

Клинико-эпидемиологическая характеристика головного педикулеза у детей. Ретроспективное исследование

Г. А. Харченко, ORCID: 0000-0001-7764-0995, Xarchenkoga@mail.ru

О. Г. Кимирилова, ORCID: 0000-0003-4066-2431, Olgakim@mail.ru

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Астраханский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации; 414000, Россия, Астрахань, ул. Бакинская, 121

Резюме. В структуре паразитарных дерматозов педикулез является распространенным заболеванием, вызываемым различными видами вшей (головной, лобковой, платяной) в результате прямого контакта, через личные вещи, при пользовании чужим бельем и др., и представляет эпидемиологическую опасность в плане распространения сыпного и возвратного тифа. Исследование предпринималось с целью дать оценку эпидемиологической ситуации по головному педикулезу и установить частоту встречаемости основных симптомов заболевания у детей в Астраханской области. Источниками информации являлись официальные данные Роспотребнадзора Астраханской области по педикулезу с 2013 по 2020 г. и 162 истории болезней пациентов, лечившихся по поводу инфекционных заболеваний в ГБУЗ «Областная инфекционная клиническая больница им. А. М. Ничоги» г. Астрахань. Для установления динамики пораженности педикулезом использовались экстенсивные (%) и интенсивные показатели на 100 тыс. детей в возрасте до 17 лет. Установлено, что эпидемический процесс распространения педикулеза у детей в Астраханской области с 2013 по 2020 г. превышает средние показатели по России с тенденцией к снижению только в 2020 г. Наиболее значимой группой риска по распространению педикулеза были дети от 7 до 14 лет. Основными признаками, позволяющими установить наличие головного педикулеза, являлись: зуд кожи волосистой части головы, наличие гнид, обнаружение вшей. Другие признаки поражаемости педикулезом (мокнущие эрозии, серозно-геморрагические корочки, папулезная крапивница и др.) встречались с различной частотой в зависимости от возраста ребенка и имели второстепенное значение, так как могут встречаться при целом ряде других заболеваний (атопический дерматит, себорейная экзема, псориаз и др.). Обнаружение головного педикулеза у организованных детей дошкольного и школьного возраста при госпитализации в стационары может свидетельствовать о формальном подходе к осмотру на педикулез в дошкольных и образовательных учреждениях, посещаемых ребенком.

Ключевые слова: дети, головной педикулез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.

Для цитирования: Харченко Г. А., Кимирилова О. Г. Клинико-эпидемиологическая характеристика головного педикулеза у детей. Ретроспективное исследование // *Лечащий Врач.* 2022; 9 (25): 39-43. DOI: 10.51793/OS.2022.25.9.007

Clinical and epidemiological characteristics of head pediculosis in children. A retrospective study

Gennady A. Kharchenko, ORCID: 0000-0001-7764-0995, Xarchenkoga@mail.ru

Olga G. Kimirilova, ORCID: 0000-0003-4066-2431, Olgakim@mail.ru

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Astrakhan State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 121 Bakinskaya str., Astrakhan, 414000, Russia

Abstract. In the structure of parasitic dermatoses, pediculosis is a common disease caused by various types of lice (head, pubic, dress) as a result of direct contact, through personal belongings, when using someone else's underwear, etc. and represents an epidemiological danger in terms of the spread of typhus and recurrent typhus. The purpose of the study. To assess the epidemiological situation of head pediculosis and to establish the frequency of occurrence of the main symptoms of the disease in children in the Astrakhan region (AO). Material and methods of research: the sources of information were the official data of Rosпотребнадзор JSC on pediculosis, for the period from 2013 to 2020 and 162 case histories of patients treated for infectious diseases in the State Medical Institution of JSC «Regional Infectious Clinical Hospital named after A.M. Nichogi» Astrakhan. Extensive (%) and intensive indicators per 100 thousand children under the age of 17 were used to establish the dynamics of the incidence of pediculosis. The results of the study: It was found that the epidemic process of the spread of pediculosis in children in AO, in the period from 2013 to 2020, exceeds the average in Russia with a tendency to decrease only in 2020. The most significant risk group for the spread of pediculosis were children aged 7 to 14 years. The main signs that make it possible to establish the presence of head pediculosis were: itching of the scalp, the presence of nits, detection of lice. Other signs of infectability with pediculosis (wet erosions, serous hemorrhagic crusts, papular urticaria, etc.) occurred with varying frequency, depending on the age of the child, and were of secondary importance, since they can occur with a number of other diseases (atopic dermatitis, seborrheic eczema, psoriasis, etc.). The detection of head pediculosis in organized preschool and school-age children, during hospitalization in hospitals, may indicate a formal approach to examination for pediculosis in preschool and educational institutions attended by a child.

Keywords: children, head pediculosis, clinic, diagnosis, treatment, prevention.

For citation: Kharchenko G. A., Kimirilova O. G. Clinical and epidemiological characteristics of head pediculosis in children. A retrospective study// *Lechaschi Vrach.* 2022; 9 (25): 39-43. DOI: 10.51793/OS.2022.25.9.007

По данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, в 2019 г. в России зарегистрировано 193 954 случая педикулеза (показатель пораженности — 132,09 на 100 тыс. населения), в том числе среди детей до 14 лет — 53 528 случаев (показатель — 206,83), а в 2020 г. — 181 524 случая (показатель пораженности — 123,68 на 100 тыс. населения), в том числе среди детей до 14 лет — 29 042 случая (показатель — 111,96). На человеке паразитируют три вида вшей:

- головная вошь (*Pediculus humanus capitis De Geer*) вызывает головной педикулез;
- платяная вошь (*Pediculus humanus humanus L.*) — платяной педикулез;
- лобковая вошь (*Phthirus pubis L.*) — лобковый педикулез (фтириаз).

Головная вошь питается кровью человека и может являться возможным переносчиком возбудителей эпидемического сыпного и возвратного тифа. При укусе паразит выделяет в ранку слюну, которая вызывает сенсибилизацию, раздражение и зуд кожи. Вследствие укусов вшей, расчесов и возникающих эксфолиаций могут развиваться импетигиозная экзема или появляться пиодермические высыпания на коже волосистой части. Самым частым признаком головного педикулеза является зуд. При большом количестве вшей могут увеличиваться региональные лимфатические узлы и повышаться до субфебрильных цифр температура тела в результате вторичного инфицирования при расчесах. За счет экссудации волосы склеиваются в плотный слой (колтун), под которым обнаруживается большое количество вшей [1-3]. Зрелая самка откладывает за сутки 5-6 яиц (гнид), которые выглядят как белые продолговатые образования до 1 мм в длину. Гниды плотно прикрепляются к волосу кератином. Созревание яиц зависит от температуры человеческого тела, поэтому вошь прикрепляет гниды на волосы не выше 3-4 см от поверхности кожи. Гнида не способна развиваться при температуре более 22 °С, но во влажной среде на одежде и предметах может сохраняться до одного года. Через 8-10 дней из гнид выходят молодые вши (нимфы), созревая в течение 12-15 дней. Головной педикулез чаще встречается у девочек от 5 до 11 лет. Наибольшая пораженность отмечается в теплое время года [4, 5].

Целью данного исследования было дать оценку эпидемиологической ситуации по головному педикулезу и установить частоту встречаемости основных симптомов заболевания у детей в Астраханской области (АО).

Материал и методы исследования

Источниками информации являлись официальные данные Роспотребнадзора АО по педикулезу за период с 2013 по 2020 гг. и 162 истории болезней пациентов, лечившихся по поводу инфекционных заболеваний в ГБУЗ АО «Областная инфекционная клиническая больница им. А. М. Ничоги» г. Астрахань. Для установления динамики пораженности использовались экстенсивные (%) и интенсивные показатели на 100 тыс. детей до 17 лет. Возрастная пораженность педикулезом определялась в четырех группах детей: от 6 мес до 2 лет, 3-6, 7-14, 15 лет и старше.

Анализ данных производился с использованием пакета статистических программ Statistica v.6 (StatSoft Inc. США).

Количественные показатели представлены с указанием среднего арифметического значения ± значение стандартного отклонения. Сравнение количественных показателей выполнено с применением дисперсного анализа ANOVA, качественных показателей — с помощью критерия χ^2 (хи квадрат) Пирсона. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования

В период с 2013 по 2020 г. пораженность головным педикулезом детей в АО находилась в интервале от 415 до 918 случаев в год, а показатель колебался в пределах от 189,3 до 416,5 на 100 тыс. детей в возрасте до 17 лет (табл. 1).

Среднегодовое количество случаев педикулеза у детей за анализируемый период составляло $787,2 \pm 121,5$. Максимальная пораженность педикулезом регистрировалась в 2019 г., минимальная — в 2020 г. (табл. 1). Показатели заболеваемости — 416,5 и 189,3 на 100 тыс. детей соответственно. В возрастной структуре преобладали дети от 7 до 14 лет (76%). На долю детей дошкольного возраста приходилось 16,3%, первых двух лет жизни — 0,9%, старшего школьного возраста — 6,8%.

Установленная динамика пораженности педикулезом школьников 7-14 лет за период исследования являлась стабильной и соответствовала времени активной социализации этой возрастной группы — начало учебы в школе, пребывание в летних оздоровительных лагерях и т. п., что увеличивало возможность заражения (обмен расческами, наушниками, шапками, совместная работа на компьютере и т. д.).

Второй группой риска по распространению педикулеза были дети от 3 до 6 лет, посещающие дошкольные учреждения, риск заражения которых обуславливался практически теми же факторами, что и у школьников. Вероятность заражения детей до 2 лет оказалась в 18 раз ниже по сравнению с детьми от 3 до 6 лет. Поражаемость педикулезом проживающих в городе выше (76%), чем в селе. Средний показатель пораженности педикулезом дошкольников за анализируемый период составил $135,2 \pm 23,2$ случая в год, из которых $82,8 \pm 10,5$ ребенка посещали дошкольные учреждения (ДОУ), причем головной педикулез у них выявлялся в 48 (58,5%) случаях медработниками ДОУ; в 15 (18,3%) — при экстренной или плановой госпитализации в стационары; в 10 (12,2%) — при поступлении в реабилитационный центр; в 9 (11%) — при профилактических осмотрах в поликлинике.

У 53 неорганизованных детей дошкольного возраста педикулез выявлялся при госпитализации в стационары в 28 (52,8%) случаях; при поступлении в реабилитационный центр — в 8 (15,1%); при профилактических осмотрах в поликлинике — в 17 (32,1%) случаях (в процентах от количества больных этой группы).

Среди детей, пораженных педикулезом в возрасте от 7 до 17 лет, посещающих школьные образовательные учреждения, среднегодовое число случаев педикулеза составляло $652,0 \pm 93,2$ случая. У 405 (62,1%) детей педикулез был обнаружен медработниками школ; у 45 (6,9%) — при плановой госпитализации в стационары; у 70 (10,7%) — при экстренной госпитализации; у 114 (17,5%) — при профилактических осмотрах в поликлинике; у 18 (2,8%) — при поступлении в реабилитационный центр.

Таблица 1

Пораженность головным педикулезом детей, в зависимости от возраста, за период с 2013 по 2020 гг. [таблица составлена авторами] / The incidence of pediculosis in children, depending on age, for the period from 2013 to 2020 [table compiled by the authors]

Возраст	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	Всего
0-2 года	18	3	6	5	4	8	10	2	56
3-6 лет	112	142	121	154	158	160	125	54	1026
7-14 лет	545	621	711	645	608	628	716	312	4786
15-17 лет	40	72	59	69	65	11	67	47	430
Всего	715	838	897	873	835	807	918	415	6298

Необходимо отметить, что только у 62,1% учащихся школ педикулез был обнаружен медработниками этих учреждений, что в сочетании с выявлением педикулеза при плановой госпитализации в стационары может свидетельствовать о формальном подходе к осмотру на педикулез как при плановой госпитализации в поликлиниках, так и в образовательных учреждениях.

Клиническая симптоматика и частота встречаемости основных симптомов педикулеза проанализирована у 162 пациентов, их разделение по полу и возрасту представлено в табл. 2. Поражаемость педикулезом девочек во всех четырех возрастных группах от 60% до 65% при $p = 0,925$.

Наиболее часто встречающимся признаком головного педикулеза являлся зуд кожи головы, чаще всего локализованный в области висков и затылка. Папулезно-уртикарная сыпь (папулезная крапивница) встречалась практически с одинаковой частотой во всех возрастных группах (табл. 3). Сыпь чаще локализовалась в области шеи. Развитие вторичной пиодермии, приводящее к увеличению затылочных и/или заушных лимфоузлов, характерно для детей до 2 лет, а наличие колтуна – для детей дошкольного и младшего школьного возраста.

При визуальном осмотре волосяного покрова головы у всех пациентов были обнаружены вши и/или гниды. Живые гниды располагались у основания волос, погибшие – на расстоянии 2-3 см от их корней, что позволяло ориентировочно определять давность болезни. Учитывая, что волос отрастает в сутки максимум на 0,5 мм, отложенные 4 недели назад гниды будут располагаться на расстоянии до 1,5 см от кожи. Наличие погибших гнид далеко от кожи указывало на перенесенный ранее педикулез. При осмотре волос под лампой Вуда живые гниды дают жемчужно-белое свечение. Зуд волосистой части головы, папулезная крапивница на коже задней поверхности шеи, мокнущие эрозии и чешуйки могут встречаться не только при педикулезе, но и при atopическом дерматите (АтД), ограниченном нейродермите, себорейной экземе, псориазе, что требует тщательного анализа симптомов, имеющихся у ребенка.

Основными отличиями АтД являются симметричные высыпания на локтевых и коленных сгибах, ксеродерма, стойкий белый дермографизм, потемнение кожи глазниц, линия Денье – Моргана (продольная складка нижнего века), складчатость передней поверхности шеи, симптом «грязной шеи», разрежение наружной части бровей, которых не бывает у ребенка с педикулезом [11]. При ограниченном нейродермите, локализуемом на задней поверхности шеи, зуд не распространяется на волосистую часть головы, что характерно для педикулеза.

Основными признаками себорейной экземы являются мокнутие, наличие крупнопластинчатых чешуек желтоватого цвета, тенденция к хроническому течению с частыми обострениями. Экзема, типичная для вшивости, развивается на задней поверхности шеи, сопровождается увеличением и болезненностью задних затылочных лимфатических узлов в сочетании с постоянным зудом, усиливающимся со временем. Для дебюта псориаза характерны зуд и локальное обильное шелушение [12].

Лечат головной педикулез на дому. Госпитализация проводится по социальным показаниям. В очаге педикулеза осма-

Таблица 3
Частота встречаемости основных симптомов головного педикулеза, в зависимости от возраста детей, в абсолютных цифрах и (%), n = 162 [таблица составлена авторами] / The frequency of occurrence of the main symptoms of pediculosis, depending on the age of children, in absolute numbers and (%), n = 162 [table compiled by the authors]

Показатель	Возрастная группа				p
	1-я (n = 20)	2-я (n = 50)	3-я (n = 60)	4-я (n = 32)	
Зуд кожи головы	16 (80)	48 (96)	56 (93)	29 (90)	0,897
Локализация зуда: • виски, затылок • задняя поверхность ушных раковин	15 (75) 1(5)	42 (84) 6 (12)	50 (83) 6 (10)	26 (81) 3 (9)	0,895 0,900
Папулезная крапивница	5 (25)	14 (28)	18 (30)	8 (25)	0,892
Мокнущие эрозии	8 (40)	7 (14)	3 (5)	2 (6)	0,05
Серозные и геморрагические корки	6 (30)	8 (16)	5 (8)	3 (9)	0,05
Вторичная пиодермия	12 (60)	5 (10)	2 (3)	1 (3)	0,05
Увеличение затылочных и/или заушных лимфоузлов	10 (50)	3 (6)	0	0	0,05
Колтун	2 (10)	18 (36)	15 (25)	5 (15)	0,05
Наличие гнид и обнаружение вшей	20 (100)	50 (100)	60 (100)	32 (100)	0,804

Примечание. 1-я группа – дети до 2 лет; 2-я – 3-6 лет; 3-я – 7-14 лет; 4-я – 15-17 лет.

тривают на вшивость всех членов семьи (детей и взрослых), контактировавших с больным ребенком. При наличии педикулеза у больного и контактного ребенка проводится лечение механическими, физическими и химическими методами.

Механический метод – вшей и гнид вычесывают частым гребнем, стригут или сбывают волосы, которые затем сжигают. Перед вычесыванием гнид волосы моют и ополаскивают водным раствором столового уксуса (4,5%), после чего гнид и паразитов, как уже говорилось, вычесывают частым гребнем.

Физический метод – кипячение белья, проглаживание одежды горячим утюгом или камерная обработка вещей (головные уборы, пальто, плащи, матрацы и др.), не подлежащих кипячению.

Химический метод – применение инсектицидных средств, эффективных при педикулезе (шампуни, лосьоны, эмульсии, аэрозоли и др.).

Готовые к применению инсектицидные препараты наносят на волосистую часть головы, равномерно распределяя по длине волос и особенно тщательно обрабатывая их корни. Концентраты эмульсии разводятся водой до рабочих концентраций (по инструкции производителя) и наносят тампоном. Экспозиция для каждого препарата индивидуальна. После завершения времени действия педикулицид смывают с волос проточной водой, моют мылом или шампунем, ополаскивают 4,5-5% раствором уксусной кислоты, прочесывают частым гребнем для удаления погибших насекомых и гнид. Большая часть препаратов против вшей рекомендуется производителями к применению у детей старше 5 лет. В возрастной группе до 5 лет возможно применение 1% геля перметрина (с годовалого возраста); препарат, содержащий смесь 0,5% малатиона и 0,1%

Таблица 2
Сравнительная характеристика детей с головным педикулезом по полу и возрасту (n = 162) [таблица составлена авторами] / Comparative characteristics of children with pediculosis by sex and age (n = 162) [table compiled by the authors]

Примечание. 1-я группа – дети до 2 лет; 2-я – 3-6 лет; 3-я – 7-14 лет; 4-я – 15-17 лет.

перметрина; синергист пиперонилбутоксид 4% (с 2,5 лет); концентрат эмульсии фентиона и малатиона (с 16 лет) [6-10].

До обработки волосы на голове моют мылом «К» или «Витар», прочесывают в намыленном виде, прополаскивают и высушивают. После этого приступают к спецобработке.

Возможные способы обработки

Пара-плюс. Аэрозоль содержит перметрин, малатион, бутахсид пиперонила, изододекан. Пара плюс можно назначать детям старше 2,5 лет и взрослым, баллон надо хранить вдали от огня. Чтобы избежать попадания препарата в глаза и на слизистые оболочки, следует прикрыть лицо салфеткой. Вначале аэрозоль распыляют на корни волос, а затем на всю их длину. Голову не завязывают. Экспозиция препарата – 10 минут. После сеанса волосы промывают мягким шампунем и ополаскивают слабым раствором уксусной кислоты. Гниды удаляют прочесыванием волос в разные стороны частым гребешком. Процедуру удаления гнид можно облегчить с помощью специального бальзама, отщепляющего гнид. Всю одежду и вещи больного опрыскивают аэрозолем Пара-плюс для предупреждения повторного инвазивирования или дезинфицируют. При использовании аэрозоля помещение должно хорошо проветриваться. Пара-плюс не имеет запаха и не оставляет пятен на одежде.

Педилин. Шампунь, эмульсия. Эффективно уничтожает как вшей, так и гнид. В случае большого количества вшей следует применять шампунь и эмульсию одновременно.

Линдан (Квел, Скабена). Обработка волос длится 4 минуты и проводится 2 раза с интервалом в 7-10 дней. Препарат токсичен, поэтому не применяется у детей раннего возраста, беременных и кормящих грудью матерей.

Перметрин (Пиретроид, Ниттифор NiX). Выпускается в виде различных форм. У детей чаще используется шампунь. Препарат низкотоксичен, поэтому может быть использован для детей раннего возраста. Экспозиция шампуня – 10 минут. Обработка проводится двукратно с интервалом 7-10 дней. Во время процедуры следует оберегать глаза от попадания препарата.

Другие формы перметрина: крем 1% – экспозиция 10 мин, гель 1% – 40 мин; лосьон 0,2–0,5% – от 10 до 40 мин в зависимости от препарата; концентраты эмульсий с содержанием перметрина от 0,5% до 25%. Концентрация перметрина в рабочих водных эмульсиях от 0,1% до 0,3% требует экспозиции от 20 до 40 мин. Обработка перечисленными выше препаратами проводится однократно. Твердое мыло 0,5% – экспозиция 20 мин, повторная обработка через 7-10 дней.

Препараты в виде шампуней из группы пиретроидов, содержащие перметрин: d-Фенотрин (2%); перметрин (0,7%), тетраметрин (0,5%), пирипроксифен (0,05%); перметрин, биоаллетрин (0,3%). Экспозиция для всех этих препаратов – 10 мин с повторной обработкой через 7-10 дней.

Фосфорорганические соединения применяются для лечения педикулеза у детей старше 16 лет.

Малатион аэрозоль (смесь малатиона, 0,5%; перметрина, 1%; пиперонилбутоксид 4%); концентрат эмульсии (41%), рабочая водная эмульсия содержит 0,5% малатиона. Экспозиция обработки – 10 мин, проводится однократно.

Фентио – концентрат эмульсии (20%, 24%), смесь с перметрином (суммарная концентрация – 10%, 20%); концентрация рабочей эмульсии – от 0,1% до 0,25%.

Бензилбензоат (20%), водно-мыльная суспензия. На одну обработку требуется 10–30 мл. Обильно смачивают или смазывают волосы, покрывая полиэтиленом, затем плотно обвязывают голову косынкой. Экспозиция – 20–30 мин. Затем моют голову шампунем, вычесывают вшей и гнид гребешком. Бензилбензоат (лосьон): экспозиция – 10 минут. Обработка проводится однократно.

Диметиконы (силиконовые масла) обладают высокой инсектицидной активностью в отношении вшей.

Лосьон, спрей – смесь диметикона (4%) и изопара (96%): экспозиция – 15 мин, повторная обработка – через 7-10 дней.

Жидкости – 92% диметиконов (смесь двух диметиконов с разной степенью летучести), экспозиция – 45 мин; 4% диме-

тиконов, экспозиция – 8 часов, повторная обработка – через 7-10 дней.

Спрей – смесь диметикона (4%) и оксифтирина, экспозиция – 8 часов, обработка однократная.

Минеральные масла: шампунь, содержащий клеарол (69,25%), экспозиция – 10 мин. Повторная обработка проводится через 7-10 дней.

Изопропилмиристат (смесь 50% изопропилмиристата и 50% циклометикона) – экспозиция 10 мин с повторной обработкой через 7-10 дней.

Эфирные масла для лечения головного педикулеза в форме спиртового лосьона на основе анисового (6%) и гвоздичного (10%) масла, экспозиция – 30 мин, обработка однократная.

При лечении головного педикулеза на фоне дерматозов аллергического генеза целесообразно использовать механический метод (вычесывание вшей). При наличии вторичной пиодермии проводится обработка пустул раствором перманганата калия (5%), раствором йода и др. с назначением антибактериальных препаратов внутрь или парентерально по показаниям, в средних возрастных дозах. В комплексной терапии осложненных форм педикулеза могут применяться антигистаминные препараты, стимулирующие средства (по показаниям).

Основным требованием к результатам лечения является уничтожение вшей на всех стадиях развития. Выздоровление устанавливается по отсутствию вшей и гнид. При наличии даже минимального количества насекомых и жизнеспособных гнид проводится повторная обработка через 7 дней. Изоляция зараженного ребенка осуществляется до обработки и продолжается не более 24 часов после начала лечения.

Наблюдение с медицинским осмотром на педикулез проводится в течение 15-20 дней для выявления недостаточно эффективного лечения или реинвазивирования.

Профилактика педикулеза предусматривает осуществление гигиенического воспитания населения, проведение регулярных осмотров детей дома и в детских коллективах с целью выявления и предупреждения распространения заболевания. Осмотр и дезинсекция в семейных очагах педикулеза проводится силами населения, в организованных коллективах – медицинским персоналом. Продолжительность наблюдения очага педикулеза – 1 месяц с момента изоляции или санации последнего заболевшего. Осмотр на педикулез контактных лиц в очаге проводят 1 раз в 10 дней. Очаг считается безопасным при отрицательных результатах трехкратного обследования. Пациент с педикулезом считается незаразным после первой обработки инсектицидным средством, так как вши и гниды погибают.

Обработку помещений педикулицидами проводят в очагах педикулеза, а также в местах осмотра и перевозки больных педикулезом (приемные отделения лечебно-профилактических учреждений, изоляторы, санпропускники, машины скорой медицинской помощи и т. п.). Обработывают все предметы, с которыми мог контактировать больной или соприкасались зараженные вшами вещи (пол, стулья, кушетки и пр.). Для нанесения средств используют распылители различных конструкций или платяные щетки, ветошь.

Дезинсекция. Гребешки, расчески после использования помещают на 30 минут в раствор карбофоса (0,15%), после чего моют с мылом. Все вещи больного подлежат дезинсекции – кипячению или обработке инсектицидами либо стерилизации в дезкамерах или сухожаровых шкафах. Экспозиция в течение 10 минут при температуре 52 °C убивает всех вшей и гнид. Нательное и постельное белье должно подвергаться стирке с кипячением. Хранение одежды в пластиковых мешках в течение 10 дней приводит к полной гибели вшей.

Выводы

1. Эпидемиологический процесс распространения педикулеза в Астраханской области с 2013 по 2020 г. высокий с тенденцией к снижению только в 2020 г.

2. Наиболее значимой группой риска по распространению педикулеза являются дети 7-14 лет.

3. Обнаружение головного педикулеза у организованных детей дошкольного и школьного возраста при госпитализации в стационары может свидетельствовать о формальном подходе к осмотру на педикулез в дошкольных и образовательных учреждениях, посещаемых ребенком.

4. Основные признаки, позволяющие установить наличие головного педикулеза: зуд кожи волосистой части головы, наличие гнид, обнаружение вшей. Другие признаки пораженности педикулезом (мокнущие эрозии, серозно-геморрагические корочки, папулезная крапивница и др.) встречаются с различной частотой в зависимости от возраста ребенка и имеют второстепенное значение, так как могут сопутствовать целому ряду других заболеваний (атопический дерматит, себорейная экзема, псориаз и др.).

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

CONFLICT OF INTERESTS. Not declared.

Литература/References

1. Суворова К. Н. Педикулез // Лечащий Врач. 2007; 10: 62-64. [Suvorova K. N. Pediculosis // Lechashchij Vrach. 2007; 10: 62-64. (In Russ.)]
2. Нестерова Ю. В., Радченко Л. П. Эпидемиологическая ситуация по кожным заболеваниям и педикулезу в Приморском крае // Здоровье. Медицинская экология. Наука. 2015; 4 (62): 134-138. [Nesterova Yu. V., Radchenko L. P. Epidemiological situation of skin diseases and pediculosis in Primorsky Krai // Zdorov'e. Medicinskaya ekologiya. Nauka. 2015; 4 (62): 134-138. (In Russ.)]
3. Таха Т. В., Нажмутдинова Д. К. Актуальность проблемы педикулеза // РМЖ. 2010; 18 (12): 768-769. [Taha T. V., Nazhmutdinova D. K. The relevance of the problem of pediculosis // RMZH. 2010; 18 (12): 768-769. (In Russ.)]
4. Рославцева С. А. Педикулез в России в конце XX век – начале XXI века. // Пест-Менеджмент. 2021; 1 (117): 16-23.

[Roslavceva S. A. Pediculosis in Russia at the end of the XX century – the beginning of the XXI century. // Pest-Menedzhment. 2021; 1 (117): 16-23. (In Russ.)]

5. Мицуллин И. К., Еремеева М. Г., Загирова И. К., Валеев Р. И. и др. Эпидемиологическая характеристика заболеваемости пациентов педикулезом // Международный научно-исследовательский журнал. 2021; 9 (111): 64-68. [Mitsullin I. K., Eremeeva M. G., Zagirova I. K., Valeev R. I. et al. Epidemiological characteristics of the incidence of patients with pediculosis // Mezhdunarodnyj nauchno-issledovatel'skij zhurnal. 2021; 9 (111): 64-68. (In Russ.)]

Полный список литературы смотрите на нашем сайте <https://journal.lvrach.ru/>

Сведения об авторах:

Харченко Геннадий Андреевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой детских инфекций Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования Астраханский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации; 414000, Россия, Астрахань, ул. Бакинская, 121; Xarchenkoga@mail.ru
Кимирилова Ольга Геннадьевна, к.м.н., доцент кафедры детских инфекций Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования Астраханский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации; 414000, Россия, Астрахань, ул. Бакинская, 121; Olgakim@mail.ru

Information about the authors:

Gennady A. Kharchenko, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Pediatric Infections at the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Astrakhan State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 121 Bakinskaya str., Astrakhan, 414000, Russia; Xarchenkoga@mail.ru
Olga G. Kimirilova, MD, Associate Professor of the Department of Pediatric Infections at the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Astrakhan State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 121 Bakinskaya str., Astrakhan, 414000, Russia; Olgakim@mail.ru

Поступила/Received 09.12.2021

Принята в печать/Accepted 12.08.2022

XXI городская научно-практическая конференция

Эндокринные аспекты в педиатрии

18-19 ноября 2022

Здание Правительства Москвы
Новый Арбат, 36

Приглашаем принять участие в работе
XXI городской научно-практической конференции «Эндокринные аспекты в педиатрии»

Место проведения: здание Правительства Москвы (ул. Новый Арбат, д. 36)
 Время проведения: 18 и 19 ноября 2022 г. с 09:00 до 18:00
 Регистрация участников: 18 и 19 ноября 2022 г. с 09:00 до 12:00
 Выдача свидетельств участника: 19 ноября 2022 г. с 16:00 до 18:00
 Посещение заседаний Конференции бесплатное, вход по пригласительным билетам.

Организаторы
 Департамент здравоохранения города Москвы
 ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ»
 Российская детская клиническая больница ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Докладчики и аудитория
 Около 300 специалистов – детские эндокринологи, педиатры, реаниматологи, гинекологи, кардиологи, пульмонологи, инфекционисты, неврологи, хирурги, урологи, психологи, специалисты по лучевой диагностике, организаторы здравоохранения и врачи других специальностей.

В рамках конференции организуется тематическая выставочная экспозиция
Организована онлайн-трансляция заседаний конференции на сайте www.imfd.ru

Адрес оргкомитета
 Российская детская клиническая больница
 (по вопросам научной программы)
 Москва, 119571 Ленинский проспект, 117,
 1 корпус, 2 этаж

Организационно-технические вопросы, пригласительные билеты
Информационно-выставочное агентство «ИнфоМедФарм Диалог»
 Адрес: 127030, Москва, ул. Суцеская, д. 25, стр. 1
 Тел.: 8(495) 797-62-92, 8(499) 750-07-27, 8(499) 750-07-47
 Сайт: www.imfd.ru

ИНФОМЕДФАРМ ДИАЛОГ

РЕКЛАМА