

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ З ЕПІДЕМІОЛОГІЄЮ
ГО «АСОЦІАЦІЯ ІНФЕКЦІОНІСТІВ СУМЩИНИ»

**Інфекційні хвороби
в практиці лікаря-інтерніста:
сучасні аспекти**

*Infectious diseases in practice of physician-internist: modern
aspects*

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції,
присвяченої 20-річчю кафедри інфекційних хвороб з епідеміологією
СумДУ
(Суми, 25–26 травня 2017 року)

Суми
Сумський державний університет
2017

Ревенко Георгій Олександрович¹,
Маврутенков Віктор Володимирович¹,
Дорошенко Володимир Федорович²,
Чергинець Ліна Миколаївна², Шевченко Леонід Іванович²,
Волочай Володимир Іванович², Євсікова Лариса Миколаївна²

ПРАВЕЦЬ У НЕВАКЦИНОВАНОЇ ДИТИНИ

Кафедра інфекційних хвороб
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»¹
КЗ «Дитяча міська клінічна лікарня № 6», м. Дніпро, Україна²

*Revenko Georgiy Oleksandrovych¹,
Mavrutenkov Victor Volodymyrovych¹,
Doroshenko Volodymyr Fedorovych², Chergynets Lina Mykolaivna²,
Shevchenko Leonid Ivanovych², Volochai Volodymyr Ivanovich²,
Evsikova Larysa Mykolaivna²*

TETANUS IN NON-VACTINATION CHILD

*Department of Infectious Diseases
SE "Dnipropetrovs'k medical academy of Health ministry of
Ukraine"¹
ME "Pediatric clinical hospital №6", Dnipro, Ukraine²
georev5@mail.ru*

Summary. *Tetanus is a serious, potentially life-threatening infectious disease, occurrence of which is limited to post-vaccination immunity. This abstract clearly shows the clinical case of tetanus in unvaccinated 6-year-old child with favorable outcome. The disease duration was 64 days. This case is an objective indicator of the strength of epidemic process and system state immunization in the region. Targeting primary care physicians to provide immunization to "risk groups" will help to prevent tetanus.*

Актуальність. Правець є актуальною проблемою національної системи охорони здоров'я, що пов'язано насамперед із низьким охопленням вакцинацією населення України.

Інфекційні хвороби в практиці лікаря-інтерніста: сучасні аспекти : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Суми, 25–26.05.2017 р. СумДУ

Мета. На прикладі клінічного випадку правця показати порушення у системі вакцинопрофілактики.

Матеріали і методи. Виписка з історії хвороби дитини 6 років, яка знаходилась на стаціонарному лікуванні у дитячій міській клінічній лікарні № 6 м. Дніпра.

Результати дослідження. Дівчинка С., 6 років направлена на госпіталізацію до ДМКЛ № 6 28.07.2016 на 4 добу захворювання з діагнозом: «Спастичний тетрапарез?». При госпіталізації скарги на підвищення температури тіла до 40°C, біль в ногах та спині, сильне напруження всіх груп м'язів, жувальних тощо, неможливість відкрити рота та приймати їжу, порушення ковтання.

Із анамнезу життя відомо, що вакцинація АКДС не проводилась. Аналізуючи епіданамнез, виявлено, що 15 діб тому дівчинка травмувала ліву гомілку на подвір'ї, що супроводжувалась пошкодженням шкіри, кровотечею та попаданням у рану кори дерева та землі. Після цього мало місце нагноєння рани. За медичною допомогою звернулись за місцем проживання, де рану обробили антисептиком, профілактика правця не проводилась. Протягом тижня рана загоїлась.

Анамнез захворювання: хвороба розпочалася поступово 25.07.2016, з появи слабкості в ногах. 26.07.2016 у дитини з'явився біль в ногах та спині. 27.07.2016 біль посилювався - дівчинка перестала становитись на ноги та ходити. 28.07.2016 стан погіршився: з'явилося тонічне напруження м'язів кінцівок, дитина перестала харчуватись через спазм жувальних м'язів, підвищилась температура тіла до 38,5°C. Того ж дня дитина госпіталізована.

Об'єктивно: стан важкий. Свідомість ясна. Т - 40°C. У ділянці рани – суха кірочка, виділень немає. У дитини спостерігалось постійне тонічне напруження скелетних м'язів: гіпертонус розгиначів, м'язів передньої черевної стінки та trismus. Також відмічалась risus sardonicus. В положенні «на боці» вигиналася дугою: із закиданням голови та витягнутими ногами. Мова нерозбірлива через trismus. При огляді та звукових подразниках

різко зростало тонічне напруження м'язів до opisthotonus. Напади судом супроводжувались криком. Кісті стиснуті в кулаки з приведенням великих пальців. В легенях жорстке дихання, хрипів немає. Тони серця гучні, тахікардія (ЧСС – 140 уд. за хв.), нормотензія. Провести пальпацію живота було неможливо через напруження м'язів передньої черевної стінки. Стула зі слів матері не було протягом 3-х діб, сеча виділялася регулярно. Менінгеальні та осередкові симптоми провести не було можливості через виражений гіпертонус. Зіниці D=S, фотореакція жвава, співдружня. Враховуючи клінічні та епідеміологічні дані був поставлений діагноз: «Правець, генералізована форма». У той же день дитину оглянув інфекціоніст: діагноз підтверджений. Дитина була госпіталізована у відділення інтенсивної терапії. Проведена терапія: 1) Людський імуноглобулін (біовен-моно 5% - 200,0 в/в) оскільки на момент госпіталізації протиправцева сироватка була відсутня. 2) 01.08.2016 (на 5-ту добу після госпіталізації) введена протиправцева сироватка – 100 000 МО в/в, одноразово (за інструкцією). 3) Етіотропна терапія – метронідазол 150 мг кожні 8 годин. 4) Профілактика вторинних інфекцій – цефтріаксон 1000 мг кожні 12 годин. 5) Контроль водно-електролітного балансу – глюкозо-сольові розчини. 6) Ентеральне харчування через зонд. 7) Купування судомного синдрому – сибазон 0,5% - 1,0 в/в до 4 разів на добу; магнія сульфат 25% - 2,0 в/в; мидокалм 50 мг, фенобарбітал 20 мг через зонд. 8) Аналгезуюча терапія – ібупрофен 800 мг на добу. 9) Контроль за функцією кишківника – лактулоза, клізми.

Зниження інтенсивності судом спостерігалось з 14 доби захворювання, а 25.08.2016 (32 доба захворювання) дитина переведена у соматичне відділення для подальшого лікування. Враховуючи компресійний перелом ThII-ThV, через тривалий opisthotonus, 29.08.2016 (36 доба захворювання) з позитивної динамікою дівчинка переведена для подальшого реабілітаційного лікування у травматологічне відділення обласної дитячої клінічної лікарні, де знаходилась 4 тижні.

Дитина була виписана з одужанням без залишкових змін. Загальна тривалість хвороби становила 64 доби, тривалість лікування 60 діб.

Висновки. Наведений клінічний випадок демонструє важкий перебіг небезпечного захворювання та показує, що спастичний тотальний парез перш за все повинен розцінюватись лікарем як вірогідний випадок правця. До отримання протиправцевої сироватки у якості екстреної специфічної терапії доцільно призначення людського імуноглобуліну. Даний випадок є об'єктивним індикатором напруженості епідпроцесу та стану системи імунопрофілактики в регіоні.