

ЗАМІТКИ ІЗ ПРАКТИКИ

УДК 616.981.551+616-089.855+616.212+613.954

Пітик М.І., Ліскевич І.І., Котурбаши Р.Й. *, Матвіїв Л.Є. *, Мельник Т.М. *, Криштафович Я.Л. *, Дельва Л.В. *, Дельва Д.Ю. *, Курташ О.О. *, Вальчишин В.П. *, Семкович М.В.

Випадок правця на ґрунті стороннього тіла носового ходу із гострою хімічною перфорацією носової перегородки у нещепленої дитини

Кафедра неврології та нейрохірургії (зав.каф. – проф. В.А. Гриб)

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

*Івано-Франківська обласна дитяча клінічна лікарня

e-mail: iryna_liskevych@mail.ru

Резюме. Правець (tetanus) – тяжке інфекційне захворювання, поширене у багатьох країнах світу. У всьому світі щорічно від правця гине понад 160000 людей, що перевищує кількість померлих від холери. За міжнародною статистикою, правець займає третє місце серед причин смерті. Правець в Україні і сьогодні залишається значною медичною та соціальною проблемою, оскільки посідає за летальністю четверте місце після СНІДу та сказу. У середньому в Україні за останні 5 років летальність від правця перевищує 60%, що певною мірою зумовлено порушеннями в проведенні як планової активної, так і активно-пасивної (після травми) імунізації, що не забезпечує належного захисного рівня протиправцевого імунітету, відсутністю належної санітарно-освітньої роботи та наявністю регіонів з високим ризиком зараження внаслідок обміненія ґрунтів правцевою паличкою (95-98 %). У 2007 р. кількість випадків зросло на 4 (до 0,07 на 100 тис. населення), водночас, вперше за останні 7 років в Україні зареєстровано випадок захворювання на правець серед дітей. Коли наявна класична тріада симптомів (тризм, дисфагія, ригідність потиличних м'язів), діагноз правця не складний. У статті описано випадок генералізованої форми правця у дитини на ґрунті стороннього тіла носового ходу. Наведені дані про аспекти розвитку та особливості перебігу даного захворювання.

Ключові слова: правець, опістотонус, тризм.

Правець (tetanus) – тяжке інфекційне захворювання, поширене у багатьох країнах світу. У всьому світі щорічно від правця гине понад 160000 людей, що перевищує кількість померлих від холери. За міжнародною статистикою, правець займає третє місце серед причин смерті. Правець залишається великою проблемою в країнах, що розвиваються [2].

Правець в Україні і сьогодні залишається значною медичною та соціальною проблемою, оскільки посідає за летальністю четверте місце після СНІДу та сказу. У середньому в Україні за останні 5 років летальність від правця перевищує 60%, що певною мірою зумовлено порушеннями в проведенні як планової активної, так і активно-пасивної (після травми) імунізації, що не забезпечує належного захисного рівня протиправцевого імунітету, відсутністю належної санітарно-освітньої роботи та наявністю регіонів з високим ризиком зараження внаслідок обміненія ґрунтів правцевою паличкою (95-98 %) [1].

У наукових працях фахівців повідомляється, що за останні 2 роки в Україні спостерігалось підвищення рівня захворюваності на правець. В 2006 р. кількість дорослих, що захворіли на правець, збільшилась на 8 випадків, порівняно з 2005 р. (0,20 на 100 тис. населення). У 2007 р. кількість випадків зросла на 4 (до 0,07 на 100 тис. населення), водночас, вперше за останні 7 років в Україні зареєстровано випадок захворювання на правець серед дітей (Київська область, Чернівецька область) [1, 3].

Збудником є паличка правця, яка міститься в ґрунті і є дуже стійкою до умов зовнішнього середовища. Вхідними воротами є випадкові рани, механічні й термічні поверхневі пошкодження шкіри, відмороження, опіки. Інкубаційний період коливається від кількох діб до 3 міс, частіше це 10–14 діб. В літературі описані випадки, коли правець розвивався вже через одну добу. Чим коротший інкубаційний пе-

ріод, тим тяжчий перебіг захворювання. Потрапивши в рану, паличка правця починає продукувати сильний екзотоксин, який має дві фракції – тетаноспазмін (зумовлює судомні скорочення м'язів) і тетанолізін (зумовлює гемоліз еритроцитів). Токсин з місця поранення проникає в кров і лімфу, звідти уражає рухові центри і нервово-м'язові сполучення. Токсин пошкоджує й деякі внутрішні органи (серцевий м'яз, печінку, легені). Він уражає вищі вегетативні центри стовбура мозку, що призводить до тахікардії, гіпотензії, вираженої пітливості. Встановлено, що асоціації правцевої палички з іншими мікроорганізмами, особливо анаеробними, діють сильніше, ніж чиста її культура.

За місцем проникнення збудника в організм розрізняють: рановий, післяін'єкційний, післяопіковий, післяопераційний правець, а також правець після відморожень, електрограм. Окремо виділяють правець новонароджених і післяпологовий.

За поширенням його класифікують: загальний правець (висхідна, низхідна, змішана форми) та місцевий (обмежений) правець, який характеризується обмеженим ураженням м'язів з локалізацією в ділянці поранення. Місцевий правець звичайно передують загальному, але своєчасно не розпізнається.

Клінічна картина. Загальний правець починається з незначно виражених продромальних явищ: слабкість, дратівливість, швидке настання втоми, головний біль, пітливість, біль і незначне посмикування м'язів у ділянці рани. Після продромального періоду з'являється перша грізна ознака захворювання – ригідність м'язів. При низхідному правці вона, в першу чергу, захоплює жувальні м'язи (тризм), які не мають антагоністів, тому раніше судомно скорочуються. Хворий відчуває утруднення під час відкривання рота, короткотривалі судоми і біль у жувальних м'язах ("замкнена щелепа"). Симптоми неухильно наростають. Хворих турбують тягучий біль і ригідність м'язів шиї, потилиці, спини, поперекової ділянки. Виникають утруднення під час ходьби, тяжкість у спині і поперекової ділянці. У зв'язку зі скороченням м'язів обличчя хворого набуває характерного вигляду – "сардонічна посмішка" (risus Sardonicus). Всі ці явища супроводжуються відчуттям страху, порушенням сну, загальною слабкістю, а іноді збудливістю, пітливістю, підвищенням температури тіла. Згодом тонічні судоми охоплюють усі м'язи тулуба. Позаяк м'язи спини більш потужні, ніж м'язи передньої поверхні тулуба, під час їх скорочення хворий вигинається дугою, лежить на п'ятках і потилиці. Положення таке дістало назву опістотонусу – opisthotonus. Кінцівки в цей час зігнуті в ліктьових і кульшових суглобах. Ригідність міжреберних м'язів різко обмежує дихальні рухи грудної клітки, яка стає малорухомою. Коли судомними скороченнями охоплюється діафрагма, може виникнути різке порушення дихання аж до асфіксії. Судоми виникають під впливом найменших слухових, зорових чи інших подразнень.

Часто правець починається з порушення ковтання і болю у горлі, що є підставою для направлення таких хворих на консультацію до оториноларинголога. Іноді з'являються біль

у живогі і напруження м'язів передньої черевної стінки, що може бути причиною помилкового діагнозу гострої хірургічної патології органів черевної порожнини.

Коли наявна класична триада симптомів (тризм, дисфагія, ригідність потиличних м'язів), діагноз правця не складний. Наявність лише одного з компонентів триади не є підставою для встановлення діагнозу правця.

Клінічний випадок. Наводимо опис випадку правця у нещепленої дитини. Батьки хлопчика віком 4 р., звернулися в приймальний покій Івано-Франківської обласної дитячої лікарні зі скаргами на різку в'ялість, короточасну втрату свідомості та зупинку дихання у дитини. Перші прояви хвороби батьки помітили у день звернення вранці – у хлопчика було помічено затруднення прийомом їжі. Протягом дня він був малоактивним, плаксивим, вночі виник приступ втрати свідомості із зупинкою дихання.

З анамнезу вдалося з'ясувати, що за 2 тижні до початку захворювання батьки зверталися в приймальний покій обласної дитячої лікарні з приводу стороннього тіла носового ходу, яке було видалено. Ним виявився побутовий гальванічний елемент округлої форми діаметром 5-7мм. Профілактичні щеплення дитині не проводились у зв'язку з відмовою батьків.

На момент поступлення загальний стан хлопчика тяжкий. В'ялий, сонливий. Правильної тілобудови, задовільного відживлення. Шкірні покриви чисті, сухі, бліді. Тургор тканин знижений. Периферичні лімфатичні вузли не збільшені. В легенях дихання жорстке, хрипи не вислуховуються, перкуторно – легеневий звук. Границі серця в межах вікової норми. Серцеві тони чисті, звучні. Живіт м'який, не болючий. Стілець, сечопуск не порушені.

В неврологічному статусі – очні щілини $D \leq C$, зиніці $D=C$, легкий птоз справа, тризм, дисфагія. Загальна м'язова гіпотонія. Сухожилльні рефлексии торпідні. Симптом Бабінського з двох сторін. Періодичні тонічні судоми без втрати свідомості. Менінгеальні знаки відсутні.

По важкості стану дитина госпіталізована у відділення інтенсивної терапії. Протягом наступної доби стан дитини погіршувався за рахунок погмарення свідомості, наростання явищ дихальної недостатності, токсичного ураження нирок.

З метою уточнення етіології ураження ЦНС проведено КТ головного мозку – об'ємних утворень, вогнищевих змін в головному мозку не виявлено. За згодою батьків проведено люмбальну пункцію. Аналіз ліквору від 6.04.12 – безколірний, прозорий, білок 0,099 г/л, реакція Панді (-), цитоз 8/3, хлориди 125 ммоль/л, цукор 2,7 ммоль/л. Встановлено попередній діагноз: Гостре екзогенне отруєння невідомою речовиною, токсична енцефалопатія, токсична нирка.

Наступної доби хлопчик оглянутий консильярно за участю неврологів, анестезіологів, інфекціоністів. Враховуючи тривале, невизначене в часі перебування в носовому ході ймовірно забрудненого стороннього тіла (побутового гальванічного елемента), що призвело до електрохімічного опіку та перфорації носової перегородки, встановлено діагноз: Правець, генералізована форма. Інфекційно-токсична енцефалопатія, епілептичний синдром. Двобічна негоспітальна пневмонія, ускладнена гнійно-легеневим синдромом, гострий перебіг. Ступінь тяжкості IV ст. Дихальна недостатність III ст.

У зв'язку із наростанням гіпоксії, проведено інтубацію трахеї. Введено протиправцеву сироватку 1,5 тис./1 кг.

Незважаючи на лікування стан дитини залишався тяжким, утримувалися тризм, часті тонічні судоми, порушення свідомості аж до мозкової коми, приєдналося токсичне ураження серця, нирок, печінки за даними ультразвукового дослідження (печінка на 2 см виступає з-під краю реберної дуги, периваскулярна інфільтрація паренхіми, селезінка збільшена, 81x43 мм, однорідна) та біохімічного аналізу крові (заг.білок - 56,3 г/л, креатинін - 94,8 мкмоль/л, сечовина -

6,9 ммоль/л, заг.білірубін - 16,5 мкмоль/л, прямиий - 4,3 мкмоль/л, непрямиий - 12,2 мкмоль/л, АсАТ - 1,04 ммоль/г л, АлАТ - 1,94 ммоль/г л, електроліти: калій - 5,13 ммоль/л, натрій - 146,4 ммоль/л, кальцій - 1,92 ммоль/л, хлориди - 110,1 ммоль/л). У загальному аналізі крові – гемоглобін - 124 г/л, еритроцити - 4,1x10¹²/л, лейкоцити - 12,9x10⁹/л, е.2%, п.8%, с.73%, л.12%, м.5%, ШОЕ 4 мм/год, тромбоцити 71%, гематокрит 40%. Посіви крові, ліквору, сечі та калу росту не дали.

Тривало утримувався гнійно-легеневий синдром, дихальна недостатність, проведено трахеотомію. Динаміка змін рентгенологічної на бронхоскопічної картини:

- легеневий малюнок інфільтративно змінений в нижніх відділах правої легені, на всьому протязі – збагачений, правий корінь не структурний, лівий перекритий серединною тінню, границі серця в межах норми;

- наростають явища інфільтрації в обох легенях, справа в середніх відділах інтенсивна трикутна тінь, паракостальна полоска затінення, правий купол діафрагми чітко не диференціюється, границі серця помірно поширені в поперечнику, диференціюється міждолева плевра;

- залишається інфільтративно-змінений легеневий малюнок в обох легенях, явища інфільтрації не наростають, синуси вільні, границі серця в межах норми;

- залишається інфільтративно-змінений легеневий малюнок в обох легенях, корені перекриті серединною тінню, синуси вільні, границі серця в нормі;

- протокол бронхоскопії №1 – дифузний гнійно-фібринозний ендобронхіт, проведено санацію трахео-бронхіального дерева;

- протокол бронхоскопії №2 – нисхідний фібринозно-геморагічний ендобронхіт, проведено санацію трахео-бронхіального дерева;

- протокол бронхоскопії №3 – дифузний слизисто-гнійний, правобічний слизисто-фібринозний ендобронхіт, взято посів – виділено *Acinetobacter haemolyticus* 10³.

Проведено лікування: двічі введено „Анатоксин АС” - 1 мл 2 дози, дискретний плазмаферез, довенно цефтріаксон, фізіологічний р-н, р-н Рінгера, глутаргін, дексон, сібазон, ксилат, магnezії сульфат, глюкоза, реамберин, тіосульфат натрію, цефоперазон, аміцил, орнігіл, довенний імуноглобулін, свіжозаморожена плазма, відмиті еритроцити, етамзилат, меронем, левофлоксацин, азитроміцин, ліпін, трентал, актовегін, мілдронат, муколван, кальцію хлорид, натрію оксибутират, промедол, морфін, цитофлавін, кортексин, перорально нуорофен, панангін, депакін, мідокал.

Хлопчик протягом місяця перебував у відділенні інтенсивної терапії, надалі після стабілізації стану дитина переведена для подальшого лікування у відділення для дітей з ураженням ЦНС.

На час переводу хлопчик в свідомості, проте на звернену мову не реагує, інструкції не виконує. Шкіра і видимі слизові чисті, бліді. Тургор тканин знижений. Дихання через трахеостомічну трубку, з якої санується помірна кількість слизистого мокротиння. В легенях на всьому протязі вологі хрипи, дихання жорстке. Серцеві тони ритмічні. Живіт при пальпації м'який. Фізіологічні відправлення не порушені. Функцію тазових органів не контролює. Неврологічний статус – ЧМН – очні щілини симетричні, анізокорії немає, фотореакції збережені, ністагму немає, лице симетричне, годується через назогастральний зонд. М'язевий тонус дистонічний з перевагою гіпертонусу в дистальних відділах нижніх кінцівок. Сухожилльні рефлексии високі, без анізорефлексії. Позитивні симптоми орального автоматизму, симптом Бабінського з двох сторін. Наявний тремор в руках. Менінгеальні симптоми відсутні. Сенсо-моторна афазія.

Комплексна неврологічна реабілітація (вінпоцетин, триметабоп, пантокальцин, депакін, мідокалм, масаж загальний, ЛФК) зумовила значний регрес неврологічної симптоматики, почалося активне відновлення мови, зменшився когнітивний дефіцит, епілептичні приступи не повторювалися.

На фоні проведеної антибіотикотерапії, терапії, спрямованої на корекцію бронхо-легеневого синдрому (флавамед, АЦЦ, креон, інгаляції з вентоліном та фліксотидом), відновилося адекватне спонтанне дихання, проведено деканюляцію. За даними рентгенографії органів грудної клітки вогнищевих та інфільтративних змін не виявлено. Позитивна динаміка відзначалася з боку внутрішніх органів за даними ультразвукового обстеження та біохімічного аналізу крові.

Заключний діагноз:

Правець, генералізована форма. Інфекційно-токсична енцефалопатія, епілептичний синдром, сенсо-моторна афазія, ехололія, період відновлення мовлення, когнітивні розлади легкого ступеню.

Двобічна вогнищева пневмонія, ускладнена гнійно-легеневим синдромом. Гострий перебіг. ДН 0-1 ст. Трахеостомія.

Токсичний міокардит, середнього ступеня тяжкості. НК I ст.

Катамнез складає 2 роки. Хлопчик перебуває на диспансерному спостереженні у невролога з приводу симптоматичної епілепсії з поліморфними (генералізовані тоніко-клонічні, прості парціальні моторні) випадками й епіеквівалентами на ЕЕГ, із зниженням когнітивних функцій та змінами емоційно-вольової сфери, постійно отримує проти-епілептичну терапію, завдяки чому досягнуто часткового контролю над випадками.

Література

1. Безруков Л.О. Випадок гострого правця у дитини в Чернівецькій області /Л.О.Безруков, Ю.Б.Ященко, Л.В.Ященко, Щасливий Ю.В. // Буковинський медичний вісник. – 2008. – Том 12, №4. – С. 165-167

2. Возіанова Ж.І. Інфекційні і паразитарні хвороби: в 3 т. /Ж.І.Возіанова. – К.: Здоров'я, 2001. – Т. 2. – 696 с.

3. Тарасюк О.О. Сучасні аспекти проблеми вакцинопрофілактики в Україні / Тарасюк О.О. та ін.: Інформаційний лист. – 2007. – 3с.

Питык М.И., Лискевич И.И., Котурбаши Р.И., Матвиив Л.Е., Мельник Т.Н., Криштафович Я.Л., Дельва Л.В., Дельва Д.Ю., Курташ А.А., Вальчишин В.П., Семкович М.В.

Случай столбняка на почве инородного тела носового хода с острой химической перфорацией носовой перегородки у непривитого ребенка

Кафедра неврологии и нейрохирургии (зав.каф. - проф. В.А. Гриб) Ивано-Франковский национальный медицинский университет, Украина

* Ивано-Франковская областная детская клиническая больница

Резюме. Столбняк (tetanus) – тяжелое инфекционное заболевание, распространенное во многих странах мира. Во всем мире ежегодно от столбняка погибает более 160000 людей, что превышает количество умерших от холеры. По международной статистике, столбняк занимает третье место среди причин смерти. Столбняк в Украине и сегодня остается значительной медицинской

и социальной проблемой, поскольку занимает по летальности четвертое место после СПИДа и бешенства. В среднем в Украине за последних 5 лет летальность от столбняка превышает 60%, что в определенной степени обусловлено нарушениями в проведении как плановой активной, так и активно-пассивной (после травмы) иммунизации, которая не обеспечивает надлежащего защитного уровня противостолбнячного иммунитета, отсутствием надлежащей санитарно-образовательной работы и наличием регионов с высоким риском заражения вследствие обсеменения почв столбнячной палочкой (95-98%). В 2007 число случаев возросло до 0,07 на 100 тыс. населения, в то же время, впервые за последние 7 лет в Украине зарегистрирован случай заболевания столбняком среди детей. Когда имеется классическая триада симптомов (тризм, дисфагия, ригидность потылочных мышц), диагноз столбняка не сложен. В статье описан случай генерализованной формы столбняка у ребенка на почве инородного тела носового хода. Приведены данные об аспектах развития и особенности течения данного заболевания.

Ключевые слова: столбняк, опистотонус, тризм.

M.I. Pityk, I.I. Liskevych, R.Y. Koturbash, L.Ye. Matviiv*, T.M. Melnyk*, Ya.L. Kryshchafovych*, L.V. Delva*, D.Yu. Delva*, O.O. Kurtash*, V.P. Valchyshyn*, M.V. Semkovych*

A Case of Tetanus Resulting from a Foreign Body in the Nasal Passage with the Nasal Septum Chemical Perforation in a Non-Vaccinated Child

Department of Neurology and Neurosurgery (Head of the Department – Prof. V.A. Hryb)

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

*Ivano-Frankivsk Oblast Children's Clinical Hospital

iryna_liskevych@mail.ru

Abstract. Tetanus is a worldwide serious bacterial disease. Each year more than 160.000 people worldwide die from tetanus that exceeds the number of deaths from cholera. According to international statistics, tetanus is third leading cause of death. Tetanus in Ukraine nowadays remains a burning health and social problem, as it was ranked fourth for mortality after AIDS and rabies. For the last 5 years in Ukraine mortality from tetanus on average exceeds 60%, which is to some extent due to violations in planned active and active-passive (after injury) immunization, which does not provide adequate protection level of tetanus immunity, also absence of proper sanitary-hygienic work and presence of regions with high risk of infection due to soils contamination by tetanus bacillus (95-98%). In 2007 the number of cases increased by 4 (up to 0.07 per 100 thousand of population), while for the first time in last 7 years in Ukraine there was registered a case of tetanus among children. In case there is a classic triad of symptoms (trismus, dysphagia, neck stiffness), it is not difficult to diagnose tetanus. The case of child's tetanus, caused by a foreign body in the nasal passage, was described. There was given the data on the aspects of development and peculiarities of the disease course.

Keywords: tetanus, opisthotonus, trismus.

Надійшла 15.09.2014 року.