



ЛЬВІВСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Н А К А З

від 31 серпня 2016 року

№658

Львів

**Про надання невідкладної
допомоги хворим при підозрі
на правець та організацію
заходів профілактики**

З метою належного виконання наказу МОЗ України від 05.08.1999 №198 «Про вдосконалення профілактики, діагностики та лікування правця»,-

н а к а з у ю:

1. Визначити базовим стаціонаром для лікування хворих на правець старше 18 років - відділення реанімації та інтенсивної терапії Львівської обласної клінічної лікарні.
2. Визначити базовими стаціонарами для лікування хворих на правець дітей до 18 років – відділення реанімації та інтенсивної терапії КЗ ЛОР «Львівська обласна дитяча клінічна лікарня», при потребі проведення екстракорпоральних методів детоксикації – Західноукраїнський дитячий спеціалізований медичний центр.
3. При госпіталізації хворого з підозрою на правець, здійснювати заходи згідно додатку 1 до даного наказу.
4. Начальникам УОЗ Львівської міської ради, відділів охорони здоров'я Стрийської та Дрогобицької міських рад, головним лікарям обласних, міських та центральних районних лікарень:
 - 4.1. призначити наказом відповідальних осіб за організацію проведення екстреної профілактики правця;
 - 4.2. до 10.09.2016 провести навчальні семінари щодо екстреної профілактики правця з використанням інформації, що викладена у додатку 2 до даного наказу;
 - 4.3. забезпечити контроль за дотриманням вимог «Холодового ланцюга» на всіх етапах зберігання та транспортування ІБП;
 - 4.4. вакцинацію проводити медичному персоналу, що пройшов навчання з техніки та теорії імунізації та отримав сертифікат;
 - 4.5. посилити саносвітню роботу з населенням щодо необхідності проведення планової вакцинації проти правця та проведення екстреної профілактики.

5. Головним позаштатним спеціалістам Департаменту ОЗ за фахом «Епідеміологія», «Імунологія», «Дитяча хірургія», «Хірургія», «Інфекційні хвороби», «Дитячі інфекційні хвороби», головному позаштатному експерту з вакцинації здійснювати координацію заходів щодо проведення планової та екстреної вакцинопрофілактики правця та здійснення заходів при лікуванні хворих.
6. Головному лікарю Львівського обласного центру здоров'я Ю.Островерсі розмістити даний наказ на сайті Департаменту ОЗ ЛОДА.
7. Контроль за виконанням залишаю за собою.

Директор департаменту

/підпис/

Б.Р. Чечотка

Юхимів 2764586
Федоренко – 275-54-05
Іванченко (Тімко) 275-54-05
Гончар

ПОРЯДОК ДІЙ ПРИ ПІДОЗРІ НА ПРАВЕЦЬ

Транспортування. Хворі правцем можуть бути безпечно транспортовані належним чином обладнаним автомобільним транспортом в супроводі анестезіолога-реаніматолога.

Хірургічна обробка рани. Важливим компонентом терапії є обробка рани, що послужила вхідними воротами інфекції. Хірургічна обробка вхідних воріт має бути ретельною, з висіченням нежиттєздатних тканин, широким розкриттям абсцесів (шукати т.зв. “холодні абсцеси” під шкірою стіп!), видаленням струпів, сторонніх тіл, промиванням перекисом водню, при необхідності дрениванням. Значні за обсягом, нагноєні подрапини повинні залишатися відкритими і промиватись повторно.

Введення ППС. Протиправцева сироватка (ППС) з лікувальною метою застосовується як специфічний засіб, але вона нейтралізує тільки циркулюючий токсин, тому доцільне якнайраніше її застосування в дозі 500 МО/кг одночасно довенно, для чого її розводять ізотонічним розчином NaCl, або 5% глюкозою 1:10. Суміш підігривають до температури тіла.

Введення імуноглобуліну протиправцевого. Набагато кращим антитоксичним засобом, який забезпечує довготривалу циркуляцію антитоксину в крові при мінімальній алергізації організму, є протиправцевий людський імуноглобулін (ППЛІ). Доза ППЛІ, котра застосовується з лікувальною метою, становить 1000-10000 МО. Вводиться одночасно дом’язево.

Паралельне введення **правцевого анатоксину** недоцільне, оскільки тягне за собою зв’язування введених антитіл.

Антибіотикотерапія. Збудник правця чутливий до пеніциліну та стрептоміцину, тому призначення вказаних антибіотиків в звичних дозах обов’язкове. Згідно сучасних рекомендацій – цефалоспориноліти і метронідазол.

Протисудомна терапія. Для зняття судомного синдрому застосовують барбітурати, нейроплегічні суміші, нейролептики, наркотичні та ненаркотичні анальгетики, атарактики, а також різноманітні комбінації перелічених препаратів. Для зняття судомного синдрому при дуже тяжкому перебігу правця ефективні тільки м’язеві релаксанти з одночасним проведенням штучної вентиляції легенів. Вибір конкретних препаратів для протисудомної терапії здійснюється за принципом найкращого ефекту. Таким же чином індивідуально підбираються і коригуються їх дози. В усіх випадках кращий протисудомний ефект отримується від комбінації препаратів різних груп (фенотіазинові + барбітурати, барбітурати + бензодіазепіни, тощо) за рахунок взаємного потенціювання обов’язковим є застосування анальгетиків та антигістамінних засобів.

При довенному введенні гексаналу або тіопенталу натрію вдається отримати добре керований протисудомний ефект, застосовуючи 0.5 % розчин. Введення 0.5 % розчину барбітуратів проводять до того часу, поки при подразненні (дотуляння, перекладання кінцівок) виникає незначне тонічне напруження.

Для боротьби з судомами при правці найважчого ступеню виникає необхідність застосування м’язевих релаксантів з проведенням ШВЛ. Параметри ШВЛ повинні підбиратись з урахуванням значно вищої у хворих правцем потреби в кисні, порівняно з пацієнтами з іншою патологією.

Трахеостомія. Необхідним заходом під час лікування хворих на правець важкого та дуже важкого ступеню є трахеостомія. Таким хворим трахеостомія показана від моменту поступлення. Накладення трахеостоми покращує альвеолярну вентиляцію, знижує “ціну дихання” в умовах підвищеної потреби в кисні, іммобілізації міжреберних м’язів та обмеження екскурсії діафрагми. Трахеостома попереджує гостру асфіксію, яка викликається фаринголарингоспазмом на висоті судом, а також надає можливість евакуації секрету з трахеобронхіального дерева.

Для профілактики та лікування вторинних пневмоній, які виникають внаслідок мікроциркуляторних порушень в легеневій тканині, на фоні зниження імунобіологічної реактивності організму та попередження тромбоемболічних ускладнень, необхідне застосування антибіотиків та гепарину. Антибактеріальна терапія проводиться антибіотиками широкого спектру дії з врахуванням чутливості флори.

Гепарин застосовують довенно або підшкірно в дозах, які забезпечують сповільнення зсідання крові до 8-10 хв. (по Лі-Уайту).

Такі попереджувальні заходи щодо пневмонії, як баночний масаж, перевертання хворого, вібромасажи грудної клітки проводяться обов'язково.

Великі енергозатрати під час правця вимагають ефективного їх відновлення. Правильно організоване харчування є одним з важливих компонентів лікування хворих правцем. Якщо хворий може ковтати і їжа не викликає у нього фобії, їжу призначають з врахуванням побажань хворого. При наявності дисфагії годування здійснюється через носостравохідний зонд.

Важливим моментом в лікуванні хворих правцем є нормалізація гемодинаміки. Корегуючи гемодинамічні порушення необхідно відновлювати дефіцит рідини в організмі та усувати гіперосмолярність. Регіраційна терапія здійснюється під постійним клініко-біохімічним контролем. Показником її ефективності є зникнення сухості язика, відновлення шкірного тургору, нормалізація гематокриту, електролітного та білкового складу крові. Таку терапію необхідно проводити з перших днів поступлення хворих в стаціонар, оскільки в майбутньому можуть розвиватись виражені, а інколи й незворотні зміни на клітинному рівні у вигляді важкого ступеню клітинної дегідратації. При порівняльній оцінці ефективності інфузійної терапії встановлено, що оптимальною дозою у хворих важкою формою правця необхідно вважати 70-75 мл/кг маси тіла (до цієї кількості входить об'єм рідини, яка вводиться через зонд у вигляді харчових сумішей). Об'єм інфузій повинен забезпечувати компенсацію всіх витрат рідини з врахуванням гіпергідрозу, гіпервентиляції, температури тіла. Одночасно інфузійна терапія має корегувати електролітний баланс і забезпечувати помірну гемодилуцію (Ht — 35-40).

Велике значення в забезпеченні ефективної терапії хворих правцем має повноцінне парентеральне харчування. Хворий з важкою формою правця при ефективній протисудомній терапії має потребу в 30 ккал/кг/добу. При лихоманці калорична потреба зростає на 10% на кожен градус понад 37,5 гр.С. Потреба у всіх необхідних компонентах покривається при введенні 2-3 г/кг маси тіла на добу вуглеводів (глюкози, сорбіту), 2 г жирів (емульсії), 1,6-2 г суміші амінокислот. Емульсія жирів може бути частково замінена вуглеводами (2 г вуглеводів за енергетичною цінністю відповідають 1 г жирів), але дорослий хворий навіть з надлишковим відкладенням жирової клітковини протягом тижня повинен отримати 800-1000 мл жирових емульсій. Розчини альбуміну, плазми використовуються для підтримки онкотичного тиску плазми та відновлення вмісту плазменних протеїнів. Повноцінне харчування, окрім сумішей амінокислот, вуглеводів та жирових емульсій, потребує також введення необхідної кількості вітамінів та електролітів. Середня добова потреба в електролітах: Na — 1 мМ/кг, Mg — 0,04 мМ/кг, фосфатів — 0,5-0,75 мМ/кг у вигляді двозаміщеного фосфату калію з доданням розчину глюкози, Zn — 0,3 мкг у вигляді сірчаноокислого цинку, який додається до глюкози без фосфатів.

Вітаміни доцільно вводити доведено принаймі в таких дозах щодня: тіамін — 3 мг, рибофлавін — 2 мг, нікотинамід — 200 мг, піридоксин — 10-80 мг, аскорбінова кислота — 100 мг, пантотенова кислота — 10 мг, фолієва кислота — 2 мг, ціанкобаламін — 50 мкг.

Доцільне раннє застосування методів екстракорпоральної дезінтоксикації з метою зменшення рівня циркулюючого правцевого токсину (до 2 тижнів з моменту появи перших ознак захворювання) — дискретний плазмаферез з ексфузією 300-400 мл плазми через день (5-7 сеансів), УФО крові. Для покращення реологічних властивостей крові, окрім того, потрібно вводити реополіглокін з розрахунку 5 мл/кг ваги щоденно, трентал — по 8-9 мг/кг на добу.

При гіпертермії необхідна як фізична, так і хімічна гібернація (закутування змоченими в холодній воді або розведеному оцті простирадлами, холод на проекції магістральних судин, лід на голову та краніоцеребральна гіпотермія за допомогою апарату "Холод", введення анальгіну чи амідопірину в рекомендованих фармакопеею дозах).

При лікуванні важких форм правцевої інтоксикації доцільне застосування гемодилуції та форсованого діурезу поряд з описаними вище заходами. Для гемодилуції можна використовувати реополіглокін, гемодез, альбумін, 5-10% розчин глюкози, розчини електролітів. Загальна кількість рідини в середньому повинна дорівнювати 4,5-5 л. Після попереднього навантаження рідиною (2,5-3 л) вводиться манніт з розрахунку 1 г/кг маси тіла у вигляді 5% розчину частими краплями. В разі необхідності застосовується еуфілін 2,4% розчин по 10 мл. Якщо діуретичний ефект недостатній, додатково вводиться лазикс по 1-2 мл. Паралельно форсованому діурезові контролюється вміст електролітів в плазмі крові. Гемодилуції та форсований діурез проводять протягом вираженого судомного періоду через кожні 2-3 дні.

Перелічені методи доповнюються симптоматичними засобами та повинні підкріплюватись старанним доглядом: вологі обтирання, туалет ротової порожнини, профілактика кератитів, тощо.

Екстрена профілактика правця.

Екстрена профілактика правця показана при:

- травмах з порушенням цілісності шкірних покривів та слизових оболонок;
- відмороженнях та опіках (термічних, хімічних, радіаційних)

другого, третього та четвертого ступеню;

- проникних пошкодженнях шлунково-кишкового тракту;
- позагоспітальних абортах;
- пологах поза медичними закладами;
- гангрені або некрозі тканин будь-якого етапу, абсцесах;
- укусах тваринами.

Екстрена профілактика правця включає в себе первинну хірургічну обробку рани та одночасну специфічну імунопрофілактику. Екстрену імунопрофілактику правця необхідно проводити в період до 20 днів з моменту отримання травми, враховуючи можливу довготривалість інкубаційного періоду при правці.

При важких відкритих травмах для забезпечення повноцінної імунної відповіді на правцевий анатоксин препарат слід вводити не раніше 3-го та не пізніше 12-го дня після травми.

Призначення засобів для екстреної імунопрофілактики правця здійснюється диференційовано залежно від наявності документального підтвердження про щеплення, або даних імунологічного контролю напруженості протиправцевого імунітету, а також враховуючи характер травми.

1. Замість 0.5 мл АП-анатоксину можна використовувати АДП-М-а, якщо необхідна планова вакцинація проти дифтерії цим препаратом.

2. Застосовувати один з вказаних препаратів ППЛІ або ППС, краще вводити ППЛІ.

3. При ранах, що піддаються зараженню ("інфікована рана"), якщо після попередньої ревакцинації пройшло більше ніж 5 років, вводять 0.5 мл АП-а.

4. Повний курс імунізації АП-а для дорослих з двох щеплень по 0.5 мл кожна з інтервалом 30-40 днів і ревакцинації через 6-12 міс. тією ж дозою. При скороченій схемі повний курс імунізації включає одноразову вакцинацію АП-а в подвоєній дозі (1.0 мл) та ревакцинацію через 1-2 роки дозою 0.5 мл, та в подальшому кожні 10 років.

5. Два щеплення за звичайною схемою імунізації (для дорослих і дітей) та одне щеплення при скороченій схемі імунізації для дорослих.

6. При ранах, що піддаються зараженню ("інфікована рана"), вводять ППЛІ або ППС.

7. Усі особи, що отримали активно-пасивну профілактику, для завершення курсу імунізації та виключення повторного введення ППС, через 6-12 міс. повинні бути ревакциновані 0.5 мл АП-а.

8. Якщо локалізація рани дозволяє, АП-а краще вводити в регіон розміщення рани.

Не вводять профілактичні засоби при екстреній профілактиці:

- дітям і підліткам, котрі мають документальні підтвердження проведених планових щеплень відповідно до віку, незалежно від часу, який пройшов від чергового щеплення;

- дорослим людям, котрі мають документальне підтвердження про проведений повний курс імунізації не більше 5 років тому;

- особам, котрі за даними екстреного імунологічного контролю, мають титр правцевого анатоксину у сироватці крові, понад 0,1 МО/мл (за даними біологічної реакції нейтралізації — РН), або понад 0,5 МО/мл (титр РПГА 1:160 при активності діагностикуму 1:1280).

Вводять тільки 0,5 мл. АП-анатоксину:

Замість 0,5 мл АП-анатоксину можна вводити АДП-М-а, якщо необхідна планова імунізація цим препаратом.

- дітям і підліткам, котрі мають документальне підтвердження про проведення курсу планових щеплень без останньої вікової ревакцинації, незалежно від терміну останнього щеплення;

- дорослим людям, котрі мають документальне підтвердження про проведений повний курс імунізації понад 5 років тому;

- особам усіх вікових груп, котрі отримали 2 щеплення не більше 5 років тому, або 1 щеплення не більше 5 років тому;

- дітям з 5 міс., підліткам, військовослужбовцям та тим, котрі відслужили в армії, анамнез про щеплення яких невідомий, а протипоказів немає;

- особам, котрі за даними екстреного імунологічного контролю мали титр правцевого анатоксину в межах 0.01-0.1 МО/мл (за даними РН), або в межах 0.05-0.25 МО/мл (титр в РПГА 1:20 — 1:80 при активності діагностикуму 1:1280).

Проводять активно-пасивну профілактику правця — вводять 1 мл. АП-анатоксину, потім іншим шприцом в іншу частину тіла — ППЛІ (250 МО) або після проведення внутрішньошкірної проби — ППС (3000 МО):

- особам усіх вікових категорій, які отримали 2 щеплення більше 5 років тому, або 1 щеплення більше 2 років тому;

- нещепленим, а також усім, котрі не мають документального підтвердження про щеплення.;

- особам, котрі за даними екстреного імунологічного контролю мають титр правцевого анатоксину нижчий, ніж 0,01 МО/мл (за даними РН), або нижчий 0,05 МО/мл (титр в РПГА менший 1:20 при активності діагностикуму 1:1280).

Усі особи, котрі отримали активно-пасивну профілактику правця, для завершення курсу імунізації в період від 6 міс. до 2 років повинні бути ревакциновані 0,5 мл. АП-анатоксином.

Дітям до 5 міс., котрі з різних причин не щеплені, вводять тільки 250 МО ППЛІ, або (при відсутності ППЛІ) — 3000 МО ППС.

Стан алкогольного сп'яніння не є протипоказом для проведення екстреної профілактики.

Завізували:

заступник
начальника відділу організації медичної
допомоги дорослому населенню
департаменту охорони здоров'я

О.Середа

Виконавець

Л. Юхимів