

# СИФІЛІС

**Хронічне інфекційне венеричне захворювання, характеризується прогресуючим перебігом, ураженням усіх органів і тканин. Розрізняють набутий та природжений сифіліс.**

**Історія сифілісу нараховує не одне сторіччя. Та джерела його первісного походження не зовсім з'ясовані.**

**Більшість дослідників пов'язують появу сифілісу в Європі з поверненням у 1493 році ескадри Колумба з Центральної Америки, де матроси і солдати заразилися від туземного населення. Повернувшись до Іспанії, вони згодом у складі найманого війська французького короля Карла VII брали участь у завойовницьких походах по Європі. Наймане військо супроводили багато жінок легкої поведінки. Усе це й створило умови для швидкого поширення недуги в Європі наприкінці XV століття.**

**Дехто думає, що сифіліс на Африканському і Євроазіатському материках був задовго до XV століття. Про це свідчать знайдені в древніх похованнях кістки, на яких виявлено зміни, що дуже нагадують сифілітичні гуми, а також ліки, до складу яких входить ртуть – один з найдавніших протисифілітичних засобів.**

**Чимало авторитетних учених гадає, що існуюча в країнах Африки хвороба "фрамбезія" ("тропічний сифіліс") була джерелом європейського сифілісу з дещо зміненими ознаками і перебігом під впливом соціально-економічних чинників.**

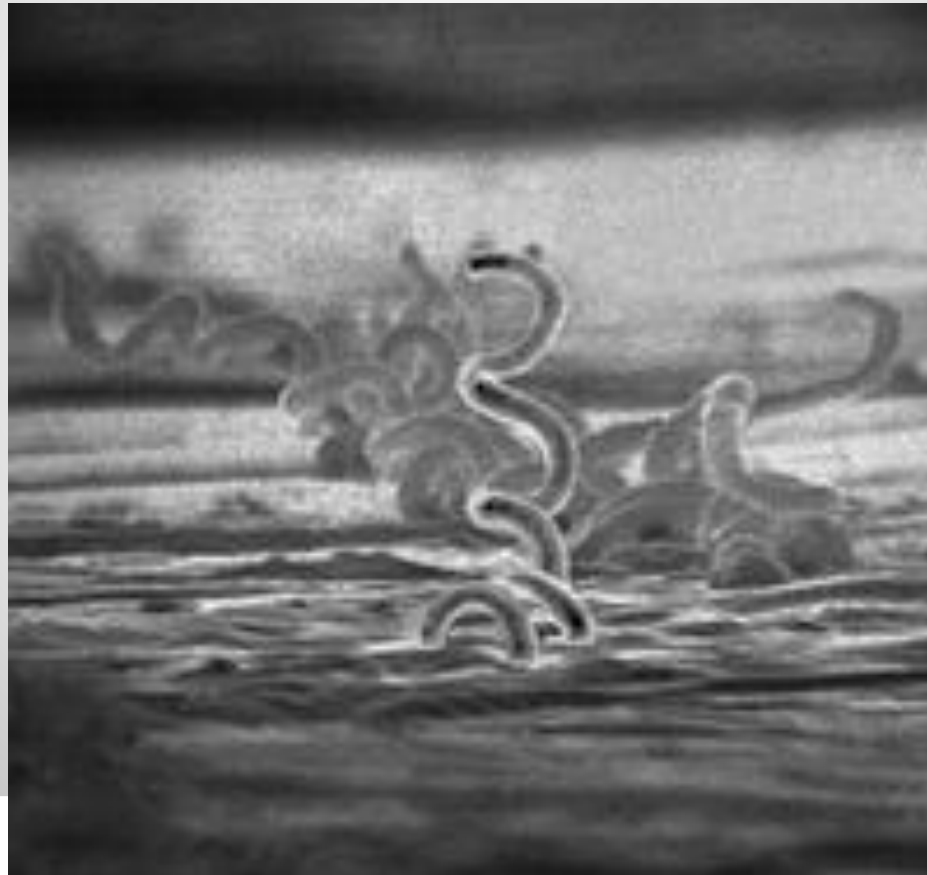
Як би там не було, але в XV-XVI століттях у Європі були цілі епідемії сифілісу. Недарма в ті часи його порівнювали зі страшними інфекціями, називаючи “великою віспою” і “статевою чумою”. Мандруючи з країни в країну, він одержував найменування “іспанської”, “італійської”, “французької”, а в Росії (проник за царювання Івана III) – “панської хвороби”.

1530 року італійський лікар і поет Д. Фракасторо у своїй поемі описував муки пастуха Сифілосо. За своє нешанобливе ставлення до богині кохання Венери і бога Аполлона він був покараний французькою хворобою, яку з того часу назвали іменем пастуха. Термін “люес” спочатку був збірним для всієї групи заразних венеричних хвороб, а потім став уживатися для позначення сифілісу.

Досить довго вважали, що сифіліс і гонорея – одне захворювання. Цю помилкову думку підтвердив відомий англійський хірург Д. Гунтер. У 1767 році він прищепив собі гній з сечовипускного каналу хворого на гонорею, не знаючи, що у глибині каналу був і сифілітичний шанкер. Коли у Д. Гунтера крім ознак гонореї виникла типова сифілітична виразка, він на повний голос заявив про ідентичність цих захворювань. Потрібно було майже сторіччя, щоб дослідями інших учених спростувати цю хибну думку.

Французький дослідник Ф. Рикор довів, що сифіліс – окрема хвороба, описав стадії її перебігу. На жаль, у своїх дослідях він користувався антигуманними методами, заражаючи здорових людей.

Збудник сифілісу є бліда трепонема –  
*Treponema pallidum*



# Бліда трепонема

**Не стійка до дії зовнішніх чинників**

На предметах домашнього вжитку збудник зберігає свою патогенність до висихання

Стійка до низьких температур (оптимальна температура для зберігання - 20°C)

За температури 40-42°C активність збудника підвищується, потім він гине

За температури 55°C бліда трепонема гине протягом 15 хв.

Добре зберігається в тканинах трупів. У крові за температури 4-6°C заразна протягом 30 днів.

## **Інкубаційний період**



**В середньому 3-4 тижні**

**Скорочений інкубаційний період (до 8-15 днів) спостерігається у разі біполярного розташування твердих шанкерів**

**Продовження інкубаційного періоду до 108-190 днів може бути наслідком приймання хворим антибіотиків з приводу інших захворювань**

# Статевий

Через поцілунки,  
укуси

Вертикальний  
(від хворої матері  
плоду)

**Механізм  
передачі**

Професійні зараження (під  
час огляду хворих на  
сифіліс, оперативного  
втручання, розтину трупів)

Трансфузійний  
сифіліс (під час  
переливання крові)

Побутовий  
(предмети домашнього  
вжитку – ложки,  
склянки, цигарки)

# Клінічні прояви сифілісу



**Виділяють чотири періоди:**

**Інкубаційний**  
**Первинний клінічний**  
**Вторинний клінічний**  
**Третинний клінічний**



**Збудник сифілісу проникає в організм  
через ушкоджений роговий шар шкіри  
або епітелій слизової оболонки**



**Інкубаційний період  
завершується появою на  
місці проникнення блідої  
трепонеми твердого  
шанкеру (первинного  
афекту)**

**Первинний період сифілісу починається з моменту появи твердого шанкеру, або первинної сифіломи.**

**Триває 6-7 тижнів до виникнення на шкірі і слизових оболонках множинної сифілітичної висипки.**



**Первинний серонегативний (негативний результат серологічного дослідження)**



**Первинний серопозитивний (через 3-4 тижні після появи твердого шанкеру результати серологічного дослідження позитивні))**

**Наприкінці первинного періоду з'являється слабкість, легке нездужання, безсоння, головний біль, втрата апетиту, іноді нічний біль у кістках і суглобах, підвищення температури до 38-39°C, розвивається поліаденіт.**

**Вторинний період (вторинний свіжий сифіліс). На шкірі та слизових оболонках з'являється розеольозна, папульозна і пустульозна висипка. Уражаються внутрішні органи (печінка, нирки та ін.), нервова та кісткова системи. Через декілька тижнів висипка зникає не залишивши ніяких слідів. Настає захований або латентний період вторинного сифілісу. Може бути декілька змін захovanого періоду та клінічних рецидивів захворювання.**

## Третинний період

Утворюються третинні сифіліди (горбки та гуми), розвиток яких характеризується розпадом, некрозом і наступним рубцюванням. Горбки утворюються на шкірі, слизових оболонках. Гуми – у підшкірній основі, на слизових оболонках, у кістках, внутрішніх органах і нервовій тканині. Цей період може тривати декілька років.



## Протиепідемічні заходи



Усі хворі на заразні форми сифілісу (первинний, вторинний свіжий, вторинний рецидивний), в тому числі діти з раннім природженим сифілісом підлягають негайній, протягом 24 год з моменту виявлення, госпіталізації та лікуванню (якщо необхідно — в примусовому порядку, (згідно з законодавством)).

Незаразні форми сифілісу лікують в амбулаторних умовах. По кожному випадку проводять епідеміологічне обстеження для виявлення джерел збудника інфекції та осіб, які були з джерелом збудника в статевому або тісному побутовому контактах.

Лікування хворих проводять дерматовенерологічні заклади. Після закінчення лікування хворі на сифіліс перебувають під диспансерним наглядом від 2 до 5 років залежно від стадії хвороби. Протягом цього часу вони підлягають клініко-лабораторному контролю кожні 3—6 міс. Хворого знімають з обліку за сумою критеріїв вилікування, яка включає оцінку якості проведеного лікування, врахування даних клініко-рентгенологічного обстеження, серологічного і цитобіохімічного обстеження крові та спинномозкової рідини.

## Епідеміологічний нагляд



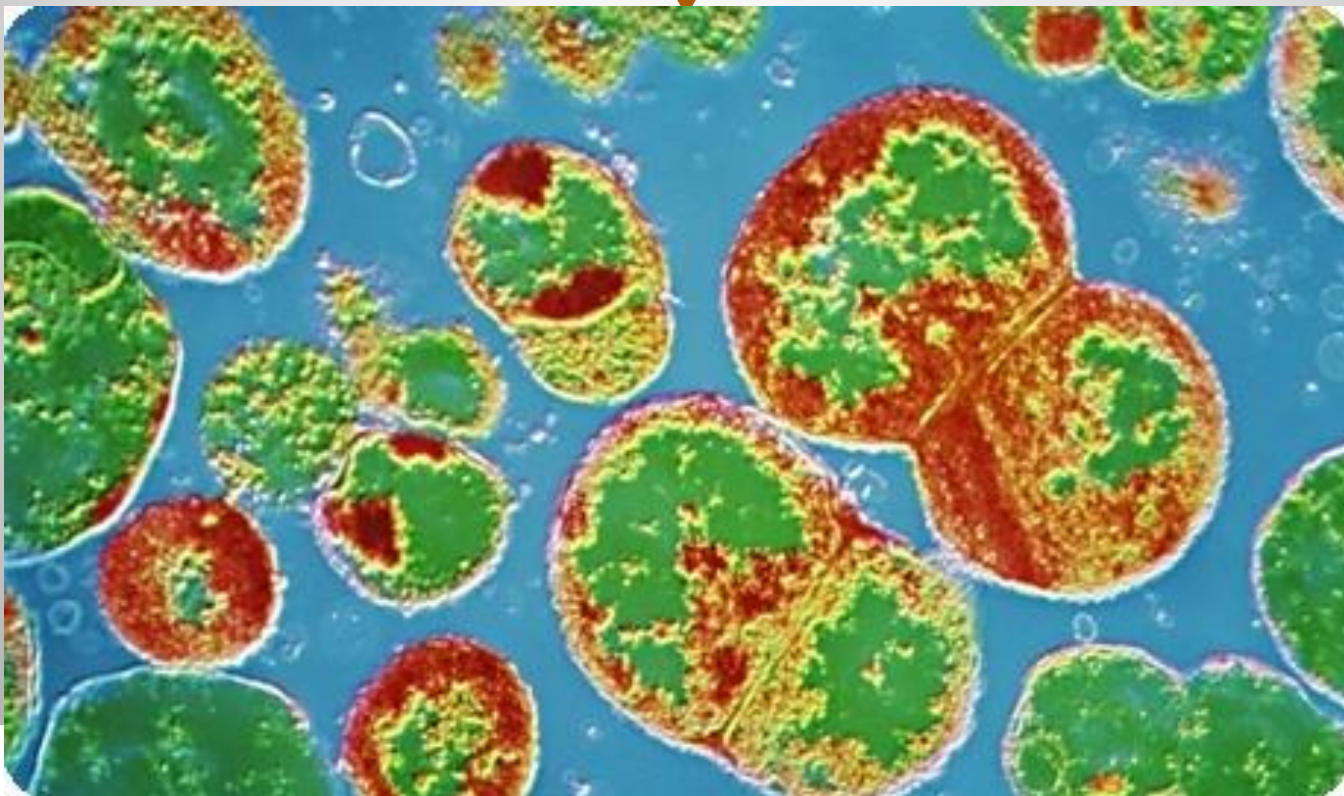
- обов'язковий облік усіх хворих і подачу термінового повідомлення до СЕС на виявленого хворого (форма № 089/у);
- лабораторне обстеження членів сім'ї та осіб, які були в контакті з хворим, і медичний нагляд за ними протягом 6 міс;
- серологічне обстеження (дворазове) вагітних з метою профілактики природженого сифілісу;
- серологічне обстеження хворих, які перебувають у загальносоматичних стаціонарах;
- обов'язкове профілактичне обстеження на венеричні хвороби донорів та деяких інших контингентів населення;
- проведення широкої санітарно-просвітньої роботи, особливо серед молоді.

# ГОНОРЕЯ

**Інфекційне захворювання, при якому уражаються головним чином сечові та статеві органи, які встелені циліндричним епітелієм; може уражатися пряма кишка, кон'юнктива, слизова оболонка рота та глотки.**

**Запалення супроводжується виділенням гною. Звідси й назва – “гонорея”, що означає “гноєвитікання”.**

Гонорея спричиняється гонкокком  
парними коками, відкритими в 1879 р.  
А. Нейсером





**Гонококи утворюють 4 морфологічних типи колоній. Вірулентними є збудники колоній I та II типу. Майже 38% штамів мають слизову капсулу, яка захищає їх від несприятливого впливу середовища і від фагоцитозу лейкоцитами.**

**Гонококи мають 16 серологічних варіантів. Утворюють L-форми, що призводить до розвитку у деяких хворих хронічної інфекції. Реверсія їх у висхідні бактеріальні форми є причиною рецидиву хвороби.**



Суворі паразити людини, поза людським організмом швидко гинуть

Згубно діють на збудника:  
- нагрівання понад 60°C;  
- висушування;  
- прямі сонячні промені;  
- дезінфекційні препарати.

У гної збудник зберігає життєздатність доки не висохне патологічний субстрат (від 3 хв. до 4-5 годин)

**Джерело збудника інфекції –  
хворі з різними формами клінічного  
перебігу гонореї.**

## **Клінічні форми гонореї**



**Свіжа гонорея**  
(гостра, торпідна)  
коли з моменту  
зараження минуло 2  
місяці

**Хронічна,**  
коли час початку  
захворювання  
невідомий або від  
нього минуло понад 2  
місяці

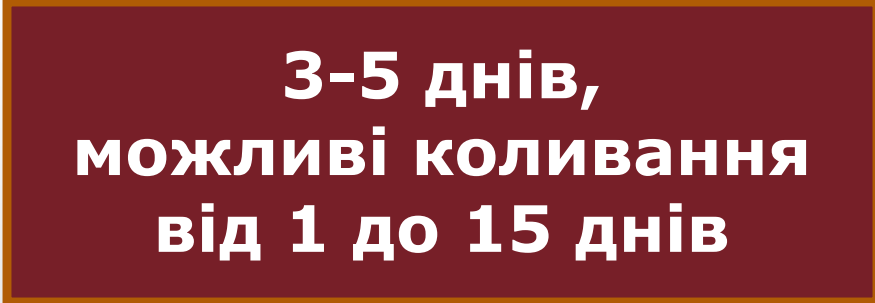
**Латентна**  
(носійство), коли  
відсутні клінічні  
ознаки, але виділено  
збудника хвороби

**У 90% жінок гонорея не дає помітних больових відчуттів, тому до лікаря вони не звертаються.**

**Інкубаційний період**



**3-5 днів,  
можливі коливання  
від 1 до 15 днів**



# Механізм, шляхи і чинники передачі

Через забруднені предмети (загальні нічні ганчірки, рушники тощо).

Контактний (зараження новонароджених лікарняним персоналом)

Статевий

## **— Специфічна профілактика гонореї —**



**Гонококову вакцину (вбиту нагріванням суспензію гонококів) застосовують із лікувально-профілактичною метою при ускладненні та хронічній формах гонореї і для визначення її вилікування. Вакцину вводять внутрішньом'язово або внутрішньошкірно. Дозування індивідуальне (віл 150 до 300 млн мікробних клітин) залежно від клінічної форми гонореї та загальної реакції організму. Наступну ін'єкцію роблять через 2—5 днів тією ж або збільшеною дозою.**

## Профілактика офтальмії



- Кожне око протріть окремою стерильною ватною кулькою від зовнішнього кута до перенісся, одним рухом, видаливши залишки слизу
- Закачайте очні краплі: Тобрекс (0,3% р-н тобраміцину) або Флоксал (0,3% розчин офлоксацину)

### **УВАГА!**

Профілактика офтальмії проводиться після контакту «очі в очі», але не пізніше першої години життя дитини.

## Протиепідемічні заходи



**Захворюваність можна значно знизити шляхом запобігання безладним статевим контактам, ранньої діагностики та лікування хворих і контактних, що належать до так званих груп підвищеного ризику зараження.**

**Одним із важливих заходів у комплексі боротьби з гонореєю є поліпшення санітарно-гігієнічного та морального виховання молоді — категорії населення з найбільшою сексуальною активністю.**

**Особи, які переохворіли на гостру гонорею, після закінчення лікування перебувають на обліку 2 міс, на хронічну — 3 міс. Хворим із невизначеним джерелом збудника інфекції термін нагляду продовжують до 6 міс. При цьому паралельно проводять клінічне та серологічне дослідження для виявлення сифілісу.**

**Статеві зносини під час лікування та нагляду забороняються.**

**Осіб, які працюють у дитячих закладах, на час лікування від роботи звільняють. Питання про допуск до роботи вирішує венеролог.**

**Обов'язковим етапом диспансерного нагляду є визначення вилікування гонореї шляхом проведення спеціального контролю. Тільки після цього вилікуваного можна зняти з обліку.**



**Вилікування хворих від гострої гонореї визначають через 7–10 днів після закінчення лікування. У жінок виділення із сечоводу, каналу шийки матки і прямої кишки досліджують на наявність гонокока. Дослідження проводять під час менструації та після її закінчення протягом 2–3 менструальних циклів, після чого за умови негативних результатів хвору знімають з обліку. У чоловіків досліджують виділення із сечоводу протягом 3 днів після провокації.**

**Критерії вилікування дітей базуються на клінічних спостереженнях і лабораторному дослідженні виділень сечових і статевих органів. Дошкільнята залишаються в стаціонарі протягом 1 міс після закінчення лікування. Якщо після проведення двох комбінованих провокацій результати обстеження будуть негативними, дитині дозволяють відвідувати дитячий заклад. Діти шкільного віку після лікування і контрольної провокації можуть відвідувати школу, але протягом 3 міс їх слід обстежувати в дерматовенерологічному диспансері.**

## Епідеміологічний нагляд

З метою виявлення гонореї повинні обстежуватися: вагітні жінки, жінки із запаленням статевої сфери та безплідні; незаміжні жінки, що звернулися з приводу переривання вагітності; ті, що проживають у гуртожитку; хворі на сечостатевий трихомоноз.

Для успіху профілактики гонореї необхідний зв'язок дерматовенерологічних диспансерів з урологами, акушерами-гінекологами та епідеміологами.

Лікар, котрий встановив діагноз гонореї, заповнює форму № 089/у і надсилає її в триденний термін у районний дерматовенерологічний диспансер, який у свою чергу на підставі одержаних повідомлень сповіщає по телефону районну СЕС про сумарні зведення щодо кількості заново виявлених хворих на гонорею (гостру й хронічну).

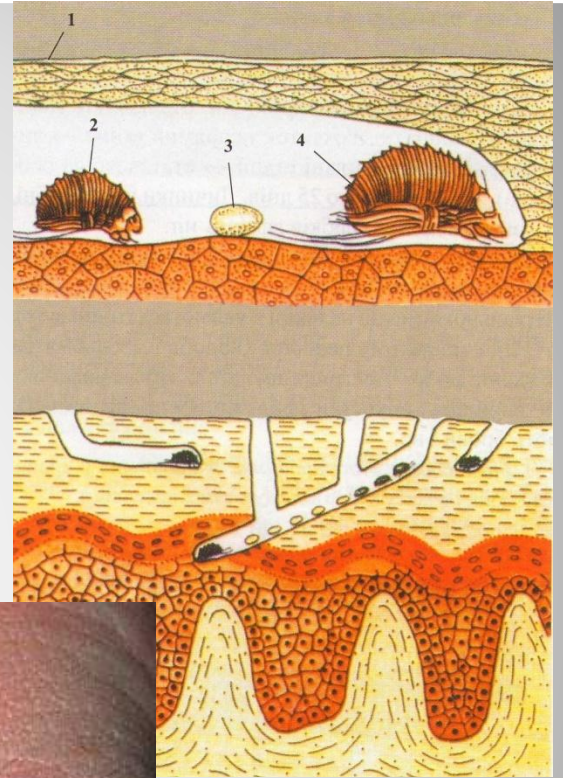
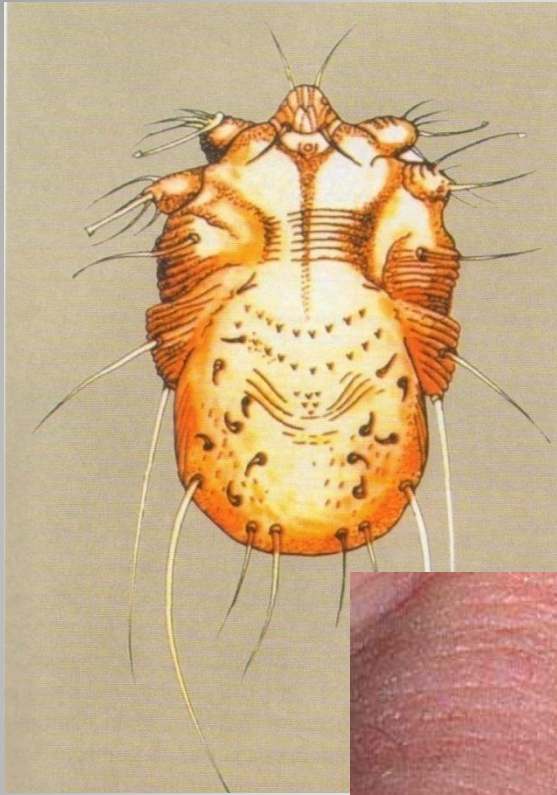
Необхідний ретельний контроль за профілактичними заходами у пологових будинках. Кожний випадок гонореї у дітей розцінюється як надзвичайна подія і розслідується спільно дерматовенерологом, педіатром і гінекологом.

На роботу в дитячі заклади персонал приймають після попереднього обстеження дерматовенерологом із проведенням лабораторних досліджень на сифіліс та гонорею. У подальшому персонал дитячих закладів обстежується не рідше ніж 1 раз на 6 міс. Кожна дитина повинна мати окрему постіль і предмети догляду. Підмивають дітей під струменем води, протирають статеві органи індивідуальними серветками.

У разі виявлення гонореї у вагітної її треба госпіталізувати для лікування і ретельного спостереження за нею до пологів і після них. З метою запобігання захворюванню на гонорею необхідно пропагувати застосування презервативів, які ефективно захищають від захворювань, що передаються статевим шляхом.

# КОРОСТА

**Заразне паразитарне  
захворювання,  
що спричинюється коростяним  
кліщем –  
*Sarcoptes scabiei* de Leer –  
внутрішньоклітинним  
паразитом.**



Морфологія коростяних кліщів роду *Sarcoptes* надзвичайно своєрідна і зумовлена глибокими пристосуваннями до внутрішньошкірного паразитизму. Більшу частину життя кліщі проводять у товщі шкіри. Самка прогризає ходи в епідермісі, живиться і підкладає яйця. У шкірі відбувається метаморфоз від личинки до дорослих кліщів. Розселяючись по тілу людини, кліщі на певних стадіях розвитку виходять на поверхню шкіри й активно рухаються по ній у пошуках нових місць проникнення.

Кліщ має широкоовальне тіло, опукле зверху і сплющене знизу, завдовжки 0,27—0,41 мм. Ротовий апарат і дві передні пари ніг виступають уперед. Задніх пар ніг зверху не видно, далеко за краї тулуба виступають їхні довгі кінцеві щетинки. Ротовий апарат гризучого типу. Рухаються кліщі за допомогою 2 пар передніх ніг. Задні пари ніг не беруть участі в русі, їх щетинки кліщ волочить за собою по шкірі. Прогризаючи хід в епідермісі, кліщ упирається в стінки ходу шипами лапок усіх пар ніг, особливо задніх, а спрямовані назад шипи спини перешкоджають зворотному руху.

Кліщі малорухливі, вони здійснюють за добу шлях в 1 мм. Самці живуть на поверхні шкіри і після копуляції з самкою відмирають. Життєвий цикл самки — 2 міс.

# Патогенез



Самка проникає до зернистого шару шкіри і прокладає хід на його межі з роговим. Наявність самки в шкірі прискорює ороговіння клітин зернистого шару, тому вона вимушена постійно рухатися вперед.

Прокладаючи хід, самка живиться переважно клітинами зернистого шару. Рухаючись, самка позаду себе відкладає яйця (одне за одним), які прикріплюються до дна ходів за допомогою клейкої речовини, що її виділяють залози яйцеводів. Добова плодовитість самки — від 1 до 4 яєць, кількість яєць в одному ході — в середньому 8—10. Життєвий цикл коростяного кліща чітко поділяється на два періоди — репродуктивний і метаморфозний.

Репродуктивний період проходить у материнському ході, де самка відкладає яйця, з яких вилуплюються личинки. Хід як репродуктивна одиниця існує довго і є постійним джерелом личинок, які поширюються на тілі хворого. Добова продукція ходу — в середньому 1 личинка.

Личинки виходять із ходу і проникають у шкіру. В місцях метаморфозу від личинки до дорослої особи утворюються везикули і папули, метаморфозні ходи; інколи шкіра залишається незміненою.

Основними клінічними симптомами корости є свербіж, який посилюється увечері, наявність коростяних ходів, поліморфізм висипки.

Коростяний хід має вигляд підвищеної над шкірою смуги білого або брудно-сірого кольору, прямої або вигнутої, завдовжки від 1 мм до декількох сантиметрів. Самку виявляють на передньому кінці у вигляді темної крапки, яку видно у ході крізь роговий шар епідермісу. Інколи у місці перебування кліща виникає невеликий пухирець. У дорослих людей на тулубі і статевих органах, а у дітей на будь-якій ділянці шкірного покриву ходи являють собою продовгуваті валики, на сідничних горбах і в місцях, які натираються одягом — великі вузли. Такі вузли виявляють переважно в ділянці пахвинних складок, на сосках і ареолах молочних залоз, пупку, стегнах, статевих органах чоловіків.

## **“Норвезька короста”**



У 1847 р. в Норвегії у хворого на лепру вперше було виявлено хворобу, яка дістала назву «норвезька короста». Нерідко цю форму корости називають кератичною, або крустозною. У цих назвах відображено основний клінічний симптом захворювання — утворення масивних гіперкератичних кіркових нашарувань на різних ділянках шкірного покриву, а також еритродермії.

За захворювання зустрічається однаково часто як у чоловіків, так і в жінок різного віку.

Тривалість норвезької корости коливається від декількох місяців до 40 років. Інтервал між початком хвороби і появою кіркових нашарувань становить від 3 міс до 16 років.

Причину розвитку норвезької корости слід шукати у зміні фізіологічного стану хворого, на якому паразитує кліщ. У патогенезі цієї форми корости основну роль відводять імунодефіцитному стану, який призводить до розвитку алергії. Оскільки імунна недостатність буває у хворих на олігофренію, лепру, хворобу Дауна, лейкоз, у них досить часто діагностують цю форму корости.

Джерело збудника

Хвора людина

Інкубаційний  
період

У середньому становить 2  
тижні, але може бути від 1  
до 4 тижнів

Прямий

Механізм  
зараження

Непрямий





## Лабораторна діагностика



Лабораторна діагностика корости полягає у виявленні коростяного кліща, яєць та екскрементів шляхом нанесення краплі мінерального масла на папулу або сліпий кінець коростяного ходу, зрізання папули за допомогою віспощеплювального пера, перенесення на предметне скло зскрібків та дослідження під мікроскопом.

Можна також використовувати метод лужного препарування шкіри «Scotch test», який полягає в нанесенні декілька разів 10 % розчину лугу на вогнища ураження.

## Специфічна терапія



Використовують 20 % водно-мільну емульсію бензол-бензоату, яку втирають у шкіру 2 рази по 10 хв з 10-хвилинною перервою 2 дні поспіль. Одночасно змінюють натільну і постільну білизну. Добрий ефект дає також лікування за методом Дем'яновича: втирання у шкіру 60 % розчину натрію тіосульфату (2 рази по 10 хв з 10-хвилинним інтервалом, а потім, через 10—15 хв, з 5-хвилинним інтервалом). Після цього змінюють білизну. Через 3 дні після проведеного лікування призначають ванну або душ.

Лікують хворих на коросту також втиранням протягом 5 днів 33% сіркової мазі або мазі Вількінсона з наступним миттям тіла та зміною білизни.

## Протиепідемічні заходи



- Здійснення активного виявлення хворих серед контактних осіб, серед осіб, які звертаються за медичною допомогою, під час профілактичних оглядів, серед дітей дитячих колективів.
- Реєстрацію корости, виявлення джерел інвазії й усіх осіб, які були в контакті з хворим, лікування, диспансерний нагляд за контактними особами в осередку захворювання здійснюють лікарі дерматовенерологічних диспансерів (відділень, кабінетів). На кожного хворого заповнюють амбулаторну карту (форма № 025/1), повідомлення до СЕС (форма № 089/1), історію хвороби для стаціонарного хворого (форма № 3), термінове повідомлення на оброблення осередку (форма № 058/1).
- Лікування хворих на коросту здійснюють амбулаторно і стаціонарно. Медичний контроль вилікування здійснюють протягом 1,5 місяців – це тривалість максимального інкубаційного періоду. Перший огляд проводять через 3 дні після завершення лікування, а наступні – що 10 днів.
- Контактних осіб оглядають що 10 днів протягом 1,5 місяців. У багатодітних сім'ях рекомендують проводити контактним особам профілактичне лікування з метою недопущення виникнення нових випадків в осередку.
- У вогнищі корости здійснюють поточну та заключну дезінфекцію.
- Проводять санітарно-освітню роботу серед населення, використовуючи різні форми, включаючи пресу, кіно, телебачення.

# СИБІРКА

**Сибірка (міжнародна назва – антракс; від грецького – вугілля) – гостре зоонозне інфекційне захворювання, спричинюване *Bacillus anthracis*, яке у людини найчастіше перебігає з ураженням шкіри (утворення специфічного карбункула, набряк і регіональний лімфаденіт) на тлі гарячки та інтоксикації, рідше з ураженням легеневої системи, травного каналу і генералізацією процесу.**

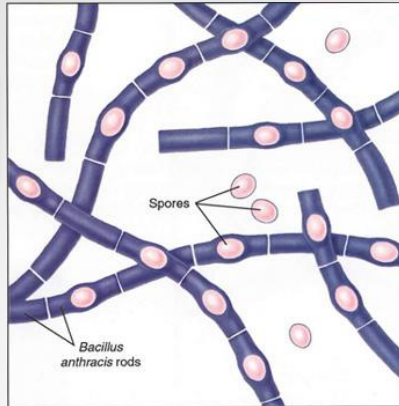
# Збудник сибірки *Bacillus anthracis*

**Має вегетативну форму**

**Виявляють в організмі хворих і померлих від сибірки людей і тварин**

**Має капсулу (вона захищає мікроб від фагоцитів)**

**Швидко гине без доступу кисню, під час кип'ятіння, під дією дезінфікуючих розчинів**



**Виділяє екзотоксин**

**Має спорову форму**

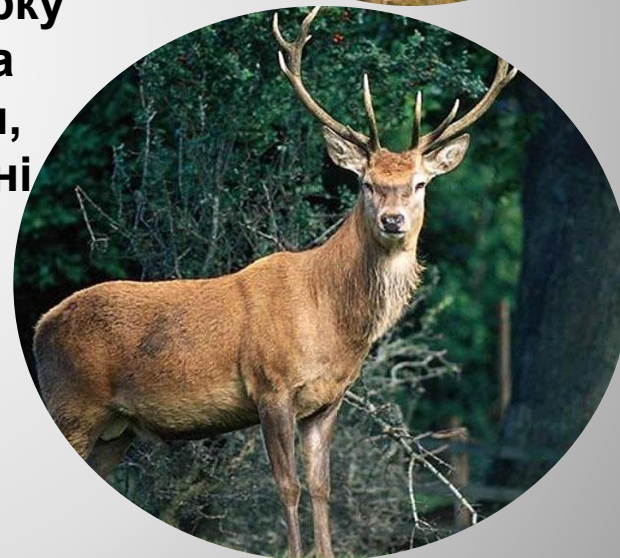
**Утворюється із вегетативної форми у довкіллі**

**Стійкі у воді кілька років, ґрунті десятиліттями**

**При автоклавуванні (+110°C) гинуть через 40 хвилин**



**Джерела інфекції –  
переважно травоїдні  
тварини, хворі на сибірку  
(велика і мала рогата  
худоба, коні, віслюки,  
мули, верблюди, олені  
кролі, зайці)**





**Первинні групові осередки утворюються унаслідок безпосереднього інфікування землі виділеннями хворих тварин на пасовищах.**



**У місцях стійлового утримання тварин.**



**Місцях поховання трупів (скотомогильники).**

**Вторинні групові осередки виникають шляхом зливу й занесення спор на нові території дощовими, талими і стічними водами.**

**Механізм передачі**



**Контактний**

**Через ушкоджену шкіру та слизові оболонки**

**Під час догляду за хворими тваринами**

**Білування туші**

**Подальшої обробки м'яса**

**При роботі із забрудненою сировиною (хутро, шкіра)**



**Можливі шляхи  
зараження**

```
graph TD; A[Можливі шляхи зараження] --> B[Аліментарний]; B --> C["Повітряно-пиловий  
(\"хвороба лахмітників\",  
\"хвороба садівників\",  
\"Хвороба сортувальників  
вовни\")"]; C --> D[Трансмісивний];
```

**Аліментарний**

**Повітряно-пиловий**  
("хвороба лахмітників",  
"хвороба садівників",  
"Хвороба сортувальників  
вовни")

**Трансмісивний**

**Інкубаційний  
період**

**Від кількох годин до 2 тижнів.  
У середньому 2-3 дні.**

**Діагностика**

Діагноз сибірки встановлюють на підставі епідеміологічних даних (догляд за хворими тваринами, білування померлих тварин, оброблення м'яса, робота із забрудненою сировиною, споживання м'яса невідомого походження та ін.), клінічних і лабораторних даних. У більшості розвинених країн вважають, що за наявності типової клінічної картини і позитивного епідеміологічного анамнезу лабораторне підтвердження антраксу не є необхідним.

До клінічних особливостей шкірної форми сибірки належать:

- поява плями, що супроводжується свербіжем, і її швидка трансформація (протягом кількох годин) у пухир, а потім і виразку;
- характер виразки (темний струп, набряклий валик, триколірне забарвлення межі запалення, відсутність болю в місці локалізації виразки);
- дочірні пухирці навколо виразки;
- желеподібний безболісний поширений набряк тканин.



## — Специфічна діагностика включає: —



- бактеріологічний метод (матеріалом для бактеріологічного дослідження можуть бути вміст карбункула, кров, мокротиння, плевральна і спинномозкова рідина, блювотні маси і випорожнення). Колонії сибіркового збудника у процесі росту на косому агарі утворюють фігуру перевернутої ялинки; на горизонтальному поживному середовищі колонії великі, волокнисті ("голова медузи" або "грива лева"), із бахромчастими краями. Характерні морфологічні особливості збудника (розташування збудників у вигляді "потяга з товарними вагонами", а окремі збудники нагадують бамбукову тростину), що їх виявляють під час бактеріоскопії, і результати росту на біохімічному ряді Гіса дають змогу підтвердити діагноз.

## **Витяг із наказу №321 від 21.08.2002 р.**

### **«Про затвердження інструкції з лабораторної діагностики сибірки у людей, в сировині тваринного походження та об'єктах довкілля»**

#### **2. ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА СИБІРКИ У ЛЮДЕЙ**

##### **2.1. Відбір і пересилка матеріалу на дослідження**

**Матеріал забирають:**

- від хворого - медичний персонал лікувально-профілактичних закладів, негайно після виявлення і до початку лікування антибіотиками;**
- при обстеженні вогнищ - помічники епідеміологів;**
- трупний матеріал - патологоанатоми і судмедексперти в спеціалізованих закладах.**

**При шкірній формі захворювання дослідженню підлягає вміст везикул, карбункулів, виразка або відторгнутий струп. Перед відбором матеріалу у хворого (бажано до початку лікування) шкіра навколо ураженого місця і поверхня карбункула обережно протираються спиртом. При підозрі на легеневу форму сибірки досліджується мокрота, на кишкову форму - випорожнення хворого або сеча (1-2 л). У випадках септичної форми захворювання беруть кров із вени, бажано в період гарячки. Кров в кількості 1-2 мл засівають на рідкі та 1-2 краплі на щільні поживні середовища, а також роблять два тонких мазки на предметних скельцях. У померлих беруть частини уражених органів, тканин, кров, селезінку у встановленому порядку щодо проведення патолого-анатомічних та серцево-медичних експертних досліджень.**

## **2.2. Направлення матеріалу на дослідження**

**Патологічний матеріал, що підлягає дослідженню, вміщують у стерильний посуд (пробірки, банки). Висушені мазки вміщують у чашки Петрі, які обгортають щільним папером. На упаковці роблять напис "Мазок не фіксований!". Посуд із патологічним матеріалом вміщують у вологонепроникливу тару, обв'язують, пломбують або опечатують, роблять надпис "Верх, обережно" і направляють в лабораторію спеціальним посильним. На супровідній етикетці до матеріалу вказують прізвище, ім'я, по батькові хворого (померлого), дата захворювання, місце і час забору матеріалу, його назву і можливий діагноз.**

# СКАЗ

**Сказ (гідрофобія) – гостра контактна зоонозна інфекційна хвороба, спричинювана нейротропним вірусом, яка характеризується розвитком своєрідного енцефаліту зі смертельним ураженням центральної нервової системи.**

**У медичній літературі інших країн хвороба відома як рабієс, якщо вона розвивається у тварин, і гідрофобія, коли йдеться про захворювання людини. Назви походять від лат. rabies (похідне від санскритських слів rabas — буйство; rabere — марити) і hydrophobia — водобоязнь. Для означення роду, до якого належить вірус сказу, використовують назву Lyssavirus (від грец. Lyssa — ім'я богині безумства, люті й шаленства). Терміном "lyssaphobia" (боязнь сказу) називають істеричні реакції через страх захворіти на цю смертельну хворобу.**

**На сьогодні сказ зареєстровано у 150 країнах світу. Від нього щорічно помирають понад 55 тис. людей (у середньому 1 людина кожні 10 хв.) і гинуть більше 1 млн тварин. 95 % летальних наслідків спостерігають в Африці й Азії. За даними ВООЗ, до 99 % смертей відбуваються після укусів собак. Близько 40 % жертв укусів імовірно скажених собак — діти віком до 15 років. Щорічно понад 15 млн людей у світі отримують постконтактну профілактику для запобігання розвитку сказу. За оцінками ВООЗ, це дає змогу щорічно запобігти 327 тис. летальних наслідків хвороби.**



**Активні осередки сказу природного типу існують на всій території нашої держави, більшість із них реєструють у Чернігівській, Сумській, Полтавській, Харківській, Хмельницькій і Луганській областях. Підвищена захворюваність на сказ серед собак, котів і сільськогосподарських тварин передусім є показником епізоотичного неблагополуччя серед диких тварин. Ускладнює ситуацію збільшення в населених пунктах кількості безпритульних собак і котів, неповне охоплення профілактичними щепленнями домашніх тварин, порушення правил утримання їх власниками. Усе це є передумовою формування осередків сказу міського типу, що у свою чергу, збільшує загрозу виникнення й поширення цієї інфекції серед населення. Так, в Україні за медичною допомогою з приводу укусів тваринами щороку звертаються близько 110 тис. осіб, із них майже 20 тис. отримують антирабічні щеплення. Протягом останніх років реєструють поодинокі випадки захворювання на сказ у людей, зумовлені несвоєчасним зверненням потерпілих від укусів тваринами за медичною допомогою.**

## Етіологія



Збудник сказу — вірус *Neurorhynchus rabies* — належить до роду *Lyssa-virus*, родини *Rhabdoviridae*. Віріон має кулеподібну форму (один кінець заокруглений, інший — плоский, звідси й грецька назва *rhabdos* — стрижень), містить одниткову РНК. Характерною особливістю морфології вірусу сказу є наявність глікопротеїнових шипів на ліпопротеїдній оболонці. Нуклеокапсид має РНК-полімеразу. Вірус містить 5 основних протеїнів:

1. Стабільний зовнішньооболонковий глікопротеїн G, який входить до складу шипів і складається із більше ніж 300 різних тримерів. Глікопротеїн G допомагає вірусу проникнути у клітину-мішень, індукує утворення віруснейтралізуючих антитіл і визначає єдиний антигенний варіант вірусу.
2. Внутрішньооболонковий матричний протеїн М.
3. Ядерний протеїн N, який стимулює утворення комплементзв'язувальних антитіл.
4. Внутрішній великий протеїн L — транскриптаза.
5. Внутрішній малий протеїн NS — фосфопропротеїн.

Установлено цілковиту антигенну однорідність вірусів сказу, що дало змогу створити високоефективну рабічну вакцину.

Вірус сказу винятково тропний до нейронів головного і спинного мозку, а також тканини слинних залоз. Він здатний до активної реплікації в речовині мозку теплокровних тварин, саме тому внутрішньомозкове зараження мишей чи кролів донедавна використовували під час вірусологічних досліджень. Нині вірус зазвичай культивують на первинних і перевивних культурах клітин або на курячих зародках.

Відомі два варіанти вірусу: вуличний (дикий), що циркулює в природних умовах серед диких тварин, і фіксований, отриманий Л. Пастером. Фіксований вірус сказу після парентерального введення спричиняє експериментальну хворобу із коротким (7-денним) інкубаційним періодом, має у 20—30 разів меншу інфікувальну дозу, не утворює тілець Негрі в мозку, не з'являється у слині; а через збережену імуногенність його використовують для отримання рабічних вакцин.

Вірус сказу нестійкий у навколишньому середовищі: інактивується під час нагрівання (кип'ятіння знищує його менше ніж за 2 хв.), під дією УФО, спирту, повсюдно використовуваних дезінфектантів. Однак, будучи замороженим, здатний зберігатися протягом декількох років.

До роду ліссавірусів крім вірусу сказу належать ще 10 видів, об'єднаних у 7 основних генотипів за філогенетичним походженням. Усі інші віруси цього роду здатні спричиняти у людей хвороби з ураженням ЦНС, які іноді дуже нагадують симптоми класичного сказу. Для більшості цих вірусів головним джерелом є кажани.



**Джерелом  
і резервуаром  
збудника сказу є  
дикі і свійські  
хижі тварини  
та кажани**



**Механізм  
передачі**

**Контактний**

**Шлях  
передачі**

**Рановий**



**Доведено можливість аерогенного зараження  
(у лабораторних умовах, при відвідуванні  
печер, населених кажанами)**

**Інкубаційний  
період**

**Від 7 днів і більше ніж  
1 рік, у середньому  
30-90 днів**

**Останніми роками описано окремі випадки ятрогенного контактного зараження людей, унаслідок пересадки рогівки, нирок або печінки від померлих донорів, в яких сказ, як причина смерті, не був установлений.**



**Захворювання розвивається не в усіх осіб, укушених скаженою твариною. Розвиток недуги залежить від локалізації, розмірів рани і дози вірусу, що потрапив до організму.**

**Так, потрапляння вірусу на кон'юнктиву очного яблука спричиняє захворювання за відсутності негайних профілактичних заходів практично у 100% людей, при укусах обличчя сказ виникає у 99%, кисті — у 63%, проксимальних відділів кінцівок — у 23% осіб, тому складається помилкове враження, що окремі особи відносно резистентні до цієї інфекції. Загалом захворюють близько 15— 30% покусаних, але кожний захворілий помирає. Завдяки повсюдній вакцинації людей, яким загрожує розвиток сказу, захворюваність продовжує зменшуватися. Хвора на сказ людина є біологічним тупиком природного епідемічного процесу.**

## — специфічна профілактика —



Щеплення проводять за такою схемою: по 1,0 мл робічної вакцини у 0-й (день уведення першої дози вакцини позначають як 0-й день), 3-й, 7-й, 14-й, 30-й і 90-й дні внутрішньом'язово лише у дельтоподібний м'яз плеча (дітям віком до 5 років — у верхню частину передньобічної поверхні стегна). Курс із перших п'яти щеплень має у 100% випадків забезпечити вироблення організмом специфічних антитіл вище захисного рівня (1:80) до 45-ї доби від початку проведення щеплень. Віддалену (бустерну) дозу вакцини потерпілому вводять на 90-й день для підтримання титру антитіл протягом року. Щеплення ефективні, якщо їх призначають не пізніше ніж до 14-ї доби з моменту контакту із твариною.

У тяжких випадках, а також у разі небезпечної локалізації укусів (максимально іннервовані ділянки тіла — обличчя, голова, кисті й пучки пальців, промежина) вакцинацію комбінують із уведенням антирабічного імуноглобуліну. Це пов'язано з можливістю скорочення інкубаційного періоду до 7 діб — менше, ніж час вироблення поствакцинного імунітету. Потерпілому вводять людський антирабічний імуноглобулін у дозі 20 МО на 1 кг маси тіла (гетерологічний — 40 МО/ кг) і робічну вакцину за вищенаведеною схемою.

Умовні показання виникають при тяжких укусах, завданих здоровими тваринами, — за локалізацією (перераховані раніше максимально іннервовані ділянки тіла), а також за поширеністю (множинні) і глибиною. Якщо протягом 10-денного терміну спостереження у тварини не виникли ознаки захворювання, щеплення припиняють. Якщо ж тварина захворіла або загинула (зникла) з будь-якої причини, переходять на безумовний (6 ін'єкцій) курс щеплень, що створює основу для тривалого імунітету. У разі поодиноких укусів у кінцівки, тулуб, завданих здоровими тваринами, які перебувають під ветеринарним спостереженням, і за відсутності епізоотологічних даних про сказ щеплення за умовними показаннями не проводять.



## **Витяг із наказу № 205 від 15.04.2004**

### **“Про удосконалення заходів профілактики захворювань людей на сказ”**

#### **МЕТОДИКА ОРГАНІЗАЦІЇ ТА НАДАННЯ АНТИРАБІЧНОЇ ДОПОМОГИ**

**1. Першу медичну допомогу особам, які звертаються з приводу укусів, подряпин, заслиненнь будь-якими тваринами, а також особам, які отримали ушкодження шкіряних покривів і попадання інфікованого матеріалу на слизові оболонки при розтині туш тварин, що загинули від сказу, або при розтині трупів людей, які померли від сказу, надають лікувально-профілактичні заклади.**

**При зверненні (направленні) особи, яка постраждала, у разі потреби призначається курс лікувально-профілактичної імунізації проти сказу і проводиться в травматологічних пунктах (кабінетах), а при їх відсутності - в хірургічних кабінетах або хірургічних відділеннях, Керівники лікувально-профілактичних закладів, на базі яких є травматологічні пункти (кабінети), а при їх відсутності хірургічні кабінети (відділення), забезпечують підготовку і перепідготовку лікарів-травматологів, лікарів-хірургів з питань надання антирабічної допомоги; виділяють лікарів-травматологів або лікарів-хірургів, які відповідають за організацію та надання антирабічної допомоги, передбачують в графіках їх роботи години для здійснення вказаних функцій.**

**2. Районні (міські) санітарно-епідеміологічні станції на підставі отриманих Екстрених повідомлень про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення (облікова форма N 058/о), проводять епідеміологічне розслідування кожного випадку звернення і здійснюють комплекс заходів з профілактики сказу.**

**3. Лікувально-профілактичні заклади при зверненні осіб з приводу укусів, подряпин, заслинень будь-якими тваринами, а також осіб, які одержали ушкодження шкіряних покривів і мало місце попадання інфікованого матеріалу на слизові оболонки при розтині туш тварин, які загинули від сказу, або при розтині трупів людей, які померли від сказу, забезпечують:**

**3.1. Першу медичну допомогу особі, яка постраждала, для чого ретельно промивається рана, подряпини, садна, заслинені місця струменем води з милом, обробити краї рани 70° спиртом або 5 % настоянкою йоду, накласти стерильну пов'язку. Краї рани на протязі 3-х днів не висікають і не зашивають, за винятком ушкоджень, що потребують спеціальних хірургічних втручань за життєвими показаннями;**

**- при численних ранах після попередньої обробки рани накладаються декілька навідних швів;**

**- з метою зупинення зовнішньої кровотечі проводиться прошивання судин, які кровоточать.**

**3.2. Екстрену профілактику правця у відповідності з Інструкцією зі специфічної профілактики правця.**

**3.3. Направлення особи, яка постраждала до травматологічного пункту (кабінету), а при його відсутності до хірургічного кабінету або хірургічного відділення лікарні для призначення та проведення курсу антирабічних щеплень.**

**3.4. Передачу на кожну особу, яка звернулася, телефонограми і письмово Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення (облікова форма N 058/о) до санепідстанції за місцем звернення та проживання особи, яка постраждала.**

**В обліковій формі N 058/о додатково зазначається:**

**- у пункті 1 - локалізацію, глибину рани, характер ушкоджень та кількість укусів;**

**- у пункті 9 - обставини укусу, а якщо тварина відома - її вид, масть, кличку, щеплена чи нещеплена проти сказу. Зазначити прізвище, ім'я, по батькові та адресу власника тварини;**

**- у пункті 10 - зазначити характер наданої медичної допомоги, призначений курс антирабічних щеплень (для ЛПУ, де вони призначаються), дату взяття тварини під ветеринарний нагляд.**

**3.5. Інформування кожного, хто постраждав, про можливий ризик захворювання на сказ та наслідки відмовлення від щеплень і термінах спостереження за твариною.**

**4. Травматологічні пункти (кабінети), а при їх відсутності хірургічні кабінети або хірургічні відділення, на які покладено надання антирабічної допомоги, забезпечують:**

**4.1. При первинному зверненні особи, яка постраждала, надання їй першої медичної допомоги (як зазначено у пп. 3.1 і 3.2), в оперативному порядку передачу телефонограми і на протязі 12 годин направлення письмово Екстреного повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення (облікова форма N 058/о) до санепідстанції за місцем звернення та проживання особи, яка постраждала.**

**4.2. Заповнення на кожну особу, яка постраждала, Карти звернення за антирабічною допомогою (облікова форма N 045/о) у двох примірниках, один з яких направляється до територіальної санепідстанції.**

**Облік осіб, які звернулися за антирабічною допомогою, здійснюється у Журналі обліку інфекційних і паразитарних захворювань (облікова форма N 060/о).**

**4.3. Проведення курсу антирабічних щеплень призначається у відповідності з діючими інструкціями щодо застосування антирабічних препаратів, в т. ч. в обов'язковому порядку в суботу, неділю та святкові дні.**

**4.4. Госпіталізацію наступних категорій, які постраждали, для проведення щеплень в умовах стаціонару:**

- осіб, яким призначено комбінований курс щеплень;**
- осіб, які мешкають у сільській місцевості;**
- осіб, яким призначено повторний курс щеплень;**
- осіб, з обтяженим анамнезом (неврологічним, алергологічним та іншим);**
- вагітних;**
- осіб, щеплених менше 2 місяців тому, від інших інфекційних хвороб.**

**4.5. Відкоригування курсу щеплень на підставі повідомлення установи державної ветеринарної медицини про результати спостереження за тваринами або повідомлення санепідстанції про результати лабораторного дослідження патологічного матеріалу від загиблих або забитих тварин.**

#### **4.6. Інформування територіальної санепідстанції у випадку**

- переїзду на інше місце проживання особи, яка постраждала і не закінчила повний курс антирабічних щеплень;
- появи поствакцинальних ускладнень або незвичної реакції на щеплення;
- коли особа не закінчила повний курс щеплень;
- відмови від антирабічних щеплень.

4.7. Патронаж за особами, які не з'явилися або перервали курс щеплень, з метою проведення їм антирабічних щеплень (через поліклініку, амбулаторію).

4.8. Проведення диспансерного нагляду за особами з підвищеним ризиком зараження на сказ (покусані скаженими тваринами, дикими м'ясоїдними тваринами, кажанами) забезпечується на протязі року з моменту одержання ушкодження.

4.9. Оформлення довідки на особу, яка постраждала про проведення курсу антирабічних щеплень (на підставі даних Карти звернення по антирабічну допомогу, облікова форма N 045/о).

4.10. Проведення курсу антирабічних щеплень по можливості однією серією вакцини.

4.11. Проведення обліку поствакцинальних реакцій та ускладнень на введення антирабічних препаратів.

4.12. Визначення потреби в антирабічних препаратах і своєчасне направлення заявки на антирабічні препарати.

#### **5. Санітарно-епідеміологічна станція:**

5.1. На підставі Екстреного повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення (облікова форма N 058/о) з лікувально-профілактичного закладу здійснює епідеміологічне обстеження кожного випадку звернення по медичну допомогу осіб, які зазнали ризику інфікування вірусом сказу, із заповненням Карти епідеміологічного обстеження вогнища інфекційного захворювання (облікова форма N 357/о).

5.2. Виявляє в осередку осіб, які зазнали ризику інфікування вірусом сказу, і направляє їх до травматологічного пункту (кабінету), а при його відсутності - до хірургічного кабінету (відділення) для надання антирабічної допомоги.

### **5.3. Проводить контроль за:**

**а) первинним зверненням осіб, які постраждали, до травматологічного пункту (кабінету), а при його відсутності - до хірургічного кабінету (відділення) для призначення та проходження ними курсу антирабічних щеплень;**

**б) своєчасним призначенням та проведенням курсу антирабічних щеплень, його виконанням;**

**в) госпіталізацією осіб, яким курс антирабічних щеплень повинен проводитися в умовах стаціонару;**

**г) повнотою обліку та своєчасним поданням Екстрених повідомлень про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення (облікова форма N 058/о) на кожну особу, яка постраждала від укусів і звернулася в лікувально-профілактичний заклад, в т. ч. в травматологічний пункт (кабінет), хірургічний кабінет або хірургічне відділення;**

**д) наявністю антирабічних препаратів та дотриманням умов зберігання їх в травматологічних пунктах (кабінетах), хірургічних кабінетах (відділеннях);**

**є) своєчасним отриманням інформацій травматологічними пунктами (кабінетами), хірургічними кабінетами (відділеннями) від закладів ветеринарної медицини про результати спостереження за тваринами або досліджень патологічного матеріалу від тварин.**

### **5.4. Забезпечує інформування:**

**а) територіальних установ державної ветеринарної медицини про тварин, які завдали ушкодження (укуси, подряпини, заслинення тощо), з метою встановлення за ними десятиденного нагляду (карантину) або відбору патологічного матеріалу для вірусологічних досліджень;**

**б) травматологічних пунктів (кабінети), хірургічних кабінетів (відділення), що надають антирабічну допомогу, про результати десятиденного нагляду за твариною або результати лабораторного дослідження патологічного матеріалу від тварин, які загинули або були забиті, на підставі повідомлення, що надійшло з установи державної ветеринарної медицини;**

**в) санітарно-епідеміологічної станції за місцем знаходження особи, яка постраждала і не закінчила курс антирабічних щеплень, для проведення або продовження курсу антирабічних щеплень, у випадку зміни ним місця проживання.**

**5.5. Спільно з органами охорони здоров'я комісійно розслідує післявакцинальні ускладнення та незвичайні реакції на щеплення.**

**5.6. Здійснює постійний обмін інформацією з установами державної ветеринарної медицини про епізоотичну ситуацію зі сказу та вжиті заходи профілактики.**

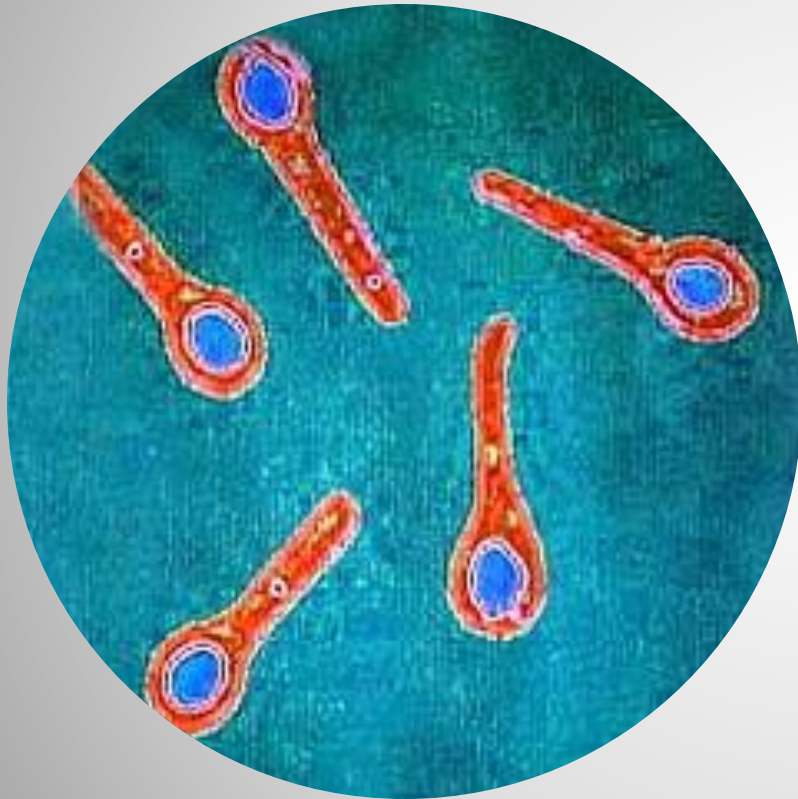
**5.7. Надає щоквартальну інформацію про епізоотичну та епідемічну ситуацію зі сказу лікувально-профілактичним закладам, на які покладено надання антирабічної допомоги.**

**5.8. Проводить (разом з установами та закладами охорони здоров'я) санітарно-освітню роботу серед населення з питань профілактики сказу.**

# ПРАВЕЦЬ

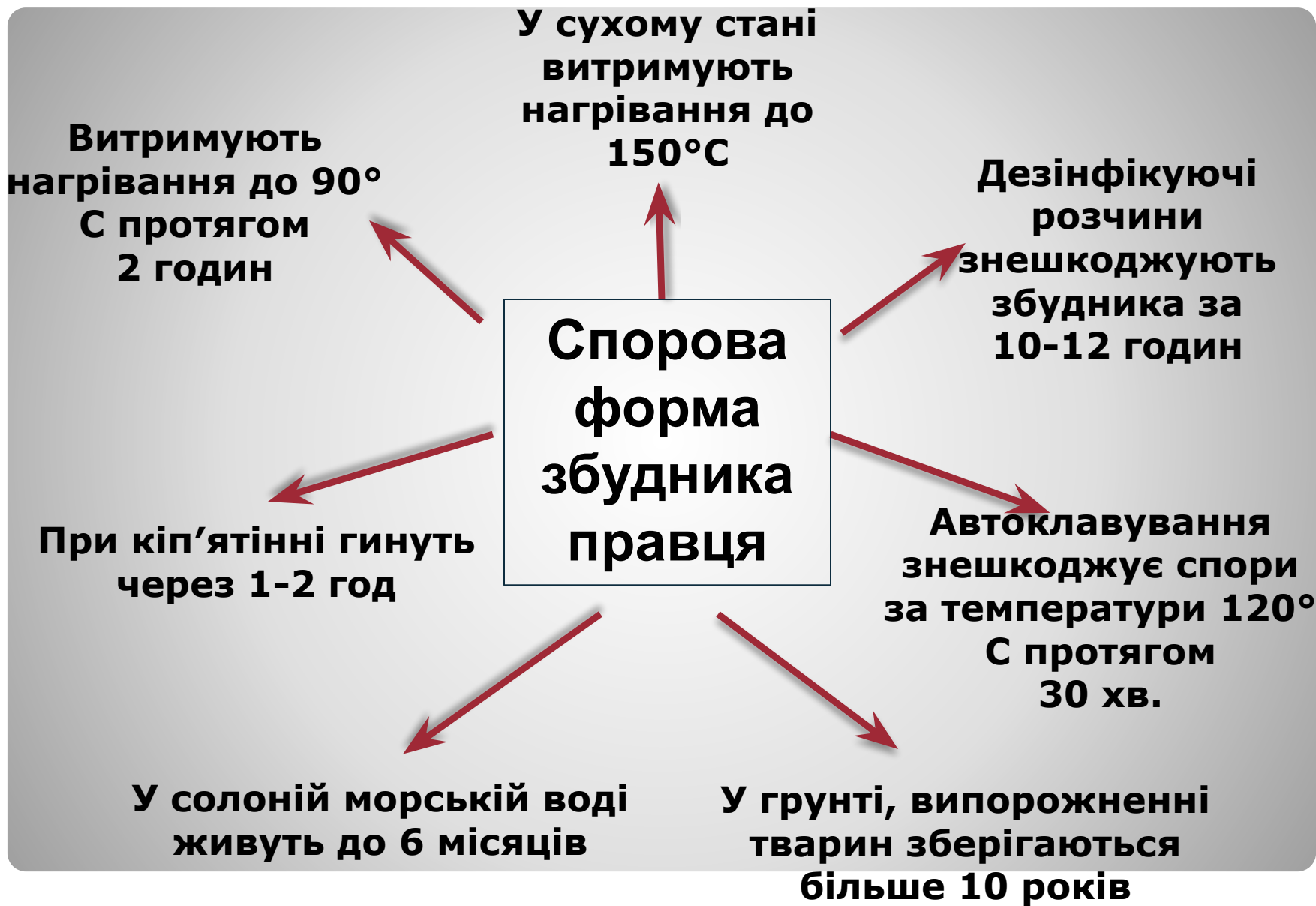
**Правець (лат. tetanus, від грец. tetanos – розтягнутий) – гостра інфекційна хвороба із групи сапрозоонозів, спричинювана анаеробним мікроорганізмом Clostridium tetani, що характеризується ураженням нервової системи і проявляється періодичними генералізованими клонічними судомами на тлі постійного тонічного напруження скелетних м'язів.**

## **Збудник правця - Clostridium tetani**



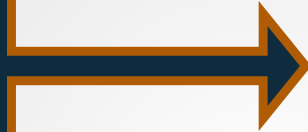
**Має дві форми:  
вегетативну і спорову.  
Вегетативна форма за  
наявності кисню і  
температури не нижче 4°  
С утворює спору.**





**Спори за температури не менше ніж 37°C, достатньої вологості і відсутності кисню проростають у вегетативні форми.**

**Правець**



**Сапроноз**

**Джерело інфекції – травоїдні тварини і людина, у кишечнику якої живе і розмножується паличка правця. У кишечнику людини і тварини із спор утворюються вегетативні форми. При потраплянні із випорожненнями у ґрунт вегетативні форми знову перетворюються на спори.**

**Механізм  
зараження  
людини**



**Контактний,  
рановий**

**Правець – хвороба “босих ніг”. Криптогенний правець – захворювання, яке розвивається внаслідок активізації збудника із старої рани (під час операції, нагноєння і т.д.) (спора не перетворилась у вегетативну форму і залишилась в рані (рубці)).**

**Провідними симптомами клінічної діагностики є: наявність класичної ранньої тріади симптомів (тризм, сардонічна посмішка, дисфагія); постійне тонічне напруження м'язів, що не зникає навіть під час наркозу; тетанічні судоми, які виникають періодично на тлі тонічного напруження; збереження свідомості під час судом; гарячка, рясне потовиділення.**



# Профілактика правця

```
graph TD; A[Профілактика правця] --> B[Планова (згідно з календарем щеплень)]; A --> C[Екстрена (у разі отримання рани)];
```

**Планова (згідно з  
календарем  
щеплень)**

**Екстрена  
(у разі отримання  
рани)**

# ПЛАНОВА ПРОФІЛАКТИКА ПРАВЦЯ

**Вакцинація**

**У 3,4,5 міс. вакциною АКДП (АаКДП) у дозі 0,5 мл в/м**

**У 18 міс. - АКДП (АаКДП) вакциною у дозі 0,5 мл в/м**

**Ревакцинація**

**У 6 років - АДП анатоксин у дозі 0,5 мл в/м**

**У 14, 18, 23 років - АДП-М анатоксин у дозі 0,5 мл в/м або п/ш**

**Витяг із наказу № 198 від 05.08.99р.  
«Про вдосконалення профілактики, діагностики та лікування правця»**

**4. 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;
- пологах поза медичними закладами;
- гангрені або некротизації 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.

4.1. 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 (таблиця 2, таблиця 3).

## Схема вибору профілактичних засобів при проведенні екстреної специфічної профілактики правця

<i>Попередні щеплення проти правця</i>		<i>Вікова група</i>	<i>Терміни, що пройшли після останнього щеплення</i>	<i>Застосовані препарати</i>		
<i>Наявність документів про щеплення</i>	<i>Курс щеплень будь-яким препаратом, що містить АП-анатоксин</i>			<i>АП-анатоксин</i>	<i>ППЛ</i>	<i>ППС</i>
Є документальне підтвердження	Повний курс планових щеплень відповідно до віку	Діти та підлітки	Незалежно від терміну	Не вводять 3	Не вводять	Не вводять
	Курс планових щеплень без останньої вікової ревакцинації	Діти та підлітки	Незалежно від терміну	0,5 мл	Не вводять	Не вводять
	Повний курс імунізації 4	Дорослі Дорослі	Не більше 5 р. Більше 5 р.	Не вводять 0,5 мл	Не вводять	Не вводять
	Два щеплення	Всі вікові групи	Не більше 5 р. Більше 5 р.	0,5 мл 1,0 мл	Не вводять 250 МО	Не вводять 3000 МО
	Одне щеплення	Всі вікові групи	Не більше 2 р. Більше 2 р.	0,5 мл 1,0 мл	Не вводять 250 МО	Не вводять 3000 МО
	Не щеплені	Діти до 5 міс. Інші вікові групи		Не вводять 1,0 мл	250 МО 250 МО	3000 МО 3000 МО
Немає документального відтвердження	В анамнезі не було проти показів до щеплень	Діти до 5 міс.		Не вводять	250 МО	3000 МО
		Діти з 5 міс., підлітки, в/службовці, колишні військові		0,5 мл	Не вводять	Не вводять
	Інші контингенти	Всі вікові групи		1,0 мл	250 МО	3000 МО



## Примітки до табл.2

- 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 діб 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.**

**4.1.1. 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).

**4.1.2. 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).

**4.1.3. 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, виключаючи контингенти, вказані в пункті 4.1.2.;**
- 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.**