослушиваются.

Со стороны органов дыхания почти всегда регистрируется одышка. На высоте болезни выявляются трахеобронхит и очаговая пневмония. Аппетит значительно снижен или совершенно отсутствует, сильно беспокоит жажда. Язык сухой, неотечен, обложен густым серо-грязным налетом, может принимать бурую окраску, нередко появляются глубокие трещины. Живот обычной формы, печень и селезенка увеличены, у большинства больных, отмечаются задержка стула, метеоризм. Диурез уменьшен, но увеличивается в основном одновременно с «температурными кризисами», у некоторых больных отмечается парадоксальная ишурия, когда мочеиспускание происходит каплями при переполненном мочевом пузыре, у тяжело больных возможно непроизвольное мочеиспускание. В моче обнаруживают белок, единичные зернистые и гиалиновые цилиндры, эритроциты и лейкоциты (в небольшом количестве).

В начальном периоде болезни, с 3-5 дня и в период разгара болезни характерны тромбоцитопения, умеренный лейкоцитоз или тенденция к нему, нейтрофильная реакция, часто с некоторым палочкоядерным сдвигом, эозинопения. Лимфопения, ускорение СОЭ. Период разгара болезни длится 8-12 дней в нелеченных случаях. В период реконвалесценции кровь нормализуется, проходя стадию постинфекционного лимфоцитоза.

ПЕРИОД ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ. Первыми признаками выздоровления являются снижение температуры ускоренным лизисом или кризисом, которая нормализуется в течение 2-3 суток, что сопровождается уменьшением интоксикации и соответственно тифозного статуса (просветление сознания) и признаков делирии. Симптомами - предвестниками снижения лихорадки являются побледнение или угасание розеолезных элементов сыпи.

К 3-5 дню нормальной температуры нормализуются частота пульса и дыхания, сокращаются до нормы размеры печени и селезенки, восстанавливается нормальное артериальное давление.

Однако, несмотря на улучшение общего состояния, у больных отмечается умеренная адинамия и слабость, сохраняется гиперестезия кожи. Эти явления держатся 7-8 дней.

В период выздоровления может наблюдаться психическая астения с

проявлениями нервозности, капризности, плаксивости, легкой возбудимости. Память и логика долго остаются сниженными, ассоциации поверхностны, речь часто медленная, слова подбираются с трудом.

На 12 день нормальной температуры, при отсутствии осложнений, больные могут быть выписаны. Полное выздоровление наступает примерно через месяц после нормализации температуры. Мышечная слабость сохраняется 2-3 месяца.

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ СЫПНОГО ТИФА. Болезнь может протекать в легкой (у 10-20% больных), наиболее типичной среднетяжелой (у 60-65% больных), тяжелой (у 10-15% больных) и очень тяжелой формах (молниеносный тиф).

При легкой форме температура обычно не превышает 38,5°C, явления интоксикации незначительны, тифозное состояние всегда отсутствует, сознание не изменено или больные несколько заторможены, головная боль и бессонница умеренны. Преобладает розеолезная сыпь с незначительным количеством петехий. Печень и селезенка увеличены примерно у трети больных. Лихорадка длится до 9 дней и лишь иногда 10-12 дней. Больные всегда выздоравливают. Легкое течение свойственно лицам молодого возраста и особенно детям.

Среднетяжелая форма наиболее типична с точки зрения выраженности симптомов и встречается у большинства больных. Явления интоксикации ярко выражены. Повышение температуры доходит до 39,5°C. Часто регистрируются тифозный статус, галлюцинации и бред. Печень и селезенка увеличены. Лихорадочный период длится в среднем 12-14 дней.

Тяжелая форма характеризуется более интенсивным развитием симптомов, особенно сосудистых и мозговых, вследствие значительной интоксикации. Пульс частый - до 140 ударов в 1 мин. (опережает температуру). Артериальное давление падает до 70-80 мм.рт.ст. Тоны сердца глухие, наблюдается акроцианоз. тахипное, возможны патологические ритмы дыхания. Кроме рано появляющихся резкого возбуждения, сыпнотифозного делирия, которые быстро сменяются тормозной реакцией, можно отметить менингеальный синдром вплоть до появления судорог, нарушения глотания, дизартрию и т.д. Температура тела достигает 40-41,5°C. Сыпь преимущественно петехиальная, с возможными истинными геморрагиями, что является угрожающим признаком. Возможно кровоизлияние в надпочечники с развитием инфекционно-токсического шока.

При очень тяжелой форме (молниеносный тиф) вследствие тяжелой интоксикации и изменений в надпочечниках больные погибают с явлениями инфекционно-токсического шока. Тяжелое и очень тяжелое течение чаще отмечается у пожилых людей.

Иногда встречаются атипичные формы болезни, когда те или иные симптомы отсутствуют или проявляются в нехарактерном для сыпного тифа виде. Подобные формы могут быть следствием раннего применения антибиотиков.

РЕЦИДИВНЫЙ СЫПНОЙ ТИФ или БОЛЕЗНЬ БРИЛЛА (БРИЛЛА-ЦИНССЕРА) - острая циклическая инфекционная болезнь, проявляющаяся через многие годы у лиц, переболевших эпидемическим сыпным тифом, характеризующаяся более легким течением и типичным клиническим симптомокомплексом.

Рецидивная природа этого заболевания доказана выделением риккетсий из лимфатической ткани умерших, в анамнезе которых был ранее перенесенный эпидемический сыпной тиф.

Патогенез и клиническая картина при болезни Брилла те же, что и при эпидемическом сыпном тифе, но относительно менее выражена риккетсиозная интоксикация.

Как и эпидемический сыпной тиф болезнь Брилла начинается остро с появления чувства жара, слабости, головной боли, бессонницы, иногда легким познабливанием, потерей аппетита. Эти явления нарастают в течение 2-3-х дней, когда больные остаются еще на ногах. Головная боль с первых дней становится почти всегда очень сильной и мучительной. Характерна стойкая бессонница.

Температура достигает максимума к 4-5-му дню болезни (39-40,5°C).

Средняя длительность лихорадочного периода 8-10 дней. С первых дней болезни обычно появляется гиперемия и одутловатость лица, гиперемия шеи и верхней трети туловища, умеренный цианоз губ, положительный симптом щипка, симптом Киари-

Авцына, энантема на слегка гиперемированной слизистой мягкого неба.

У большинства больных отмечается обильная типичная розеолезно-петехиальная сыпь, розеола могут быть более крупными, чем при сыпном тифе, наблюдаются и розеолезно-папулезные элементы; петехиальные элементы могут быть скудными и даже отсутствовать. Сыпь сохраняется в течение 3-7 дней.

Наблюдается одышка, но чаще дыхание соответствует температуре. Нередко отмечается тахикардия и гипотония. Тоны сердца приглушены, иногда значительно, может выслушиваться систолический шум. Выявляются явления миокардита. Аппетит снижен или отсутствует, язык обложен. Печень и селезенка умеренно увеличены. Часто наблюдаются олигурия, изредка - парадоксальная ишурия. Отмечается незначительная альбуминурия.

Серьезные психические нарушения наблюдаются редко, но могут быть эйфория и возбужденность больных или заторможенность, умеренный делирий, иногда деперсонализация, двигательное возбуждение в той или иной степени отмечаются часто. Возможен общий тремор (дрожание губ и конечностей, особенно пальцев рук, незначительная дизартрия), легкая сглаженность носогубных складок, девиация языка, симптом Говорова-Годелье, симптомы менингизма. Один или несколько из этих симптомов, чаще симптом Говорова-Годелье и гиперестезия кожи, появляются уже на 3-4 день болезни. Нередко отмечается неврит слухового нерва. Тяжелое течение встречается только у пожилых лиц.

Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы исчезают к 5-7 дню нормальной температуры.

Реконвалесценция протекает легче и короче, чем при эпидемическом сыпном тифе. Сердечно-сосудистая деятельность восстанавливается к 5-7 дню нормальной температуры и лишь у некоторых больных в более поздние сроки наблюдается постинфекционный миокардит. Восстановление функций центральной нервной системы наступает к 15-17 дню нормальной температуры. Размеры печени и селезенки нормализуются к 3-4 дню периода реконвалесценции (нормализации температуры).

При бесконтрольном, сверххранном начале антибиотикотерапии (1-2 дни болезни) возможны ранние рецидивы сыпного тифа.

В условиях завшивленности больные болезнью Брилла могут явиться источником заболеваний эпидемическим сыпным тифом.

ОСЛОЖНЕНИЯ возникают при позднем начале лечения и плохом уходе за больным. Возможно развитие коллапса, тромбозов, тромбоэмболии, разрывов мозговых сосудов, с явлениями парезов и даже параличей, кишечных кровотечений, миокардита, инфаркта, психозов периода реконвалесценции и более поздних, полирадикулоневритов, поражений ядер черепно-мозговых нервов, а также вторичных пневмоний, отитов и паротитов, абсцессов, фурункулеза, пиелита, пиелостита. Применение антибиотиков резко снижает возможность осложнений.

ДИАГНОСТИКА СЫПНОГО ТИФА. В начальном периоде болезни, вплоть до 6-7 дня, сыпной тиф может быть диагностирован только клинически.

Лабораторное подтверждение диагноза осуществляется с помощью высокочувствительных серологических реакций (РСК и РНГА с риккетсиями Провачека), которые становятся положительными не ранее 8-10 дня болезни. Реакция связывания комплемента (РСК) является одной из наиболее употребительных для распознавания как клинически выраженных случаев, так и стертых форм сыпнотифозной инфекции. Комплекментсвязывающие антитела обнаруживаются с 5-7 дня болезни у 50-60%, а с 10 дня - у 100% больных сыпным тифом. Максимальные титры антител (1:320 - 1:5120) регистрируются на 2-3 неделе болезни. Диагностическим титром при однократном определении следует считать 1:160. Более достоверным считается определение антител в динамике (через 5-7 дней после предыдущего исследования). Для ретроспективной диагностики сыпного тифа диагностическими титрами являются 1:10 - 1:20, так как комплекментсвязывающие антитела к риккетсиям Провачека сохраняются до 10 лет и более.

Реакция непрямой гемагглютинации (РНГА) дает возможность диагностировать свежие случаи сыпного тифа, она положительна у большинства больных уже с 3-5 дня болезни. Максимальные титры антител (1:6400 - 1:12800) регистрируются на 2-3-й неделе

болезни. Диагностический титр при однократном определении в РНГА - 1:1000. Более достоверным является определение антител в динамике.

Наиболее проста реакция агглютинации (РА), но применяется она редко, так как менее чувствительна, чем РСК и РНГА: диагностический титр реакции - 1:160. Она высокочувствительна при применении антигена, полученного из риккетсий, выращенных во вшах (реакция Вейгля).

Для обнаружения специфических антител против риккетсий могут быть использованы реакция непрямой иммунофлюоресценции (далее - РНИФ), иммуноферментный метод (далее - ИФА). Для выявления генома риккетсий Провачека может применяться полимеразная цепная реакция (далее - ПЦР).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ. В начальном периоде сыпной тиф необходимо дифференцировать с гриппом, очаговой пневмонией, менингитами, геморрагическими лихорадками, а в разгар болезни - с брюшным тифом и паратифами, клещевым сыпным тифом, лекарственной болезнью, трихинеллезом, различными эритемами, орнитозом и т.д.

Несмотря на наличие сходных жалоб и некоторых объективных данных (гиперемия лица, шеи и конъюнктив, тахикардия), грипп отличается более острым началом (больной называет не только день, но и час начала болезни), резкой слабостью, развивающейся в первый же день болезни, наличием обильной постоянной потливости, отсутствием одутловатости лица, а также симптома Говорова-Годелье. При гриппе не бывает сыпи и увеличения селезенки. Головная боль локализуется обычно в области лба, надбровных дуг и височных областях, характерна боль при надавливании на глазные яблоки и при движении ими. При сыпном тифе отсутствует катаральный синдром (ринит, трахеит, бронхит).

Дифференциация сыпного тифа с очаговыми пневмониями осуществляется с учетом характеристики дыхания, физикальных данных, расхождения крыльев носа при дыхании, кашля, умеренной потливости, возможного болевого синдрома в области груди, отсутствия сыпи, симптома Киари-Авцына, симптомов поражения центральной нервной системы и рентгенологических данных.

Менингиты дифференцируются от сыпного тифа по наличию выраженного менингеального синдрома (ригидность мышц затылка, положительные симптомы Кернига и Брудзинского). Решающим в диагностике является анализ спинномозговой жидкости.

При геморрагических лихорадках, особенно с почечным синдромом, более выражена гиперемия лица и конъюнктив, сыпь носит характер необильных точечных геморрагий, чаще выявляемых на боковых поверхностях туловища и в подмышечных областях. Характерны рвота, икота, боли в пояснице и животе, типичны жажда и олигурия. Наблюдаются эритроцитоз, нормальная или ускоренная СОЭ, повышение остаточного азота крови, гематурия, альбуминурия, цилиндрурия.

При брюшном тифе характерны бледность кожных покровов лица, общая адинамия и вялость. Язык уплощен, обложен, с отпечатками зубов по краям и на кончике. Часто отмечается брадикардия с дикротией пульса. Обычен метеоризм и урчание в правой подвздошной области, более позднее увеличение печени и селезенки. Сыпь скудная розеолезная появляется не ранее 8 дня болезни на груди, животе и боковых поверхностях туловища с последующими подсыпаниями. В крови лейкопения с эозинопенией, палочкоядерный сдвиг с относительным лимфоцитозом, тромбоцитопения.

Дифференциация сыпного тифа и клещевого сыпного тифа основывается на характерных симптомах: наличие у большинства больных первичного аффекта на месте укуса клеща, представляющего собой плотный инфильтрат коричневого или бурого цвета до 1,5 см в диаметре с возможным некрозом в центре, регионарного лимфаденита, развивающегося почти одновременно с первичным аффектом. Розеолезно-папулезная сыпь при этом заболевании яркая, распространена по всему телу, появляется рано - на 2-4 дни болезни.

Аллергическая форма лекарственной болезни, возникающей при лечении сульфаниламидами и антибиотиками различных заболеваний, сопровождающихся острыми лихорадками (грипп, пневмония и т.д.), нередко смешивается с сыпным тифом, особенно при появлении сыпи на 4-5 день болезни. Однако элементы сыпи при этом чаще эксудативного характера, иногда розеолезно-папулезные, выступают над

поверхностью кожи, весьма обильны на всех участках тела, но больше на разгибательной поверхности суставов, имеют тенденцию к слиянию. Отмечается лимфаденопатия, селезенка обычно не увеличивается.

В клинической картине трихинеллеза характерны отек лица и век, головная боль и боль во всех группах мышц при движении и пальпации, умеренный конъюнктивит, болезненность при движении глаз. Сыпь обильная, может быть розеолезно-папулезной, уртикальной и даже петехиальной. Возможны подсыпания. Типична гиперэозинофилия. В анамнезе - указание на употребление в пищу сырой свинины и групповая заболеваемость.

Различные эритемы - эксудативная и многоформная - отличаются от сыпного тифа тем, что сыпь при них покрывает все тело, в том числе и лицо. Эритематозно-эксудативные элементы обычно крупных размеров и часто сливаются между собой. Увеличиваются периферические лимфатические узлы и селезенка. Выражены потливость, озноб. Типичны боли в суставах. Для многоформной эритемы характерна симметричность расположения сыпи. После отцветания ее отмечается шелушение.

ЛЕЧЕНИЕ. Заболевшие сыпным тифом подлежат обязательной госпитализации. Лечение больных должно быть комплексным – этиотропным, патогенетическим и симптоматическим при условии правильного ухода.

Этиотропное лечение осуществляется с помощью препаратов тетрациклинового ряда (тетрациклин, окситетрациклин, доксициклин) и левомицетина. Тетрациклиновые препараты назначают по 0,3-0,4 грамма, а левомицетин - 0,5 грамма 4 раза в сутки для взрослых (детям лекарства назначают соответственно возрасту). Показано что однократный прием 100 миллиграмм доксициклина обеспечивал обрывание течения сыпного тифа.

Больным, у которых оральный прием препаратов затруднен, проводят парентеральное введение тех же препаратов в указанных дозах и схемах. При тяжелом и очень тяжелом течении болезни тетрациклины можно вводить внутримышечно или внутривенно по 250 миллиграмм 2 раза в сутки.

При лечении антибиотиками температура нормализуется через 1,5-2 суток и поэтому обычно с 3 дня нормальной температуры их отменяют, и лишь при появлении вторичных осложнений лечение может затягиваться на несколько дней. Длительность курса лечения обычно 4-5 дней.

Патогенетическая терапия включает внутривенное введение дезинтоксикационных растворов (5% раствор глюкозы или изотонический раствор хлорида натрия по 500-600 миллилитров). Применяют оксигенотерапию (кислород вводят с помощью носовых катетеров или маски). При нарушении кровообращения вводят сердечные и сосудистые средства (камфора, кордиамин, норадреналин, эфедрин, мезатон, а также коргликон и строфантин), которые назначают по показаниям. В случае выраженного возбуждения больных и делирия применяют бромиды, хлоралгидрат, аминазин, барбитураты, седуксен и другие транквилизаторы. Успокаивающее влияние оказывает обтирание теплой водой (37-38,5°C). При тяжелом и очень тяжелом течении болезни проводится интенсивная терапия с использованием антибиотиков, при инфекционно-токсическом шоке показаны гормоны (преднизолон, дексаметазон) короткими курсами.

При делирии назначают бромиды, барбитураты, аминазин, галоперидол или оксибутират натрия. Показаны анальгетики, сердечные гликозиды, сосудистые аналептики, антикоагулянты.

Важно туалет ротовой полости (профилактика гнойного паротита), уход, гигиена кожи (пролежни).

Постельный режим показан до 5-6 дня нормальной температуры, далее больным разрешается вставать. Выписка должна проводиться не ранее 12 дня нормальной температуры.