

Екстренна профілактика правця в контексті термінів звернення пацієнтів за медичною допомогою

**А.А. КОЖОКАРУ, Ю.В. РУМ'ЯНЦЕВ,
В.Л. САВИЦЬКИЙ, О.Д. КРУШЕЛЬНИЦЬКИЙ,
Г.В. ЛУГОВА, Л.І. ФІЛІПЕНКО**

м. Київ

В статті приведені результати дослідження ефективності екстреної профілактики правця в залежності від термінів звернення потерпілих за медичною допомогою. Показано, що терміни проведення екстреної профілактики не мають вирішального значення при попередженні виникнення та розвитку захворювання у випадку відсутності у потерпілого імунного захисту до правця.

Ключові слова: пацієнт, правець, імунітет, анатоксин, профілактика

Екстрена профілактика правця передбачає первинну хірургічну обробку рани та створення антитоксичного імунного захисту шляхом застосування імунобіологічних препаратів (анатоксину, людського імуноглобуліну, сироватки) [4].

Первинна хірургічна обробка рани при правці необхідна для максимального вивільнення останньої від *Cl. tetani* та інших мікроорганізмів, забезпечення кровопостачання рани, з якомога повним збереженням при цьому нервових, сухожильних та м'язових структур місця травми [3, 7, 8].

Екстрена профілактика імунопрепаратами – захід, спрямований на захист від захворювання потерпілих, які за передбаченнями уже заражені інфекційним агентом і перебувають у інкубаційному періоді хвороби, а також осіб, для яких протягом певного часу існує можливий ризик зараження [2]. Для екстреної профілактики доцільне комплексне застосування засобів з різними механізмами дії: імунні сироватки та імуноглобуліни, інтерферони, бактеріофаги, імуномодулятори та імуностимулятори, вакцини і анатоксини. Так, сумісне застосування імуномодуляторів з антибіотиками або хіміопрепаратами сприяє ефективності захисту, розширює його спектр і збільшує тривалість дії. Введення імуностимуляторів з вакцинами прискорює і посилює імунну відповідь організму, що сприяє збільшенню тривалості захисту. При цьому неспецифічний захист за рахунок підвищення резистентності організму стимуляцією імунної системи змінюється специфічною імунологічною захищеністю [2, 6].

За даними авторів, екстрену профілактику правця необхідно проводити в період до 20 дня з моменту отримання травми, враховуючи

можливу довготривалість інкубаційного періоду при правці. При тяжких 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 [3, 6].

Актуальність правця полягає у тому, що летальність при ньому становить 30–40%, а за окремими даними може сягати 60%. Захворюваність на правець до 1962 року стійко підтримувалася на рівні 1,0–1,5 на 100000 населення, а потім внаслідок широкого охоплення населення щепленням почала поступово знижуватися. За останні роки показник захворюваності по Україні не перевищує 0,15–0,2 на 100 тис. [1, 2].

Завдання будь-якої медичної допомоги полягає в тому, щоб якомога швидше та ефективніше підтримати організм в його прагненні до відновлення регенеративно-репаративних та функціональних процесів [1, 5]. Ступінь і об'єм медичних заходів залежить від багатьох факторів і ефекту, якого необхідно при цьому досягти.

Метою нашої роботи стало вивчення ефективності екстреної профілактики правця в залежності від термінів звернень постраждалого за медичною допомогою та якості її отримання.

Матеріали та методи дослідження

Вивчалась ефективність екстреної профілактики правця (введенням АДП (АДП-М) анатоксину) в залежності від термінів звернення за медичною допомогою у 220 пацієнтів, що захворіли на правець у період з 1994 по 2005 рр.

За даними медичної документації потерпілі були розділені на три групи:

- першу групу склали 54 пацієнти, що звернулись по медичну допомогу у перші три дні з моменту отримання травми;
- другу – 89 пацієнтів, що звернулись за медичною допомогою з цього приводу після 3-х днів;
- третю групу склали 77 постраждалих, що взагалі не потребували медичної допомоги.

Зазначимо, що майже у 50% хворих на правець рівень напруженості протиправцевого імунітету не визначався, записи в медичній документації відносно цього були відсутні. З 220 пацієнтів, що захворіли на правець у період з 1994 по 2005 рр., у 108 титр анитоксинів у сироватці крові був невідомим.

Результати дослідження та їх обговорення

З усієї сукупності пацієнтів, що звернулись за медичною допомогою у перші три дні після пошкодження, екстрена профілактика анатоксином і первинна хірургічна обробка рани у повному обсязі були проведені 30 особам (55,6%), ще 11 пацієнтам була проведена тільки первинна

хірургічна обробка рани без введення правцевого анатоксину, оскільки в їхніх медичних документах були записи про проведену раніше ревакцинацію АДП (АДП-М), що відповідала термінам наявності імунітету. Отже, з 41 особи (76%), що захворіли на правець, яким були проведені раніше вакцинація, за необхідності – екстрена вакцинація, а також первинна хірургічна обробка рани, одужали 14 (34,2%) чоловік (рис. 1).

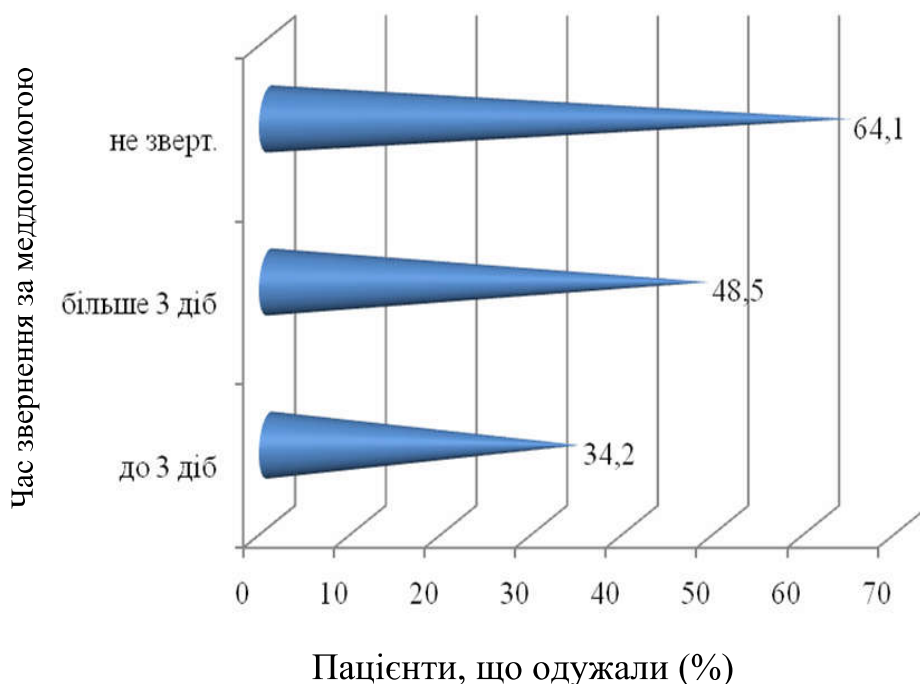


Рис. 1. Кількість хворих на правець, що одужали, залежно від термінів звернення за медичною допомогою.

Кількість осіб з групи, яким з різних причин не була проведена екстрена профілактика правцевим анатоксином (відсутність препарату, алергічна реакція, інші протипоказання), а тільки первинна хірургічна обробка рани, становила 10 (1,8%), з яких одужало дві особи.

Тобто, за умов наявності імунного захисту до правця і своєчасного проведення первинної хірургічної обробки рани, кількість одужавших не перевищувала 40%.

З 89 захворілих на правець осіб другої групи, що звернулись за медичною допомогою після 3-х днів з часу травмування, дані про наявність імунітету до правця мали 72 (80,1%) особи, одужали 36 (40,0%) осіб, у трьох з яких в медичній документації записи про щеплення та неспецифічну профілактику проти правця були відсутні. Кількість пацієнтів з наявністю імунітету до правця (раніше проведена імунізація, екстрена профілактика) та проведеною первинною хірургічною обробкою рани у повному обсязі, становила 33 (37,1%) особи, з них одужало 16 (48,5%). Зазначимо, що з 36 пацієнтів другої

групи, яким була проведена первинна хірургічна обробка рани, у семи ця маніпуляція проводилась частково, оскільки на час звернення хворого по медичну допомогу рана дещо вже встигла загоїтись.

Третю групу, як вже говорилося вище, склали особи, які після пошкодження взагалі не зверталися за медичною допомогою і відповідно яким не були проведені ні екстрена профілактика правця, ні первинна хірургічна обробка рани. Ми вважаємо, що це були особи, ступінь пошкодження у яких була незначною, і які не потребували медичної допомоги. Загальна кількість цих осіб становила 77. З них одужало після проведеного лікування у стаціонарі 30 (39%) чоловік. У 25 (64,1%) осіб, що одужали, в медичній документації не значилось проведення профілактичних заходів проти правця за останні десять років. Але відомо, що відсутність даних про щеплення не є свідченням відсутності імунітету. Отже, кількість хворих, що одужали після перенесеного захворювання на правець, становила:

- серед осіб першої групи (звернулися по медичну допомогу у перші три дні після травмування), яким була проведена екстрена профілактика проти правця, а також первинна хірургічна обробка рани – 34,2%;

- серед осіб другої групи (звернулися по медичну допомогу після трьох днів з часу травмування), в медичній документації яких були дані про імунізацію проти правця і яким була проведена первинна хірургічна обробка рани у повному обсязі – 48,5%;

- серед осіб третьої групи (взагалі не зверталися по медичну допомогу), у медичній документації яких не значились профілактичні заходи проти правця за останні десять років – 64,1%.

Нами проводився також аналіз ефективності екстреної профілактики правця у потерпілих з **невідомим титром антитіл** у крові. Загальна кількість таких осіб 108, з них одужали 40 чоловік (38,03%), а саме:

- у *перші 3 дні* по медичну допомогу звернулось 28 осіб, екстрена профілактика була проведена 17 (60,7%) пацієнтам, решта пацієнтів з тих чи інших причин (відмова, протипоказання) екстрену профілактику не отримали, з 28 осіб одужали 9 (32,1%), померли 19 (67,8%);

- *після 3-х днів* по медичну допомогу звернулась 41 особа, з яких 14 постраждалих отримали екстрену профілактику проти правця, а 27 не отримали, внаслідок лікування одужали 16 (39%), померли 25 (60,9%);

- *не звертались* по медичну допомогу 39 постраждалих, з них чотири особи отримали екстрену профілактику в момент госпіталізації у стаціонар (10,2%), відповідно 35 пацієнтам екстрена профілактика проти правця не проводилась, з 39 осіб одужали 15 (38,5%), померли 24 (61,5%); тобто, кількість одужавших 9 (32,1%) і померлих 19 (67,8%) пацієнтів з групи, що звернулись по медичну допомогу у перші 3 дні, достовірно ($P > 0,05$) не відрізняється від кількості одужавших 15 (38,5%) і померлих 24 (61,5%), що не звертались по медичну допомогу взагалі;

це дозволяє припустити що ефективність екстреної профілактики майже не залежить від термінів первинного звернення по медичну допомогу або дані, занесені у медичну документацію, не відповідають реальності.

Висновки

1. Результати проведених досліджень свідчать про те, що терміни проведення екстреної профілактики правця не відіграють вирішального значення у попередженні виникнення та розвитку захворювання при відсутності у потерпілого заздалегідь імунного захисту до правця.

2. Екстрена профілактика (АДП, АДП-м) та повна хірургічна обробка рани гарантує одужання менше ніж на 50% хворих на правець. На результати лікування хворих від правця впливають багато факторів, одним з найважливіших яких є наявність у потерпілого напруженого протиправцевого імунітету, який з віком втрачається.

3. Дослідження показали, що тяжкість отриманої травми впливає на резистентність організму і на його відновлюючі механізми, і є одним з найвагоміших факторів ризику для осіб літнього віку, хворих на правець.

4. Аналіз проведених досліджень свідчить про суттєве значення у лікуванні хворих на правець правильного медичного догляду, оскільки переважна частина постраждалих є особами літнього віку з ослабленим імунітетом.

Література

1. Крушельницький О.Д. Військова епідеміологія з медичною паразитологією: [навч. посібн. для слухачів Української військово-медичної академії IV рівня акредитації, за ред. проф. М.І. Хижняка] / О.Д. Крушельницький, М.І. Хижняк. – К.: УВМА, 2009. – С. 343–349.

2. Савицький В.Л. Військова епідеміологія (окремі питання): [підручник для слухачів Української військово-медичної академії IV рівня акредитації] / за ред. проф. М.І. Хижняка / В.Л. Савицький, О.Д. Крушельницький, М.І. Хижняк. – К.: УВМА, 2010. – С. 332–337.

3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 198 від 05 серпня 1999 року «Про вдосконалення профілактики, діагностики та лікування правця».

4. Кукуруз Я.С. Відкриті переломи та вогнепальні поранення кінцівок, досвід етапного лікування / Я.С. Кукуруз, Г.Г. Рощін // Проблеми військової охорони здоров'я: Зб. наук. праць УВМА. – Київ: УВМА, 2008. – Вип. № 21. – С. 556–563.

5. Бондарев Л.С. Опыт и перспективы оптимизации лечения больных столбняком / Л.С. Бондарев, А.И. Салоникиди, Е.А. Чебакина, Н.М. Клыса // Сучасні інфекції. – 2004. – № 3. – С. 49–52.

6. Тарасюк О.О. Сучасні аспекти проблеми вакцинопрофілактики в Україні [Інформаційний лист] / О.О. Тарасюк, О.А. Гладка, С.С. Чумаченко, А.В. Вербінець. – 2007.

7. Bratzler D.W. For the Surgical Infection Prevention Guidelines Writers Workgroup. Antimicrobial Prophylaxis for Surgery: An Advisory Statement from the National Surgical Infection Prevention Project / D.W. Bratzler, P.M. Houck // Clin. Infect. Dis. – 2004. – V. 38. – P. 1706–1715.

8. Mangram A.J. Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. Hospital Infection Control Practices Advisory Committee / A.J. Mangram, T.C. Horan, M.L. Pearson [et al.] // Infect. Control. Hosp. Epidemiol. – 1999. – V. 20, № 4. – P. 250–280.

**Экстренная профилактика столбняка с точки зрения времени обращения
пациентов за медицинской помощью**

**А.А. КОЖОКАРУ, Ю.В. РУМЯНЦЕВ, В.Л. САВИЦКИЙ,
О.Д. КРУШЕЛЬНИЦКИЙ, Г.В. ЛУГОВАЯ, Л.И. ФИЛИППЕНКО**

В статье описаны результаты исследования эффективности экстренной профилактики при столбняке, в зависимости от сроков обращения пострадавших за медицинской помощью. Показано, что сроки проведения экстренной профилактики не имеют решающего значения в предупреждении возникновения и развитии заболевания в случае отсутствия у пострадавшего иммунологической защиты от столбняка.

Ключевые слова: *пациент, столбняк, иммунитет, анатоксин, профилактика*

**Urgent prophylaxis of tetanus in the context of patients' appeal
for medical care terms**

**A.A. KOZHOKARU, J.V. RUMYANTSEV, V.L. SAVYITSKIY,
O.D. KRUSHELNITSKIY, G.V. LUGOVA, L.I. FILIPENKO**

The results of investigation of effectiveness of the urgent prophylaxis of Tetanus depending on terms of patients' appeal for medical care are shown in the article. It is demonstrated that the terms of urgent prophylaxis don't play significant role in prevention of disease occurrence and development in case when the casualty doesn't have immunological protection against Tetanus.

Key words: *patient, tetanus, immunity, toxoid, prophylaxis*

УДК 614.2:355/359(477)

**Актуальні питання профілактики соціально-небезпечних
інфекцій та формування здорового способу життя
серед військовослужбовців Збройних Сил України
у 2010–2014 роках**

Н.Д. КОЗАК

м. Київ

В статті наведена характеристика способу життя, соціально-побутових умов, повсякденної життєдіяльності військовослужбовців Збройних Сил України. Визначені чинники, які у поєднанні з факторами професійної діяльності можуть спричинити інфікування соціально-небезпечними захворюваннями та погіршення стану здоров'я, зниження працездатності та, як наслідок, скорочення професійного довголіття.

Ключові слова: *соціальна поведінка, просвітницька робота, здоровий спосіб життя*