РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

ПРАКТИЧЕСКИЙ ВРАЧ

№1/27, 2016

Знакомство с историей восточной медицины в музее Авиценны

По праву признанный во всем мире одним из величайших ученых и медиков в истории человечества Абу али ибн Сина внес огромный вклад в развитие мировой научной мысли. Его труды в последующем стали базисом, на который на протяжении более 500 лет опиралась медицина Запада.

ПРОФИЛАКТИКА ПЕДИКУЛЕЗА

К.С. БАЙГОНОВА, А.С. БАЙТИЛЕСОВА

Казахстанский медицинский университет, «ВШОЗ» УЗПП по Алатаускому району, г. Алматы

Педикулез - повсеместно распространенная болезнь как в развитых, так и в развивающихся странах [1].

Педикулез и фтириаз – заселение волосистой части тела (головы, усов. бороды, лобка, подмышек) взрослыми вшами, их личинками или яйцами с нарушением целостности кожных покровов и появлением зуда. Возбудителей относят к роду Anoplura, семейству Pediculidae [2]. Основной путь передачи при педикулезе – контактный и непрямой путь через предметы обихода. При педикулезе к группе риска относятся: дети от 2-14 лет, взрослые со сниженным иммунитетом (больные, беременные женщины), а также лица, по роду профессиональной деятельности (коммунальные предприятия, детские учреждения, дома престарелых и др.) соприкасающиеся ежедневно с большим потоком людей.

Платяная и головная вши являются переносчиками инфекционных болезней, таких как сыпной эпидемический тиф (возбудитель Rickettsiaprowazekii), возвратного вшивого тифа (Borreliareccurentis), волынской лихорадки (Bartonella (R.) guintana), кроме того, вши при укусе выделяют слюну, которая раздражает кожу, вызывает зуд, и в места укуса проникает инфекция. В настоящее время гиподиагностика сыпного тифа и болезни Брилля-Цинссера, при высоком уровне педикулеза среди групп риска, представляют опасность возникновения эпидемической вспышки [3].

По данным Сергеева Ю.В., Сергеева А.Ю. (2003), преимущества современной диагностики педикулеза - использование специальной видеосистемы, которая позволяет под 80-кратным увеличением быстро находить насекомых на коже и волосах самых разных локализаций, а также фиксировать их на мониторе, демонстрировать пациентам и сохранять информацию, что в дальнейшем позволяет врачу контролировать лечение.

Среди взрослого населения женщины заражаются чаще, чем мужчины, это связано с тем, что у женщин длинные волосы, при длине волос более 11,5 см риск заражения выше, так же и за детьми ухаживают в основном женщины.

Пораженность педикулезом взрослого населения в РФ связывают с мигрантами, лицами без определенного места жительства и для них характерен больше платяной педикулез, рост зараженности с 2006 по 2009 гг. составил с 26,5 до 42,5%, отмечено в мегаполисе в г. Москве [4].

Педикулез и фтириаз тесно связаны с социальными условиями жизни человека, такими как нищета, скученность, отсутствие возможности для соблюдения личной гигиены. Тем не менее, исследованиями в Европе установлено, что насекомое хорошо приспособлено к окружающей среде, комфортно существует на чистых волосах, не боится воды, до двух суток может находиться в воде при температуре не выше 17 град. С. При температуре ниже 10 град. С. и выше 40 град. С. насекомые погибают. Жизненный цикл вшей от 15-35 дней, эктопаразиты питаются кровью человека. Головная вошь откладывает до 140 яиц за всю жизнь. Лобковая вошь откладывает до 50 яиц, а платяная вошь от 200 до 400 яиц. Новое поколение вшей выходит из яиц в течение 1 недели, после выхода из яйца вши в течение 1 недели не переходят к другому хозяину и в течение 10 дней не размножаются. Головная вошь встречается преимущественно у детей и подростков, платяная вошь у стариков и бездомных (В.В. Худобин, 1995).

Профилактические и противоэпидемические мероприятия при педикулезе проводятся с учетом жизненного цикла насекомого.

Пораженность населения педикулезом имеет тенденцию к росту не только в РФ, но и в РК, по данным ряда авторов, это связано с изменениями в социально-экономическом развитии стран (рост числа мигрантов, лиц без определенного места жительства и др.), также объекты, независимо от форм собственности, сами проводят профилактические и противоэпидемические мероприятия [5].

Так по данным РГКП «Научно-практический центр санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга» среди инфекционных заболеваний педикулез занимает 6 место.

Показатель заболеваемости педикулезом варьирует по районам и городу Алматы, так по Алатаускому району:

Годы	По району	г. Алматы
2013	17,5	5,6
2014	13,92	6,34
2015	16,48	6,17

Динамика заболеваемости по годам: в 2013 г. 17,5 на 100 тыс., из них дети до 14 лет - 47,9%. За 2014 г. показатель заболеваемости педикулезом 13,9 на 100 тыс. населения, из них дети до 14 лет — 47,3%. В 2015 г. показатель заболеваемости педикулезом 16,4 на 100 тыс. населения, из них дети до 14 лет составляют 47,47%.

В социально-экономическом плане Алатауский район представлен преимущественно частными домами, где высокая скученность людей, высокая миграция населения внутри района, недоступность общественных бань, поэтому из-за неблагоприятных санитарно-гигиенических условий проживания, показатель пораженности педикулезом превышает в 2,6 раза по сравнению с городом.

За последние три года показатель заболеваемости педикулезом на 100 тыс. населения неуклонно снижается, составляя в среднем 15,9 на 100 тыс. населения, но эти цифры не отражают истинной картины, так как некачественно проводятся медицинские осмотры в школах и других организациях.

Доля детей до 14 лет в структуре заболеваемости педикулезом существенно не уменьшается, составляя в среднем 47,5%, что согласуется данными ряда авторов, которые отмечают, что в структуре заболеваемости преобладают дети и пик заболеваемости приходится на возраст: 4-5 лет, 6-8 лет, 8-10 лет и 10 -14 лет.

Для лечения и профилактики фтириаза и педикулеза аптечная сеть предлагает достаточно широкий ассортимент безрецептурного отпуска в виде аэрозолей, шампуней и др. форм препаратов, содержащих инсектициды. Перед применением препаратов необходимо изучить инструкцию. Современные препараты применяются однократно, что имеет преимущество для обработки организованных коллективов и удобно больному, медицинскому персоналу позволяет контролировать и гарантировать эффективность обработки. Для имаго используются шампуни и лосьоны, которые наносятся на сухие волосы, для гнид более эффективно частое расчесывание гребнем, перед расчесыванием расческу обмакивают в горячий уксус. Каждые 4-5 дней в течение нескольких недель рекомендуется расчесывание 15-20 мин. частным гребнем влажных волос. Самостоятельное лечение без педикулоцидов гарантирует лишь 40% излечения [6]. При головном педикулезе необходимо обработать одежду и головные уборы в дезинфекционной камере. Наиболее радикальный способ немедикаментозного лечения педикулеза – сбривание волос. В алгоритме медицинского обследования на педикулез обращается внимание: при осмотре головы на височно-затылочные области, при осмотре одежды и белья на швы, складки, воротники и пояса, где часто выявляются насекомые [7].

Общие меры профилактики педикулеза: соблюдение личной гигиены, а также стирка, глажение нательного и постельного белья; соблюдение санитарно-гигиенического режима на объектах (парикмахерские, общежития, казармы, бани, прачечные и др.).

В лечении лобкового педикулёза (фтириаза) на сегодняшний день используют аэрозоль, содержащий пиретрин, который обладает нейротоксичностью для лобковых вшей. Препарат распыляют равномерным слоем над всей пораженной поверхностью, далее после экспозиции (30 мин — 1 час) проводится туалет с мылом под проточной водой. При фтириазе постельное белье, одежду необходимо подвергнуть стирке в горячей воде (желательно кипячение). Далее после глажки её запечатывают в полиэтиленовые пакеты на срок не менее 3-х суток. Лечение показано всем половым партнёрам, с которыми имели место контакты в течение 1—2 месяцев (Мансуров А.С.) [8].

Таким образом, организация и проведение профилактических мероприятий, в том числе санпросветработа среди населения и противоэпидемическая работа в очаге педикулеза, должны быть плановыми, систематическими по оздоровлению окружающей микросреды больного, так как излечение от педикулеза не гарантирует человеку повторного заражения насекомыми.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Лопатина Ю.В. Педикулез: современные аспекты старой проблемы // Медицинская паразитология — 2015. - №2. - С. 44-50. *2.* Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. Инфекционные болезни. Национальное руководство. – М.: «ГЭОТАР-Медиа» - 2009. - С. 1023-1025. *3.* Тарасевич И.В. Современные представления о риккетсиозах // Клиническая микробиология, антимикробная химиотерапия. – 2005. - Том 7. – 2005.- №2. - С. 119-129. *4.* Лопатина Ю.В., Еремина О.Ю. Резистентность к пестицидам вшей у бездомных людей в Москве // Медицинская паразитология — 2011. - №4. - С. 31-37. *5.* Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению паразитарных заболеваний», №28, - 31.03.2015 г. *6.* Сергеев Ю.В., Сергеев А.Ю. Педикулез и фтириаз – новое в диагностике и терапии // Иммунология, аллергология, инфектология. – 2003. - №3. - С. 125-130. *7.* Амиреев С.А., Муминов Т.А., Сергиев В.П., Оспанов К.С. Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных и паразитарных болезнях. – Алматы, - 2008. - Т 2. - С. 801-806. *8.* Интернет ресурс: www.medicalj.ru – Лобковый педикулез или фтириаз.

Ұсыныстар:

• АҚҚ алғаш анықталған топ мүшелерін тұрғылықты мекен-жайы бойынша есепке тіркелуіне кеңес берілді.

• Дәрігермен тағайындалған тағайындалуларды қатаң сақтау керек.

• АҚҚ көтерілуі тек өзінің ғана емес, жолаушылардың да өміріне қауіп төндіретінін түсіндіру жұмыстары жүргізілді

Қорытынды:

Қорытындылай келгенде атқарылған жұмыс нәтижелерінс сүйене отырып АҚҚ көтерілуі жас мөлшері мен тәулік мезгіліне тікелей тәуелді екені және жыл мезгіліне байланысты өзгеретіні анықталды. Бұл дегеніміз топ мүшелерінің жас мөлшері жоғарылаған сайын және жұмыс аптасының ұзақтығына байланысты АҚҚ жиі жоғарылауына әкелетінін көрсетіп отыр. Демек АҚҚ алғаш анықталған топ мүшелерінің жұмыс кестесін АҚҚ көтерілу деңгейін ескере отырып құрастырған жөн деп санаймыз.

СОДЕРЖАНИЕ

Абуов С.Г., Масалимов Е.О. Эффективность комплексной терапии больных хроническими простатитами с применением КАП-ЭЛМ-01 «Андро-Гин» и препарата Дистрептаза 2

Байгонова К.С., Байтилесова А.С. Профилактика педикулеза 4

Бекенова Ж.А., Азимбаев Ш., Акилбеков Ж., Сабырбек М., Бейсенбаева А., Утежан А., Тойгулиев М., Туримбетова Б. Доступность лекарственных средств в поликлинике 6

Бекенова Ж.А., Алдабергенов Б.К., Бейсебаева А.Н., Садыков Д.Е., Сакенулы Е., Солтакулов Е.Г., Таусаров А.У., Толебай А. Оценка удовлетворенности врачей общей практики льготным лекарственным обеспечением 7

Мамырова Д.М. Қоғамдық денсаулық сақтау жоғарғы мектебінің біліктілікті арттыру және қайта даярлау курсы тұтынушыларының қанағаттанушылығын бағалау (әдеби шолу) 8

Бекенова Ж.А., Жораев Р., Жумабаева У., Кошкинбаев Е., Салатдинова К., Сулейменова А., Ыскакова А. Артериальная гипертония среди студентов медицинского вуза 11

Бекенова Ж.А., Тургамбекова А.К., Аманжолова Н.Б. Применение ингаляционных глюкокортикостероидов в стартовой терапии у детей с бронхиальной астмой 12

Салимова С.С., Мырзаханова А.А., Алдажанов Д.Т., Мүсілім Б.М., Ниязалиева Э.Э., Сатибалдиева Ш.Р., Сегизбаева Н.К. Адаптационные реакции студентов КазНМУ перед экзаменом 14

Калибекова Г.З., Мухаметкалиева Ж.Е., Исабеков Д.Ж., Куккузов Р.Е., Нагышбекова С.К., Саденов Н.Ж., Сеитбах А.М. Информированность населения о сахарном диабете 17

Манабаева С.А. Лечение и профилактика воспалительных заболеваний пародонта современными препаратами растительного происхождения 20

Алиманова Ж.М., Абилханов Е.А., Баяманова А.К., Курамаева Д.Ж., Куренкеева А.Ж., Курманалиев Н.З., Санлакова Б.О. Хроническая болезнь почек у больных, перенесших острый инфаркт миокарда 24

Алиманова Ж.М., Амирбаев Н.А., Джолдасова З.А., Джубатов Ж.М., Кошенова М.О., Рахимбаева А.Н., Хасенова А.Д. Влияние антибактериальной терапии на сроки нетрудоспособности больных ОРВИ, осложненными острым бронхитом, и имеющих в анамнезе хронический необструктивный бронхит 25

Балмагамбетова Г.Н. Ретроспективный анализ случаев тяжелой преэклампсии 26

Әліманова Ж.М., Бектенов А.А., Бектұров А.А., Өзгелдиев Н., Раушанова Д.Ө., Сабырбек М.М. Артериялық қан қысымының қоғамдық келік жүргізушісі болып қызмет жасайтын ер адамдарда тәулік уақытына, жыл мезгіліне және жас мелшеріне байланысты ауытқуы 27