

**МЕДИЧНИЙ КОЛЕДЖ « МОНАДА »**

# **Методичні рекомендації**

**до практичного заняття**

**з дисципліни «Медсестринство в дерматології та венерології»**

**для спеціальності 223 Медсестринство**

**тема:**

**« Медсестринський процес при піодерміях та паразитарних  
хворобах шкіри »**

**Львів 2016**

## **Методичні рекомендації складено**

Костів З.П., викладачем вищої кваліфікаційної категорії

## **Розглянуто і схвалено**

на засіданні циклової комісії

Протокол №            від            2016 р.

**Голова циклової комісії.....І.В.Задорожна**

## **Рецензент:**

к.мед.н., доц. кафедри дерматології та венерології

ЛНДУ ім.Данила Галицького С.В.Вольбин

## Практичне заняття №

**Тема заняття:** Медсестринський процес при піодерміях і паразитарних хворобах шкіри.

**Мета заняття:** навчитися реалізовувати усі етапи медсестринського процесу при піодерміях, паразитарних дерматозах та мікозах.

**Матеріальне забезпечення:** фотоматеріали, алгоритми, лупа, вата, бинт, шпатель, вощений папір, пінцет, лоток, предметні скельця, взірці медикаментозних засобів, медична та медсестринська документація.

### Конкретні цілі:

#### **Знати:**

- етіологію та епідеміологію, класифікацію піодермій та паразитарних дерматозів;
- чинники, що сприяють їх рецидивуванню;
- принципи діагностики даних дерматозів у межах медсестринської компетенції;
- принципи загальної та місцевої терапії;
- методи профілактики та принципи проведення санітарно-освітньої роботи;

#### **Вміти:**

- оцінити клінічний перебіг даних дерматозів;
- здійснювати при інфекційних та паразитарних хворобах шкіри:
  - ✓ I етап медсестринського процесу;
  - ✓ II етап медсестринського процесу;
  - ✓ III етап медсестринського процесу;
  - ✓ IV етап медсестринського процесу;
  - ✓ V етап медсестринського процесу;
- проводити профілактику піодермій.

## ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ

### Піодермії

**Піодермії** - гноячкові хвороби шкіри - складають третину дерматозів.

*Етіологічними чинниками* піодермії є піококи:

- стафілококи;
- стрептококи.

Вирішальну роль у розвитку піодермії має зниження місцевої та загальної антибактерійної резистентності організму пацієнта.

*Сприяючими чинниками* у розвитку піодермії є:

1) екзогенні:

- переохолодження;
- перегрівання;
- посилене потовиділення;
- забруднення шкіри;
- мацерація епідермісу;
- мікротравми;
- тривалий прийом імунодепресантів (кортикостероїдів, цитостатиків);

2) ендогенні:

- цукровий діабет;
- імунодепресивні стани різного генезу;
- гіповітамінози (особливо вітаміну С та вітамінів групи В);
- функціональні порушення вегетативної нервової системи;
- наявність інших дерматозів (вошивості, корости, себореї, екземи);
- хронічні хвороби та інтоксикації.

#### **Класифікація піодермії:**

1. За глибиною ураження:

- поверхневі (остіофолікуліт, фолікуліт, сикоз, імпетиго);
- глибокі (фурункул, карбункул, гідраденіт, ектима).

2. За збудником:

- стафілодермії (остіофолікуліт, фолікуліт, фурункул, карбункул, гідраденіт, сикоз);
- стрептодермії (імпетиго, ектима, панарицій, бешиха, заїда);
- стафілострептодермії (вуглярне імпетиго, шанкриформна піодермія, атипова піодермія).

### 3. За перебігом:

- гострі;
- хронічні.

Первинним елементом при стафілодерміях є пустула. Усі стафілодермії є фолікулярними, тобто процес починається з гирла волосяного фолікула.

Первинним елементом при стрептодерміях є фліктена. Стрептодермії є не фолікулярними, тобто цей процес не пов'язаний із волосяним фолікулом.

## Стафілодермії

### 1. *Остіофолікуліт* - поверхнєве запалення волосяного фолікула:

- первинний елемент: округла, розміром з головку шпильки або горошини пустула, оточена гостро запаленою облямівкою, пронизана в центрі незміненим волоском;
- вторинний елемент: жовто-бура кірка, пігментна пляма;
- типова локалізація — обличчя, голова, кінцівки;
- суб'єктивні симптоми — незначний свербіж.

### 2. *Фолікуліт* — поверхнева стафілодермія — гнійне запалення всього волосяного фолікула і навколишньої жирової клітковини:



- первинний елемент: червоний вузлик з волоском у центрі, який через деякий час нагноюється з утворенням конічної, розміром з сочевицю, пустули;
- вторинний елемент: ерозія / виразка, пігментна пляма;
- типова локалізація - обличчя, голова, кінцівки;
- суб'єктивні симптоми — незначна болючість.

### 3. *Сикоз* - хронічне поверхнєве ураження шкіри обличчя в ділянці бороди та вусів:



- первинний елемент: конічна пустула розміром до зерна коноплі;
- вторинний елемент: змішані кірки, ерозії / виразки, вторинна пігментна пляма;
- типова локалізація - підборіддя, вуса, вхід у ніс, брови;
- суб'єктивно — незначна болючість, неінтенсивний свербіж, печія;
- характерна значна інфільтрація та синюшність шкіри;
- особливі – симптоми зниження функції чоловічих статевих залоз.

3. **Фурункул** — глибоке гостре гнійно-некротичне запалення волосяного фолікула і навколишньої сполучної тканини:



- первинний елемент: конічна, розміром з горіх пустула з волоском у центрі, згодом - інфільтрат у вигляді вузла, який поступово виразкується з виділенням значної кількості гною;
- вторинний елемент: глибока кратероподібна виразка, рубець;
- типова локалізація - шия, верхні кінцівки, сідниці, поперекова ділянка;
- суб'єктивно - болючість, печія;
- характерна наявність "некротичного стрижня" — некротичної тканини зеленого кольору;
- характерне порушення загального стану (гіпертермія, лімфангоїт);
- рецидивуючий у різних місцях фурункул носить назву фурункульозу.

5. **Карбункул** — це глибокий тяжкий запальний процес, який захоплює декілька волосяних фолікулів, сальних залоз, підшкірножирову клітковину, частіше є конгломератом фурункулів на спільному інфільтраті:



- первинний елемент: конічна пустула жовто-зеленого кольору на тлі болючого інфільтрату, шкіра над яким багряно-червона, а в центрі синюшна;
- внаслідок розширення гирл волосяних фолікулів в інфільтраті утворюється декілька отворів, через які виділяються некротичні стрижні та гній з кров'ю;
- вторинний елемент: глибока виразка, глибокий зіркоподібний рубець;
- типова локалізація — шия, поперекова ділянка;
- суб'єктивно — значна болючість;
- характерне порушення загального стану пацієнта (гіпертермія, лімфангоїт, озноб, головні болі );
- можливі ускладнення - лімфаденіт, тромбофлебіт, емболії, сепсис, абсцеси внутрішніх органів та мозку, менінгіт.

**6. Стафілококовий синдром обпеченої шкіри** - дерматоз, який виникає внаслідок дії на організм пацієнта епідермолітичного токсину, що виробляється золотистими стафілококами:

- шлях потрапляння збудника в шкіру - гематогенний;
- переважний вік пацієнтів - діти в перші 3 місяці життя;
- первинний елемент: яскраво-червона зливна еритема;
- вторинний елемент: яскраво-червоні ерозії значного розміру, які утворюються при мінімальних механічних впливах;
- типова локалізація - шкіра навколо природних отворів;
- суб'єктивно - болючість, порушення загального стану (гарячка, неспокій, плаксивість);
- особливі симптоми: шкіра має вигляд ошпареної кип'ятком;
- позитивний симптом Нікольського: при терті шкіри пальцем виникає відшарування епідермісу.

**7. Епідемічна міхурчатка новонароджених** — гостре інфекційне захворювання, спричинене стафілококами, яке характеризується дуже високою контагіозністю:

- переважний вік пацієнтів — немовлята на 7 - 10 день від народження;
- первинний елемент: еритема, на тлі якої виникають напружені міхури величиною з горошину, заповнені серозним вмістом, які швидко збільшуються у розмірі, стають менш напруженими, а вміст перетворюється у гнійний;

- вторинний елемент: ерозії, рожево-бурі плями;
- суб'єктивно - свербіж;
- можливі порушення загального стану (підвищення температури тіла, неспокій, пронос);
- можливі ускладнення - кон'юнктивіт, отит, сепсис, смерть.

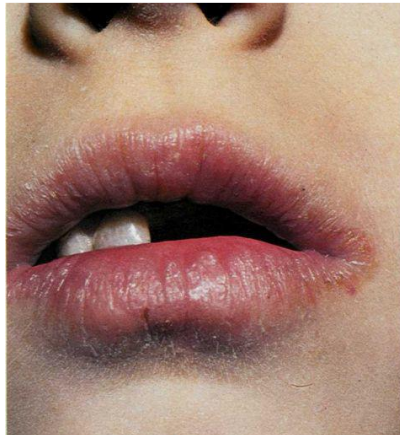
### ***Стрептодермії***

#### **1. Стрептококове імпетиго Тільбері — Фокса** — поверхнева стрептодермія:

- переважний вік пацієнтів — дитячий;
- первинний елемент: фліктена на тлі гіперемованої, дещо набряклої шкіри;
- вторинний елемент: ерозія, кірка, вторинна пігментна рожева пляма;
- типова локалізація — обличчя, кисті рук, гомілки;
- суб'єктивно — свербіж, часом інтенсивний;
- можливий розвиток регіонарного лімфаденіту.

#### **2. Стрептококова заїда** — поверхнева стрептодермія:

- первинний елемент: фліктена;
- вторинний елемент: тріщина, "медова кірка";
- типова локалізація - кутики рота, носогубна складка;
- сприяючі чинники - наявність зубних протезів, часте облизування губ;
- суб'єктивно - свербіж, болючість під час їди та при відкриванні рота.



#### **3. Ектима вульгарна** - глибока стрептодермія:

- первинний елемент: фліктена розміром від горошини до горіха, наповнена серозним, а згодом — гнійно-геморагічним вмістом;
- вторинний елемент: жовто-бура багатошарова кірка, виразка, рубець, оточений зоною гіперпігментації;
- типова локалізація — гомілки, стегна, сідниці, поперекова ділянка;
- можливий розвиток регіонарного лімфаденіту, лімфангоїту, флебіту, глибоких некрозів;
- характерні рецидиви.





### ***Стафілострептодермії (змішані піодермії)***

**1. Вульгарне імпетиго** - змішана поверхнева піодермія, яка виникає спочатку як стрептодермія, яка доповнюється стафілококовою інфекцією:

- появи дерматозу передують продромальні явища - гарячка, свербіж у місцях майбутньої висипки;
- первинний елемент: фліктена на еритематозному дещо інфільтрованому тлі, з прозорим, а згодом гнійним вмістом;
- вторинний елемент: поширена "медово-жовта" кірка, ерозія, оточена відшарованим епідермісом, тимчасова гіперпігментація;
- типова локалізація — природні отвори на обличчі, волосяна частина голови (у жінок);
- суб'єктивно - свербіж.

**2. Хронічна виразкова піодермія** — глибока піодермія, яка виникає внаслідок зменшення патогенності збудника на фоні ослаблення резистентності організму пацієнта та поступово трансформується у виразково-вегетуючу форму:



- первинний елемент: фліктена на тлі дещо набряклих ділянок гіперемії;
- вторинний елемент: товсті кірки, виразки з ущільненими підритими краями, навколо яких виникають пустульозні відсіви, нерівні гіперпігментовані рубці;
- типова локалізація — винятково гомілки;
- суб'єктивно - свербіж.
- характерні тривалий в'ялий перебіг та резистентність до терапії.

**Піоалергіди** — вторинні алергічні дерматози, які виникають внаслідок сенсibiliзації організму пацієнта до піококів та продуктів їх обміну при хронічних піодерміях (особливо стрептококового генезу).

Піоалергіди виникають переважно на віддалених від осередку ураження ділянках, мають симетричне розміщення, нагадують екзематозну реакцію.

### ***Принципи лікування піодермій***

На час лікування піодермій із дієти хворого слід виключити їжу, багату на вуглеводи.

**1. Загальне лікування:** антибіотикотерапія після виявлення збудника та визначення чутливості його до антибіотиків, вітамінотерапія, імуностимулятори. Загальне лікування показане у випадках глибоких піодермій, при хронічному перебігу, частих рецидивах, неефективності місцевої терапії та порушенні загального стану пацієнта.

**2. Місцеве лікування:**

- при поверхневих піодерміях - ділянку ураження змащувати аніліновими барвниками або дезінфекційними розчинами та кремами, аерозолем "Оксикорт";

- при глибоких піодерміях — накладання чистого іхтіолу, мазі з антибіотиками; — після прориву стрижня — йоддицерин, лінімент синтоміцину, стрептоцидова мазь, аерозолі "Оксикорт" та "Полькортолон";
- при стафілодерміях - видалити волосся з верхівки пустули стерильним пінцетом;
- при наявності пустул та фліктен — проколоти їх стерильною голкою;
- при глибоких стафілодерміях - накласти чистий іхтіол, а при утворенні отвору — накласти марлю, змочену гіпертонічним розчином;
- при наявності кірок - змащувати їх рослинною олією, мазями з антибіотиками та дезінфекційними речовинами;
- для попередження розповсюдження інфекції шкіру навколо ділянки ураження слід протирати спиртовими розчинами.

**Принципи профілактики:** лікування та ізоляція хворих, обробка мікротравм шкіри йоддицерином чи іншими дезінфекційними засобами, дотримання гігієнічного режиму, загартовування організму, санація осередків хронічної інфекції.

**Еритразма** — неконтагіозна хронічна поверхнева інфекція шкіри, яка викликається коринебактеріями та уражує тільки роговий шар епідермісу.



До останнього часу еритразму відносили до кератомікозів чи псевдомікозів:

- сприяючі чинники: гіпергідроз, мацерація епідермісу, ожиріння, цукровий діабет, висока температура та вологість повітря;

- первинний елемент: різко обмежені плями рожево-червоного кольору, які збільшуються за рахунок росту по периферії і при довгому існуванні стають буро-червоними;
- вторинний елемент: висівкоподібні лусочки;
- типова локалізація: складки (пахово-калиткова, міжсіднична, пахвинна, під молочними залозами у жінок);
- суб'єктивно - скарги відсутні / незначний свербіж, печія;
- клінічна діагностика: люмінесцентна діагностика (коралово-червоне свічення).

**Місцеве лікування:** протигрибкові мазі, еритроміцинова мазь. При розповсюдженому процесі та частих рецидивах - еритроміцин загально.

## Дерматозоозози

*Дерматозоозози* - це захворювання шкіри, викликані тваринними паразитами.

*Короста* - заразне паразитарне захворювання шкіри

**Етіологія.** Збудник - коростяний кліщ (*Sarcoptes scabiei varietas hominis*)



## **Епідеміологія:**

*Джерело зараження:* хвора на коросту людина.

*Шляхи зараження:*

- **прямий:** збудник переходить до здорової людини в момент тілесного зіткнення з хворим (в т. ч. при статевому контакті);
- **непрямий:** передача збудника через предмети особистого користування.

*Чинниками, які забезпечують інвазію, є:*

- наявність контакту та його вид;
- тривалість контакту;
- багаточисельність збудника на джерелі зараження та / чи предметах особистого користування;
- терміни перебування збудника поза людським організмом (при непрямому шляху зараження).

## **Клінічні прояви корости**

*Інкубаційний період* - в середньому 8-12 днів.

*Основні клінічні симптоми корости:*

- свербіж, який підсилюється ввечері та вночі;
- наявність коростяних ходів: коростяний хід має вигляд прямої чи вигнутої, дещо припіднятої лінії білуватого або брудно-сірого кольору, довжиною від одного до кількох сантиметрів; передній кінець при наявності самки кліща має вигляд темної крапки (акаріозна везикула);
- поліморфізм висипань: попарно розміщені фолікулярні папули, везикули, розчухи, ерозії, кров'яні кірки;
- характерні місця висипань: кисті (міжпальцеві проміжки, бокові поверхні пальців), згинальна та бокові поверхні променевих суглобів, живіт, попереки, сідниці, розгинальні поверхні ліктів, ареоли молочних залоз у жінок, прутень та калитка у чоловіків.

*Додаткові симптоми:*

- *симптом Сезарі:* знаходження рельєфу коростяного ходу при проведенні легкої пальпації;
- *симптом ромба / трикутника Міхаеліса:* наявність імпетигінозних елементів, везикул, кірок у ділянці міжсідничної складки;
- *симптом Горчакова:* наявність точкових кров'яних кірок на ліктях та навколо них;
- *симптом Арді — Горчакова:* наявність пустул та гнійних кірок навколо ліктів.

*Особливості сучасної корости:*

- відсутність свербіжу в окремих випадках;
- малочисельність висипки при тривалому перебігу;
- можлива наявність уртик;

відсутність висипки на кистях.

*Можливі ускладнення корости:*

1) з боку шкіри:

- піодермії;
- посткабіозна лімфоплазія (посткабіозні папули);

- дерматити, екзематизація процесу під час лікування;
- 2) з боку внутрішніх органів:
- коростяна нефропатія.

## Діагностика корости

### 1) Клінічна:

- врахування епідеміологічних даних;
- наявність основних клінічних симптомів корости (див. вище).

2) *Лабораторна*: виявлення кліща, його екскрементів - традиційний метод, експрес-діагностика, метод лужного препарування шкіри.

3) *Пробна протикоростяна терапія*: проводиться при малосимптомних формах корости.

## Принципи лікування корости

Загальні правила місцевого лікування корости передбачають, що обробляти слід:

- всю поверхню тіла і кінцівок пацієнта, а не тільки уражені ділянки;
- проводити зовнішню терапію у вечірній час між 18 - 24 год;
- проводити одночасне лікування всіх осіб, які знаходяться в тісному побутовому та / чи статевому контактах з хворим;
- проводити дезінсекцію одягу та білизни хворого.

Протикоростяні препарати:

- аерозолі "Спрегаль", "Параплюс";
- бензилбензоат у вигляді 25 % крему та 20 % суспензії;
- сірчана мазь;
- мило К;
- за методом Дем'яновича.

## Профілактика та протиепідемічні заходи у хворих на коросту

При проведенні протиепідемічних засобів враховується епідеміологія захворювання.

## ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

**Варіант А** – при наявності тематичних пацієнтів: закріплення студентів за тематичними пацієнтами.

**Завдання №1:** Курація тематичних пацієнтів (виконання I та II етапів медсестринського процесу).

**Варіант В** – при відсутності тематичних пацієнтів: забезпечення студентів ситуаційними задачами (витягами з медичної карти стаціонарного пацієнта).

Виконання завдання для варіантів А і В

**Завдання №1** Здійснити I та II етапи медсестринського процесу при інфекційних та паразитарних дерматозах

**Завдання №2** Здійснити III та IV етапи медсестринського процесу при інфекційних та паразитарних дерматозах

**Завдання №3** Здійснити V етап медсестринського процесу при інфекційних та паразитарних дерматозах

**Завдання №4** Опрацювати Наказ МОЗ України №38 від 28.03.1994р.

## **ХІД ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ**

***Завдання 1. Здійснити I та II етапи медсестринського процесу при інфекційних та паразитарних дерматозах.***

1.1. Провести опитування пацієнта з інфекційним та паразитарним дерматозом, акцентуючи увагу на відчуття, які супроводжують висипку, скарги з боку загального стану пацієнта та з'ясувати місце його роботи.

1.2. Провести медсестринське об'єктивне обстеження пацієнта, звертаючи особливу увагу на висипку, стан регіонарних лімфовузлів, місцеву температуру та температуру тіла пацієнта.

1.3. Описати осередок ураження.

1.4. Дати медсестринську оцінку стану пацієнта, визначити медсестринські діагнози.

***Завдання 2. Здійснити III та IV етапи медсестринського процесу при інфекційних та паразитарних дерматозах.***

2.1. Скласти план медсестринських втручань (III етап).

2.2. Відпрацювати алгоритм дезінфекції шкіри навколо осередку ураження при піодерміях.

2.3. Відпрацювати алгоритми зовнішньої терапії при інфекційних та паразитарних дерматозах.

2.4. Розібрати всі правила та умови виконання плану медсестринських втручань (IV етап).

***Завдання 3. Здійснити V етап медсестринського процесу при інфекційних та паразитарних дерматозах.***

3.1. Оцінити результати медсестринських втручань, передбачити можливі потреби в корекції.

3.2. Провести дезінфекцію при корості.

***Алгоритм дезінфекції шкіри навколо осередку ураження при піодерміях***



1. Вимити руки у проточній воді з милом, висушити рушником, вдягнути гумові рукавички.
  2. Змочити марлевий тампон 2 % спиртовим розчином саліцилової/ борної кислоти або аніліновим барвником.
  3. Круговими рухами змастити шкіру навколо ураження змоченим тампоном.
- Примітка!* Маніпуляцію проводити кілька разів на день.

***Алгоритм накладання чистого іхтіолу на інфільтрат при глибоких піддерміях***

1. Вимити руки у проточній воді з милом, висушити рушником, вдягнути гумові рукавички.
2. На стерильний бинт нанести шпателем чистий іхтіол.
3. Накласти бинт з іхтіолом на інфільтрат.
4. Накрити бинт вощаним папером.
5. Забинтувати.

***Алгоритм лікування корости бензилбензоатом (25% крем чи 20 % емульсія для дорослих пацієнтів, 10% емульсія — для дітей)***

1. Гігієнічний душ, зміна натільної та постільної білизни.
2. Крем / емульсію бензилбензоату втерти рівномірно у всю поверхню тіла (від шиї до п'ят), особливо ретельно в місцях висипки. З рук препарат не змивати мінімум 3 год, а після їх миття втирання повторити.
3. 2-й, 3-й день не митися, не міняти білизни, не втирати препарат
4. 4-й день: гігієнічний душ, зміна білизни, втирання препарату
5. 5-й, 6-й день — не митися, не міняти білизну, не втирати препарат.
6. 7-й день: гігієнічний душ, зміна білизни.

***Алгоритм лікування корости сірчаною маззю (33%- дорослим пацієнтам, 10 - 15%- дітям)***

1. Гігієнічний душ, зміна натільної та постільної білизни.
2. 1 - 6-й день: втирати мазь у всю поверхню тіла від шиї до п'ят, особливо ретельно у місцях висипки. З рук препарат не змивати мінімум 3 год, а після їх миття втирання повторити.
3. 7-й день: гігієнічний душ, зміна натільної та постільної білизни.

***Алгоритм лікування корости за методом Дем'яновича***

1. Змочити кисть у 60 % розчині тіосульфату натрію і втирати його в шкіру пацієнта протягом 10 хв.
2. Зробити перерву на 5 хв.
3. Повторити втирання тіосульфату натрію.
4. Зробити перерву на 5 — 10 хв.
5. Вимити руки з милом.



6. Налити 6 % розчин хлористої кислоти в долоню і втирати його в шкіру у чотири прийоми протягом 20 хв.
7. Проводити обробку шкіри за такою послідовністю протягом 3 днів.
8. Гігієнічний душ, заміна натільної та постільної білизни.

### **Таблиця фізичної дезінфекції при корості**

Об'єкти дезінфекції	Спосіб проведення дезінфекції
Брудна натільна та постільна білизна хворого та контактних осіб	Кип'ятити у 2 % розчині соди / прального порошку протягом 10 хв з моменту закипання
Ковдра, матрац, подушки хворого	Чистити щіткою на відкритому повітрі, пропрасувати гарячою праскою через вологу тканину
Приміщення, предмети обстановки	Щоденне прибирання кімнат 2 % мильно-содовим розчином / розчином прального порошку
Ганчірки для прибирання	Кип'ятити у 2 % мильно-содовому розчині /розчині прального порошку протягом 10 хв після закипання

### **Питання для самоконтролю:**

1. Назвіть хвороби внутрішніх органів, які сприяють рецидиву- ванню та хронізації піодермій та поясніть, чому саме вони?
2. Які додаткові обстеження, на Вашу думку, показані пацієнтові при частих рецидивах чи неефективності лікування піодермій?
3. Чи у всіх випадках виникнення піодермій показане загальне етіо- тропне лікування?
4. Чому, на Вашу думку, свербіж шкіри у хворих на коросту виникає ввечері та вночі?
5. З чим пов'язані особливості сучасного перебігу корості?

### **Ситуаційні задачі:**

1. Пацієнтка Р., 34 р., скаржиться на висипання в міжпальцевих проміжках кистей, які супроводжуються інтенсивним свербіжем, особливо вночі. При об'єктивному обстеженні в міжпальцевих проміжках виявлено папульозні висипання та екскоріації. Якому дерматозу відповідають ці клінічні дані? Які можливі шляхи розвитку V процесу медсестринського процесу при даному дерматозі?
2. Пацієнтка О., 6 р., скаржиться на висипання на обличчі, які супроводжуються неінтенсивним свербіжем. При огляді пацієнтки виявлено: на тлі рожевої шкіри поодинокі пустули, жовті кірки у значній кількості. Який дерматоз можна запідозрити у даної пацієнтки?
3. Пацієнт О., 35 р., скаржиться на болючі висипання на сідницях та підвищення температури тіла. При огляді пацієнта виявлено: червоний вузол з нечіткими краями, діаметром 1 — 2 см, в центрі вузла — пустула. Про яку патологію можна думати?

### Тестові питання:

1. Пацієнт 25 р. скаржиться на появу сверблячки, особливо вночі протягом 3-х днів. При огляді: на шкірі пальців (бокових поверхнях, міжпальцевих складках), передній частині похових ямок, на животі, сідницях, внутрішній поверхні стегон, молочних залозах чисельні попарно розміщені папуло-везикули, екскоріації, кров'янисті кірочки. Для якого захворювання це характерно?

- А. Екзема
- В. Алергічний дерматит
- С. Короста
- Д. Атопічний дерматит
- Е. Еритразма

2. М/с провела обробку шкіри хворого 25 % кремом бензилбензоату. На який день лікування втирання необхідно повторити.

- А 2 день

- В. 4 день
- С. 3 день
- Д. 5 день
- Е. 6 день

3. Хворому для лікування корости призначено 33 % сірчану мазь. На які ділянки тіла м/с повинна нанести мазь?

- А. На все тіло, крім обличчя
- В. На шкіру живота
- С. На шкіру між пальцевих складок
- Д. На шкіру сідниць
- Е. на шкіру кінцівок

4. Медичний працівник готує бесіду з профілактики корости. На який основний шлях передачі хвороби йому слід звернути увагу слухачів.

- А. При перебуванні в ліжку із хворим
- В. При використанні посуду хворого
- С. Недотримання правил особистої гігієни
- Д. При купанні у відкритих водоймах
- Е. При потисканні рук

5. Хворий 23 р. звернувся до лікаря-дерматолога зі скаргами на висип на шкірі кистів. З анамнезу з'ясовано, що висип виник 2 тижні тому після подорожі. При об'єктивному обстеженні на шкірі міжпальцевих складок кисть, бокових поверхонь пальців та згинальних поверхонь передпліч спостерігається поліморфний симетричний висип, що складається з папул, везикул, які розміщені попарно; білуватих звивистих ліній, що незначно підвищуються над рівнем шкіри, довжиною 0,5 – 1,0 см, розчухів і геморагічних кірок. Які скарги можливі при даному захворюванні у пацієнта?

- А. Незначне поколювання шкіри у місцях висипу
- В. Болючість шкіри, що посилюється при пальпації елементів висипу
- С. Відчуття жару, що часто виникає нападами, внаслідок тертя одягу та інших чинників
- Д. Свербіж шкіри, що посилюється ввечері і вночі
- Е. Печіння шкіри, що посилюється при потінні

6. У дитини С. виникла висипка у вигляді міхурців з серозним вмістом, які поширюються на неуражену шкіру з тенденцією до злиття, деякі з них покриті жовто-солом'яною кірочкою. Локалізація на обличчі в ділянці правої щоки. Незначний свербіж.

Для якого захворювання характерні ці симптоми:

- А. Контактного дерматиту
- В. Імпетиго
- С. Екземи
- Д. Атопічного дерматиту
- Е. Простий герпес

7.Скарги пацієнтки на свербіж шкіри, що посилюється вночі. Об'єктивно: дрібні папули, які розміщені попарно, везикули, розчухи, кров'яні кірочки на характерних для корости місцях. Яка потенційна проблема може виникнути у пацієнта?

- А. Біль в ділянці висипу
- В. Гноячкове захворювання шкіри
- С. Лихоманка
- Д. Депігментація
- Е. набряк

8.Пацієнт М., 22 р., скаржився на біль в ділянці шиї, нездужання, підвищення Температури тіла до 39° С. При огляді: на задній поверхні шиї масивний інфільтрат синюшно-червоного кольору із кількома отворами, через який виділяється гній із домішками крові. Вкажіть захворювання, про яке йде мова.

- А. Карбункул
- В. Флегмона
- С. Фурункул
- Д. Абсцес
- Е. Бешиха

9.У дитини 2-х років відмічається свербляча висипка на кистях, долонях, підошвах у вигляді червоних вузликів. Свербіж посилюється вночі. Був встановлений діагноз короста. Яким медикаментозним засобом медсестра повинна обробити шкіру дитини?:

- А. 5 % спиртовим розчином йоду
- В. 20 % суспензією бензилбензоату
- С. Розчином фукокорчину
- Д. 10 % суспензією бензилбензоату.
- Е. Розчином Ніттіфору

10.Які ліки буде застосовувати медсестра у пацієнта з імпетиго при місцевому виконанні лікарських призначень:

- А. Анілінові барвники, кортикостероїдні мазі
- В. Анілінові барвники, мазі бактробан, банеоцин
- С. Тетрациклінова мазь
- Д. Ванни з трав
- Е. Ванни та кортикостероїдні мазі

## **Домашнє завдання: « Медсестринський процес при мікозах».**

### **Додаток 1**

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

**НАКАЗ**  
**№ 38 від 28.03.94**  
**м.Київ**

#### **Про організацію та проведення заходів по боротьбі з педикульозом**

Проблема педикульозу в Україні залишається актуальною. Згідно з офіційною реєстрацією осіб з педикульозом, розпочатою в 1986 році, найвищий показник ураженості був у 1990 році і складав 193.4 на 100 тис. населення. Реєструється, в основному, головний педикульоз. Виявляється він в усіх областях України. Найбільша ураженість відмічається серед дитячих, підліткових колективів. Щорічно діти до 14-років складають 80-85% від усієї кількості уражених педикульозом. Серед школярів уражені педикульозом виявляються, як правило, після канікул. У вересні виявляються до 30% від зареєстрованих протягом року.

Працівники лікувально-профілактичних, дитячих установ до огляду на педикульоз часто ставляться формально. Процент осіб з педикульозом, виявлених при оглядах, які проводять спеціалісти санепідстанції і дезстанції, у декілька разів вищий, ніж при оглядах працівниками лікувально-профілактичних установ. Нерідко педикульоз виявляють у хворих, які госпіталізовані за направленням поліклінік, а також у дітей, що направляються у літні оздоровчі установи. Не приділяється достатньої уваги боротьбі з педикульозом серед найнебезпечніших контингентів - осіб без певного місця проживання.

Санітарно-епідемічна служба послабила державний санітарний нагляд за проведенням заходів, спрямованих на профілактику та боротьбу з педикульозом. Мають місце випадки, коли джерела педикульозу в дитячих і підліткових організованих колективах не виявляються, не пред'являються необхідні вимоги до адміністрації учбових закладів, гуртожитків щодо створення необхідних побутових умов для регулярного миття та зміни постільної білизни. Недостатньо гостро і послідовно ставляться перед органами житлово-комунального господарства, побутового обслуговування та іншими установами питання будівництва, реконструкції або ремонту та експлуатації лазень, пралень, душових, санітарних пропускників.

З метою посилення і удосконалення заходів профілактики і боротьби з педикульозом:

НАКАЗУЮ:

Затвердити та ввести в дію Інструктивно-методичні вказівки щодо проведення протипедикульозних заходів (додається).

Пропоную:

1. Міністру охорони здоров'я Республіки Крим, начальникам управлінь охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, головним лікарям басейнових лікарень:

1.1. Прийняти Інструктивно-методичні вказівки щодо проведення протипедикульозних заходів до неухильного виконання.

1.2. Систематично інформувати місцеві державні адміністрації про стан ураження педикульозом, забезпечення населення пунктів лазнями, душовими, санітарними пропускниками, пральнями. В інформаціях зазначити установи і відомства, з вини яких не виконуються профілактичні і протипедикульозні заходи.

1.3. Забезпечити складання планів комплексних заходів по боротьбі з педикульозом разом з зацікавленими міністерствами і відомствами.

1.4. Забезпечити повне виявлення на педикульоз серед осіб, які звертаються по медичну допомогу до закладів і установ охорони здоров'я, в дитячих і підліткових установах, осіб без певного місця проживання.

1.5. Організувати на адміністративних територіях систематичне (1 раз у 2 роки) проведення семінарів по підвищенню кваліфікації медичних працівників, в тому числі середнього медичного персоналу, з питань активного виявлення осіб з педикульозом та проведення протипедикульозних заходів.

2. Головним лікарям Кримської республіканської, обласних, Київської, Севастопольської міських та басейнових санепідстанцій:

2.1. Забезпечити облік і реєстрацію кожного випадку педикульозу в порядку, встановленому для інфекційних захворювань.

2.2. Підвищити вимогливість до керівників лікувально-профілактичних установ за додержанням санепідрезиму в лікарнях, дитячих і підліткових установах, профтехучилищах, гуртожитках, будинках для інвалідів та пристарілих, до керівників об'єктів комунально-побутового обслуговування щодо забезпечення санітарно-гігієнічних умов, які попереджують занесення і розповсюдження педикульозу, використовуючи для цього всі права державного санітарного нагляду.

**2.3. Випадки масового педикульозу в організованих колективах виносити на обговорення в місцевих державних адміністраціях з притягненням до адміністративної відповідальності керівників установ за допущені недоліки.**

2.4. Забезпечити обов'язкове епідеміологічне розслідування кожного випадку платтяного педикульозу з прийняттям невідкладних заходів пошуку джерела педикульозу та попередження його розповсюдження, а також епідеміологічне розслідування вогнищ головного педикульозу в організованих колективах.

**2.5. Встановити термін нагляду за вогнищем педикульозу - 1 місяць з проведенням огляду на педикульоз у вогнищі 1 раз в 10 днів. Вважати вогнище основним після триразових негативних результатів обстеження.**

2.6. Не дозволяти експлуатацію побутових, реконструйованих, капітально відремонтованих лікарняних установ без забезпечення їх стаціонарними дезінфекційними камерами у відповідності з нормативами.

2.7. Забезпечити вибірковий контроль обґрунтованості заявок лікувальних закладів та аптечних установ на педикулоциди, за правилами їх використання. При необхідності заслуховувати ці питання на санепідрадах.

2.8. Забезпечити контроль за наявністю в аптеках протипедикульозних препаратів та направлення їх на контроль у Львівський НДІ епідеміології та гігієни.

2.9. Періодично розглядати питання по боротьбі з педикульозом разом із зацікавленими службами та відомствами.

3. Директору Львівського НДІ епідеміології та гігієни (Безкопильний І.Н.):

3.1. Проаналізувати причини розповсюдження педикульозу на території України, розробити пропозиції по вдосконаленню протипедикульозних заходів і представити їх до Головного санепідуправління МОЗ України до 01.06.94 р.

3.2. Забезпечити дослідження біологічної активності антипедикульозних засобів, які використовуються в Україні.

3.3. Розробляти і направляти в області пропозиції щодо проведення протипедикульозних заходів, звернувши особливу увагу на дитячі закриті установи, будинки для пристарілих, дитячі оздоровчі установи, школи-інтернати, професійно-технічні училища.

Контроль за виконанням цього наказу покласти на начальників головних управлінь - санітарно-епідеміологічного Моїсєєву А.В., організації медичної допомоги і медичного страхування - Картиша А.П., організації медичної допомоги дітям і матерям Гойду Н.Г.

Заступник міністра В.Ф.Марієвський

Затверджено  
наказом МОЗ України  
N 38 від 28.03.94 р.

## **Інструктивно-методичні вказівки щодо проведення протипедикульозних заходів**

### **1.Епідеміологічне і санітарно-гігієнічне значення вошей.**

На тілі людини паразитують три види вошей: платтяні, головні та лобкові. Ураження головними та платтяними вошами називається педикульозом, лобковими - фтиріоз.

#### **Платтяні і головні є переносниками тифу, волинської гарячки та зворотного тифу.**

Збудник епідемічного висипного тифу - рикетсії Провачека потрапляють у шлунок вошей разом з кров'ю хворого на висипний тиф, проникають в епітеліальні клітини шлунка і там розмножуються, накопичуючись у великі кількостях. В результаті бурхливого розмноження рикетсій клітини епітелію розриваються, збудник потрапляє у просвіт кишечника. Рикетсії виділяються назовні разом з фекальними масами. Зараження людини висипним тифом відбувається внаслідок втирання збудника у пошкоджену шкіру або кон'юнктиву ока. Воша набуває здатності бути заразною для людини через 4-7 днів після кровосмоктання на тілі хворого. Термін життя вошей, заражених р.Провачека, скорочується внаслідок того, що вони через 7-12 днів після зараження гинуть від рикетсійної інфекції.

Воші, що насмокталися крові хворих на хворобу Бриля, можуть передавати рикетсії іншій людині, як і при епідемічному висипному тифі.

Механізм передачі збудника волинської гарячки такий самий, як і при висипному тифі але воші, заражені збудником волинської гарячки не гинуть.

Збудник зворотного тифу - спірохета Обеймейера потрапляє з кров'ю хворої людини в кишечник вошей, звідти вже через 15 хвилин переходить в гемолімфу і розмножується. Заразною вош стає вже через 5-6 днів, найбільшої небезпеки набуває на 8-21 день. Людина заражається при роздушенні воші і попаданні гемолімфи, яка містить спірохети. у пошкоджену шкіру і слизові.

#### **1.1.Відомості про біологію та екологію вошей.**

Воші протягом свого життя перебувають на тілі людини і живляться її кров'ю, при своєму розвитку проходять 3 стадії: яйце-гнида, личинка і статевозріла воша. Яйце має довгасту форму (1.0-1.5 мм довжини), жовтувато-білого кольору, міцно склеєна з волоссям.

Личинка сірувато-коричневого кольору, пересувається за допомогою 3 пар лапок, а кігтикиами, що дозволяє їм міцно триматися на волоссі або тканині, в т.ч. синтетичній.

Дорослі воші сірувато-коричневого забарвлення, після кровосмоктання темніші, самиці більші за самців, пересуваються за допомогою 3 пар лапок з кігтикиами.

Платтяна воша має довжину тіла: у самиці - 2.3-4.75 мм, самця - 2.1-3.7 мм. Живе у близьні людини, при великій кількості може селитися в одязі, постільній близьні, панчохах, взутті. Для кровосмоктання платтяні воші виходять на шкіру, для відкладання яєць скупчуються у найтепліших місцях-зборках, швах та інших. Самиця платтяної воші відкладає яйця купками по 6-14 штук на день (200-300 штук за життя). Яйця міцно з'єднанні з тканиною. Тривалість життя воші - 32-46 діб.

Головна воша найчастіше живе у волосистій частині голови, в основному, на скронях, потилиці, тім'ї, але може зустрічатися також на тілі, одязі, близьні. Самиця відкладає на волоссі до 4 яєць на день (150 яєць за життя), які біля кореня дуже міцно зв'язані з волоссям за рахунок речовини, що виділяє самиця. Тривалість життя дорослих вошей 27-38 діб.



Лобкова воша (площиця) живе на волоссі лобка, бровах та інших волосистих частинах тілах, міцно утримуючись на шкірі, малорухома. Поза тілом господаря може жити не більше 12 годин. Самиця відкладає по 3 яйця (50 за життя). Без харчів головна воша живе 24 години, платтяна - 7-10 діб, лобкова воша - 10 годин. Розповсюджуються воші, переповзаючи з однієї людини на іншу при безпосередньому контакті, при користуванні спільними речами - одягом, білизною, головними уборами, гребінцями, щітками для волосся та інше. Збереженню завошивленості сприяють скупченість населення, порушення санітарно-гігієнічного режиму, а також невиконання правил особистої гігієни.

### **3. Організація та проведення протипедикульозних заходів.**

Протипедикульозні заходи є частиною комплексу загальних заходів по дотриманню протиепідемічного і санітарно-гігієнічного режиму.

Робота по попередженню педикульозу і боротьбі з ним виконується згідно з Комплексним планом, розробленим і затвердженим керівниками органів охорони здоров'я та зацікавленими міністерствами і відомствами. Організаційно-методичну роботу по виявленню педикульозу виконують відділи особливо небезпечних інфекцій обласних санітарно-епідеміологічних станцій, епідеміологічні відділи міських санітарно-епідеміологічних станцій, а роботу по ліквідації вогнищ - дезстанції і дезпідрозділи санітарно-епідеміологічних станцій. План узгоджується з місцевими органами влади. При розробці плану необхідно врахувати:

1. Забезпечення умов, необхідних для додержання санітарно-гігієнічних та протиепідемічних режимів в організованих дитячих колективах.

2. Організація та проведення планових оглядів населення (дитячі ясла; садки, дитячі будинки, будинки малюка, загально-освітні школи, школи-інтернати, профтехучилища, гуртожитки, установи соціального забезпечення, промислові та сільськогосподарські підприємства.

3. Санація вогнищ, дезобробка завошивлених осіб.

4. Забезпечення ефективними інсектицидними засобами лікувальних установ, аптечної мережі, організованих колективів.

5. Організація та проведення широкої санітарно-просвітньої роботи, навчання способам профілактики і боротьби з педикульозом широких верств населення методами усної пропаганди через засоби масової інформації.

З метою виявлення вогнищ педикульозу в плановому порядку проводяться огляди різних контингентів населення силами таких груп медпрацівників:

1. Всього населення - при проведенні диспансерних та профілактичних оглядів (кабінет долікарського огляду, КІЗ) та при кожному зверненні по меддопомозі, в тому числі при оформленні планової госпіталізації, обслуговуванні викликів вогнищ інфекційних захворювань та інше.

**2. Дітей, що відвідують дитячі дошкільні установи - щоденно медперсонал разом з вихователями.**

3. Учні шкіл-інтернатів - щотижня перед і після кожного відвідування родини - медперсонал установи разом з вихователями.

**4. Учні загальноосвітніх шкіл та профтехучилищ - після кожних канікул за показаннями - вибірково - медперсонал з залученням вчителів.**

5. Дітей, що проживають у будинках малюка, дитячих будинках, спецсанаторіях та інше - при надходженні, пізніше - щотижня в дні купання та при виписуванні - медперсонал, із залученням вихователів. Огляду підлягає також і обслуговуючий персонал.

6.Дітей, що відїжджають в оздоровчі табори, санаторії для навчання комісійно педіатром та представниками дезстанцій, щотижня в період перебування, перед поверненням з нього, під час профоглядів.

**7.Осіб, при прийомі на лікування в стаціонари, будинки для осіб похилого віку, інтернати та інші спеціальні медичні установи - медперсонал приймального покою, протягом лікування - кожні 7-10 днів та при виписці медперсонал відділень.**

8.Коллективів, що формуються по оргнабору, переселенців, студентських загонів - перед виїздом до місця роботи та при поселенні - медпрацівники, що обслуговують названі контингенти за рішенням місцевих органів охорони здоров'я.

9.Осіб, що ведуть безладний спосіб життя - при затриманні органів внутрішніх справ, муніципальною міліцією - при розміщенні у відповідні установи - медпрацівники даних установ або за домовленістю медпрацівників територіальних органів охорони здоров'я.

10.Осіб, які спілкувалися з ураженими педикульозом - на протязі 24 годин після виявлення вогнища - силами епідвідділів санепідстанцій.

До проведення одночасних оглядів організованих контингентів за графіками і за епідемічними показниками рішенням територіального органу охорони здоров'я створюються бригади медпрацівників загальномедичної мережі, санепідслужби і представників відомств.

Для проведення оглядів на завошивленість в ЛПЗ дитячих і підліткових установах, оздоровчих установах, будинках пристарілих рекомендовано виділити спеціальне приміщення з хорошим освітленням і відповідною укладкою (п.7).

**При виявленні педикульозу в організованих колективах проводять обов'язкове епідеміологічне розслідування. Обсяг та методи обробки вирішуються комісійно за участю дезінфекціоніста, епідеміолога та санітарного лікаря, які курирують цю установу.**

При проведенні оглядів на педикульоз реєстрацію людей, у яких він виявлений, здійснюють у журналі обліку та реєстрації інфекційних захворювань (ф.060) у. Обліку підлягають особи, у яких при огляді вперше виявлені як життєздатні, так і нежиттєздатні воші в той же день з подальшим направленням екстреного повідомлення - (ф.058) у відповідному порядку.

В журналі обліку інфекційних захворювань (ф.060) у) реєструються необхідні відомості у відповідності з позначенням граф, звернувши увагу на місце постійного проживання, роботи, навчання. У графі "Дата захворювання" зазначають дату виявлення педикульозу. У графі "Діагноз і дата його встановлення" - зазначають діагноз основного захворювання, якщо педикульоз виявлено у хворого. У графі "Змінений уточнений діагноз і дата його встановлення" - зазначають вид педикульозу: головний, платтяний, змішаний, а також стадії розвитку вошей. У графі "Лабораторне дослідження та його результат" - зазначають дату, вид обробки і результати наступного контролю ефективності обробки. У графі "Примітка" зазначають випадки повторного виявлення педикульозу у даної людини, якщо на протязі 12 місяців педикульоз у неї було виявлено неодноразово.

У звітних формах NN 1,2 подають випадки педикульозу, (головного, платтяного, змішаного) вперше зареєстровані на протязі звітного року. Випадки лобкового педикульозу не подаються. Вони підлягають реєстрації дерматовенерологічною службою, яка здійснює обробку завошивлених.

#### **4.Профілактичні та винищувальні заходи.**

З метою попередження завошивленості та її поширення в сім'ї або колективі проводяться профілактичні, гігієнічні заходи, які передбачають: регулярне миття тіла - не менше 1 разу на 7-10

днів, зміну білизни в цей же термін або в міру забруднення з відповідним пранням, щоденне розчісування волосся, систематичне очищення верхнього одягу, головних уборів, постелі, дотримання чистоти.

При виявленні вошей на будь-якому ступені розвитку (яйце, личинка, доросла воша) дезинсекцію проводять одночасно, знищуючи вошей безпосередньо як на голові, тілі людини, так і на його білизні, одязі та інше (на протязі 1 доби).

Дезинсекцію завошивлених осіб проводять силами медперсоналу, що здійснює огляди, або спеціально виділеними для цієї мети особами:

- 1) у медичних установах - медперсоналом цих установ;
- 2) в організованих дитячих установах - медперсоналом цих установ.

Забороняється відмовляти у госпіталізації по основному захворюванні через педикульоз.

Допускається проведення обробки завошивленого вдома після вичерпного інструктажу щодо застосування педикулоцидів, правил техніки безпеки та особистої гігієни з подальшим контролем якості обробки дезпідрозділами.

Контроль якості дезобробки проводять дезпідрозділи санепідстанції або дезстанції до повної ліквідації вогнища.

Особливу увагу необхідно звернути на осіб з "хронічних вогнищ" (неодноразова реєстрація педикульозу на протязі року) та "тривалоактивних" вогнищ (на протязі місяця педикульоз не ліквідовано).

Дезинсекційні заходи по боротьбі з вошами включають механічний, фізичний та хімічний методи боротьби.

Механічний метод звільнення від вошей та їх яєць проводиться шляхом вичісування густим гребенем, обстригання або гоління. Волосся збирається на папір і спалюється.

Перед вичісуванням волосся промивається теплим 5-10% розчином столового оцту, голова зав'язується хусткою або рушником, експозиція 30 хвилин - 1 година. Після цього полегшується вичісування яєць вошей.

При хімічному методі боротьби використовуються такі засоби:

1. 0.15% водна емульсія карбофосу (витрата препарату на 1 особу становить 10-50 мл; експозиція 20-30хвилин);
2. 20% водна-мильна суспензія (емульсія) бензилбензоату (10-30 мл, експозиція 20-30 хв.);
3. 10% водна мильно-гасова емульсія (10-20 мл, експозиція 30 хвилин - 1 година);
4. 50% водна мильно-сольвентова емульсія (30-50 мл, експозиція 30 хвилин);
5. Лосьйон "Ниттифор" (Угорщина) 50-60 мл, експозиція 40 хв.;
6. Анті-Пі (Польща), 1 мл. експозиція 5 хв.;

7. Препарат лонцид (30-50 мл. експозиція 30 хв.); Крім того пропонуються нові перспективні педикулоциди: Локонид, Педикулін, Педикрин, Нитілон, Опофос, Перфолон та інші.

При відсутності вищеназваних засобів можна використовувати порошок піретруму (15 г при експозиції не менше 2 годин).

Після обробки педикулоцидами волосся промивають столовим оцтом, потім проводять вичісування яєць вошей. Із фізичних методів обробки використовують чищення речей, обробку високою температурою (кіп'ятіння, прогладжування або камерний спосіб обробки).

Заовшивлену білизну кіп'ятять у 2% розчині кальцинованої соди протягом 15 хвилин, прасують з обох сторін, звертаючи особливу увагу на шви, зборки, зморшки та інше. За епідеміологічними показаннями проводять камерну обробку постільних речей згідно з відповідною інструкцією. Для обробки одягу застосовують переважно камерний спосіб.

При необхідності повторну роблять через 7-12 днів. При головному та платтяному педикульозі у вогнищах захворювань або в таких випадках, коли відсутні інші засоби застосовують препарат бутадіон. При вживанні бутадіону кров людини набуває токсичних властивостей, які зберігаються на протязі 14 діб. Бутадіон призначають:

-дорослим після їжі по 0.15 г 4 рази на добу на протязі 2 діб;

-дітям до 4-х років застосування бутадіону заборонено;

-дітям від 4 до 7 років бутадіон призначають по 0.05 г з рази на добу на протязі 2 діб;

-дітям від 8 до 10 років бутадіон призначають по 0.08 г з рази на добу на протязі 2 діб;

-дітям старше 11 років бутадіон призначають по 0.12 г 3 рази на добу на протязі 2 діб.

При виявленні заовшивленості, окрім дезинсекції, проводять санітарну обробку людини, зміну натільної і постільної білизни, а також обробку контактних.

Обробка педикулоцидами дітей до 5 років, вагітних жінок, матерів-годувальниць, людей з пошкодженою шкірою, тяжко хворих заборонена. У цих випадках доцільно використовувати механічний засіб звільнення від вошей.

### **5.Застережні заходи при роботі з інсектицидними препаратами.**

Фасування інсектицидів, виготовлення робочих сумішей виконують у витяжній шафі або на відкритому повітрі, прання речей здійснюють в нежилих приміщеннях, які мають добре провітрюватись з обов'язковим використанням спецодягу, гумових рукавиць, респіраторів РУ-60 М (при роботі з рідкими препаратами) або протипилового У-2к "Мащук" при роботі з дустами.

Обробку осіб інсектицидами проводять у спеціально відведених приміщеннях (не більше 4 особи на 10 м<sup>2</sup>) примусовою вентиляцією при температурі не вище 20 градусів С, в теплу пору року на відкритому повітрі.

Посуд, що був використаний для виготовлення різноманітних форм і розведень інсектицидів, миють горячею водою з содою та милом, але після миття вона не повинна використовуватись для виготовлення або зберігання їжі.

Дезінсекцію приміщень та предметів проводять інсектицидними балонами Карбозоль, Неофос-2 у відсутності людей, тварин, птахів та ін., при відкритих вікнах. Харчові продукти ховають. Аерозоль не

розпиляють поблизу вогню, заборонено під час роботи з інсектицидами палити, пити і приймати їжу. Через 2-3 години проводять вологе прибирання і ретельно провітрюють.

Спецодяг зберігають у спеціальних шафах.

Інсектициди зберігають у спеціально відведених приміщеннях у герметичній упаковці, шафи повинні закриватися на ключ.

Дозволяється використовувати тільки партії препаратів, що мають паспорт, де вказано назву інсектициду, зміст активної речовини, дату виготовлення та термін зберігання.

Місце, де проводять дезінсекцію, забезпечують водою, милом, рушником та аптечкою для надання першої медичної допомоги.

Особи, що постійно працюють з інсектицидами, проходять періодичні медичні огляди відповідно до чинного законодавства.

### **6. Перша допомога при отруєнні педикулоцидами.**

При порушенні техніки безпеки роботи з інсектицидами або при нещасних випадках може виникнути отруєння. При прояві ознак отруєння першу допомогу треба надавати негайно.

Ознаки отруєння інсектицидами: неприємний смак у роті, подразнення горла, паморочення, головний біль, загальна слабкість, нудота, іноді блювання. При роботі з фосфорорганічними інсектицидами можуть з'явитися біль у животі, понос, посилення виділення слини та сліз, звужання зіниці, повільний пульс, м'язові сипання.

При появі отруєння під час розливання інсектицидів отруєного виводять з робочого приміщення, знімають забруднений одяг, дають прополоскати рот кип'яченою водою або 2% розчином питної соди та забезпечують спокій.

При випадковому попаданні в шлунок - штучно викликають блювання, для цього дають випити кілька склянок води (бажано теплої) або блідно-рожевого розчину марганцевокислого калію (1:5000) та подразненням задньої стінки глотки. Повторюють цю процедуру 2-3 рази або промивають шлунок 1-2% розчином питної соди, водною завісиною паленої магнезії, активованого вугілля або товченої крейди (2 столової ложки на 1 л води). Після блювання або промивання шлунка дають випити завісину в 1-2-х столових ложках активованого вугілля або паленої магнезії в склянці води, потім сольцове проносе.

Заборонено давати касторову олію!

При попаданні недорозведеного інсектициду або концентрованої емульсії на шкіру їх обережно знімають ватним тампоном, потім промивають шкіру водою з милом. Для знешкодження залишків фосфорорганічних інсектицидів шкіру протирають нашатирним спиртом або 2-5% розчином хлораміну та промивають водою.

При попаданні інсектицидів в очі їх ретельно промивають струменем води або 2% розчином питної соди. При подразненні слизової очей застосовують 30% розчин альбуміду, при болісному стані - 2% новокаїн.

При наявності однієї з ознак отруєння фосфорорганічними інсектицидами приймають препарати красавки (2-3 таблетки бесалолу, бікарбону, біладіну).

У випадках посилення ознак отруєння ФОР негайно надають медичну допомогу на місці або в поліклініці.

Медичний працівник вводить внутрішньом'язово 1-2 мл 0.1% розчину сірчанокиислого атропіну, а при важкому отруєнні - 3-5 мл. При необхідності атропін вводять повторно через 10 хвилин, підтримуючи легкі ознаки передозування (сухість у роті, розширення зіниць) до появи покращення стану отруєння.

### **7.Протипоказання до роботи з інсектицидами.**

До роботи з інсектицидами не допускаються особи молодші 18 років, вагітні і жінки, що годують, а також особи у нетверезому стані. Протипоказана робота з інсектицидами особам, що мають:

- а) органічні захворювання центральної нервової системи;
- б) психічні захворювання (в тому числі в стадії ремісії);
- в) епілепсію;
- г) ендокринно-вегетативні захворювання;
- д) активну форму туберкульозу легень;
- е) бронхіальну астму;
- е) загальні захворювання органів дихання (бронхіти, ларингіти, атрофічні реніти та інші);
- ж) захворювання печінки, нирок, шлунково-кишкового тракту (виразкова хвороба, хронічний гастрит, коліт);
- з) захворювання шкіри (екзема, дерматити);
- и) захворювання очей (хронічні кон'юктивіти, кератити та інш.);
- і) захворювання органів дихання та серцево-судинної системи, що заважають використовувати респіратори.

### **8.Укладка для оглядів на педикульозю**

- 1.Настільна лампа
- 2.Лупа
- 3.Густий гребень
- 4.Дезрозчин (для змочування гребеня)

Укладка для проведення протипедикульозних обробок

- 1.Клейончатий або полотняний мішок для збору речей хворого
- 2.Оцинковане відро або лоток для спалювання волосся
- 3.Клейончата пелерина

- 4.Гумові рукавиці
- 5.Ножиці
- 6.Густий гребень
- 7.Машинка для стрижки волосся
- 8.Спиртівка
- 9.Косинки (2-8 шт.)
- 10.Вата
- 11.Столовий оцет або оцтова кислота (5-10%)
- 12.Інсектициди для обробки людини
- 13.Інсектициди для обробки білизни та приміщень

### **9.Перелік протипедикульозних засобів з вказівками щодо їх виготовлення і застосування**

1.Карбофос - застосування у вигляді 0.15% водної емульсії. Для виготовлення 1 л 0.15% емульсії беруть 3 мл 50% емульгуючого концентрату карбофосу і розводять його в 1 л води кімнатної температури. Препарат діє на всіх стадіях розвитку вошей. Застосовується виключно медичними працівниками. Норма використання на обробку 10-50 мл, експозиція - 30 хвилин.

2.Бензилбензоат - застосовується у вигляді 20% водно-мильної суспензії або 20% емульсії. Для виготовлення 100 мл 20% водно-мильної суспензії бензилбензоату беруть 2 г мила (зеленого або господарського подрібленого), розводять в 78 мл теплої води, потім додають 20 мл бензилбензоату, ретельно змішують. Отриману суспензію наносять на волосся. Використовується медичними працівниками через аптечну мережу, реалізується за рецептами. Норма використання на 1 обробку 10-30 мл, експозиція - 30 хвилин.

3.Водна мильно-гасова емульсія - застосовується у вигляді 10% емульсії. Для її виготовлення до 50 г рідкого мила (або твердого попередньо розтопленого на водяній бані) при постійному перемішуванні додається невеликими порціями 450 г гасу (можна хлорованого). Отриманий концентрат у кількості 100 г розчиняється в 900 мл теплої води. Норма використання на 1 обробку - 10-50 мл, експозиція - 30 хвилин, 1 година.

4.Мильно-сольвентова емульсія - використовується у вигляді 50% емульсії, яка готується з рівних частин мильно-сольвентової пасти і води (50-60%), при змішуванні яких утворюється однорідна маса. Необхідно проводити повторну обробку через 7-10 днів. Норма використання на 1 обробку 30-50 мл, експозиція - 30 хв.

5.Лосьйон "Ниттифор" - препарат фабричного виготовлення, норма використання на 1 обробку 30-50 мл, експозиція - 30 хвилин.

Спосіб застосування усіх вищезгаданих препаратів полягає в наступному на волосся наносять необхідну кількість препарату (в залежності від густоти та довжини волосся), зав'язують голову поліетиленовою хусткою і рушником, витримують відповідний час згідно з інструкцією, промивають проточною водою з милом або шампунем. Після цього на волосся наносять теплий 5-10% столовий

оцет або отцову кислоту, зав'язують поліетиленою хусткою і рушником, витримують 30 хвилин, полощуть у проточній воді, після чого вичісують густим гребнем загиблих вошей та їх яйця "гниди".

## Література

### *Основна:*

1. Зайченко М.М., Зайченко Я.О. Шкірні та венеричні хвороби. - К: Здоров'я, 2005. - С. 41 - 47; 56 - 58.
2. Кравченко В.Г. Шкірні та венеричні хвороби. - К: Здоров'я, 1995. - С. 65-75.
3. Новосад Л.С. Шкірні та венеричні хвороби. - К: Здоров'я, 2000. - С. 58-65.
4. Шегедин М.Б., Зайченко М.М., Зайченко Я.О. Медсестринство в дерматології і венерології -К: Медицина, 2008. - С. 9 -18,44 - 46.

### *Додаткова:*

1. Савчак В., Галникіна С. Практична дерматологія: Навчальний посібник. - Тернопіль: Укрмедкнига, 1998. - С. 23 - 42, 55-77.
2. Савчак В., Галникіна С. Хвороби шкіри. Хвороби, що передаються статевим шляхом. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. - С. 75 - 84,297.



