

Шостакович-Корецька Л.Р., Маврутенков В.В., Ревенко Г.О.,
Шевченко-Макаренко О.П., Партоєва О.Г., Олійник В.В.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро, Україна

Клінічний випадок правця в споживача ін'єкційних наркотичних речовин

For cite: Aktual'naâ Infektologiâ. 2017;5(6):293-295. doi: 10.22141/2312-413x.5.6.2017.122145

Резюме. У статті наводяться дані щодо захворюваності на правець у Дніпропетровській області з 2014 по 2017 рік. На сьогодні з урахуванням зниження імунного прошарку населення нашої країни розглянуті клінічні дані перебігу правця в споживача ін'єкційних наркотиків та обговорена необхідність настороги як лікаря первинної ланки, так і вузьких спеціалістів щодо можливості виникнення правця в нещеплених осіб. Лікарі повинні брати до уваги правець при диференціальній діагностиці менінгіту, судомного синдрому тощо, особливо в споживачів ін'єкційних наркотичних речовин, які є групою ризику з цього захворювання у всіх країнах світу, у тому числі й в Україні. Обговорені помилки та шляхи проведення диференціальної діагностики при встановленні первинного діагнозу хворому. Акцентовано увагу на необхідності проведення вакцинації проти правця неімунного населення.

Ключові слова: правець; клінічний випадок; вакцинація

Вступ

Правець — достатньо серйозне захворювання, що дійсно загрожує життю людини. Правець зустрічається в усіх частинах земної кулі, однак найпоширенішим він є у Африці та Південній Азії. У світі щорічно реєструється близько 1 000 000 випадків правця [1–3]. На сьогодні в 34 країнах світу правець новонароджених та породіль неслімінований. Щорічно у світі від правця помирають майже 200 000 осіб, із них 50 000 — новонароджені [4]. Хоча цьому інфекційному захворюванню достатньо легко запобігти завдяки високоефективній вакцині, правець залишається проблемою громадського здоров'я з високим рівнем летальності майже в усіх країнах, що розвиваються. У розвинутих країнах правець зустрічається доволі рідко завдяки впровадженню ефективних програм з імунізації [1, 5]. Близько 95 % випадків правця в розвинутих країнах становлять мігранти з африканських та азіатських країн. Оскільки збудником правця є грамнегативний мікроорганізм, що виробляє один із найсильніших біологічних токсинів (тетаноспазмін), та близько 240 грамів тетаноспазмину буде достатньо для вбивства всього населення світу, сприйнятливість до правця в нещеплених осіб досить висока [6–8]. До груп ризику належать сіль-

ські мешканці, особи похилого віку, а також споживачі ін'єкційних наркотичних речовин [9, 10]. Так, у США у 1995–1998 роках зі всіх випадків правця 11 % припало на споживачів ін'єкційних наркотиків [11]. За даними Українського центру з контролю та моніторингу захворювань МОЗ України, захворюваність на правець у нашій країні становить 0,02–0,04 на 100 тис. населення. У Дніпропетровській області з 2014 по 2017 рік зареєстровано 3 випадки правця, із них 2 дорослі особи та 1 дитина, у тому числі один летальний випадок у дорослого [12].

Високий відсоток летальності навіть при своєчасному та адекватному лікуванні правця [11], низька захворюваність вказують на доцільність розгляду даного клінічного випадку.

Наводимо клінічний випадок правця в нещепленої дорослої особи.

Хворий В., 39 років, госпіталізований 29.06.2017 р. у міську лікарню, хірургічне відділення, м. Кривого Рогу на 7-й день хвороби в тяжкому стані.

Із анамнезу хвороби встановлено, що захворів 23.06.2017 р., коли з'явився головний біль, підвищилась температура тіла до 38,5 °С, при спробі почистити зуби не зміг відкрити рота. За допомогою не

звертався. 26.06.2017 р. з'явився біль у спині, сідницях. 29.06.2017 р. госпіталізований у хірургічне відділення з діагнозом «абсцес обох сідничних ділянок». Проведено розтин абсцесів та їх дренивання. Призначена антибіотикотерапія (цефтріаксон + амікацин). 30.06.2017 з'явився біль у хребті, приєдналися судомні скорочення та напруження жувальних м'язів. У той же день хворий оглянутий неврологом, який припустив діагноз «менінгіт?» та запропонував люмбальну пункцію, від якої хворий відмовився; проведена спіральна комп'ютерна томографія головного мозку. Висновок: вогнищевої патології не виявлено. Також консультований травматологом та інфекціоністом. Установлено діагноз «правець». Хворого було переведено в міську інфекційну лікарню у відділення інтенсивної терапії.

Вакцинальний анамнез невідомий. Зі слів пацієнта встановлено, що за останні 20 років він не отримав жодного профілактичного щеплення. Анамнез життя: протягом 5 років приймав внутрішньом'язові ін'єкції налбуфіну (наркотичний аналгетик).

30.06.2017 р. (8-й день хвороби) при огляді в інфекційній лікарні стан тяжкий, обумовлений неврологічними порушеннями. Температура тіла 37,8 °С. Контакт малодоступний. Свідомість за шкалою коми Глазго — 11 балів. Шкіра засмагла, висипу немає. Обличчя маскоподібне, *rictus sardonicus*. Кісті рук стискаються у кулак, згинаються у зап'ясті, руки приведені до тулуба. При огляді судомні скорочення м'язів верхніх кінцівок, тулуба. У ділянці сідниць післяопераційні рани в стадії грануляції. Приймає вимушене положення через жах виникнення судом. Мовлення нечітке, голос тихий. Рясне потовиділення. Ротоглотка не оглянута внаслідок тризму. У легенях жорстке дихання, хрипів немає. Тони серця чисті, ритм правильний. Живіт: напруження прямих м'язів, дошкоподібний. Печінка +4,0 см по I. *medioclavicularis dextra*, щільна. Випорожнення та діурез без змін. Ригідність потиличних м'язів внаслідок підвищеного тону розгиначів спини. Ураховуючи клінічні та епідеміологічні дані, виставили діагноз «правець, генералізована форма». Хворий госпіталізований у відділення інтенсивної терапії. Призначена терапія: харчування — дієта 1а, протиправцева сироватка 150 000 МО в/в одноразово (за інструкцією), пеніцилін 3 000 000 Од × 4 р/добу в/в, стрептоміцин 0,5 × 2 р/добу в/в, враховуючи хронічну наркоманію, неможливо виключити сепсис, тому був доданий антибіотик цефоперазон + сульбактам 2,0 × 2 р/добу в/в, дексаметазон 4,0 мг × 3 р/добу, карбамазепін 0,2 × 2 р/добу *per os*, натрію оксидутират 20% 20,0 мл в/в для купірування судом із порушенням ритму дихання, хірургічна обробка рани. Оскільки протиправцева сироватка в Дніпропетровській області відсутня, родичі хворого самотужки замовляли її дрібно та частково за наявності препарату через інтернет-аптеки. Тому 60 000 Од введено 30.06.2017 р. (8-й день хвороби) та 30 000 Од — 01.07.2017 р. (9-й день хвороби).

Результати лабораторних досліджень. Загальний аналіз крові (30.06.2017): гемоглобін — 102 г/л, еритроцити — $3,3 \times 10^{12}/л$, лейкоцити — $15,2 \times 10^9/л$,

тромбоцити — $200 \times 10^9/л$, паличкоядерні — 13 %, сегментоядерні — 71 %, лімфоцити — 14 %, моноцити — 2 %, швидкість осідання еритроцитів — 55 мм/год. Від 10.07.2017: гемоглобін — 105 г/л, еритроцити — $3,3 \times 10^{12}/л$, лейкоцити — $7,4 \times 10^9/л$, тромбоцити — $200 \times 10^9/л$, паличкоядерні — 6 %, сегментоядерні — 60 %, лімфоцити — 31 %, моноцити — 3 %, швидкість осідання еритроцитів — 28 мм/год.

Загальний аналіз сечі (30.06.2017 та 10.07.2017) без змін.

Біохімічний аналіз крові (30.06.2017): загальний білок — 61,4 г/л, білірубін — 13,6 мкмоль/л, АЛАТ — 1,1 ммоль/л, АсАТ — 1,2 ммоль/л, сечовина — 12,1 ммоль/л, азот сечовини — 5,7 ммоль/л, креатинін — 231,2 мкмоль/л. Від 10.07.2017 — у межах норми.

Пряма мікроскопія вмісту рани (01.07.2017): виявлено грампозитивні бактерії, морфологічно подібні до клостридій.

Дослідження на ВІЛ (05.07.2017): антиген р24 та антитіла до ВІЛ не виявлено.

Бактеріологічне дослідження вмісту рани (05.07.2017): у середовищі Кітта — Тарощі виділено бактерії, морфологічно подібні до клостридій.

Глюкоза крові та система гемостазу в межах норми.

На тлі проведеної терапії спостерігалась позитивна динаміка перебігу хвороби за рахунок регресу симптоматики, та 05.07.2017 р. (13-й день хвороби) хворого було переведено в інфекційне відділення для подальшого лікування. 12.07.2017 р. (20-й день хвороби) пацієнта виписано з одужанням із мінімальними залишковими змінами для подальшої реабілітації.

Незважаючи на ряд несприятливих факторів: пізні звернення за медичною допомогою та, відповідно, запізнене призначення антибіотикотерапії; встановлення діагнозу на 2-й день після звернення до хірурга, а саме інфекціоністом; початок серотерапії на 8-й день захворювання та не в повному обсязі, досягнуто сприятливий результат лікування. Хворий одужав.

Оскільки інфікуюча доза правцевого токсину досить мала для формування імунітету після перенесеної хвороби, даному пацієнту показана вакцинопрофілактика правця в подальшому. Так, враховуючи високу летальність та вірогідність тяжких ускладнень, імунізацію проти правця необхідно проводити впродовж усього життя.

Висновки

Таким чином, необхідно мати насторогу як лікарям первинної ланки, так і вузьким спеціалістам — хірургам, травматологам, неврологам та інфекціоністам щодо можливості виникнення правця в нещеплених осіб. Наведений клінічний випадок демонструє тяжкий перебіг такого небезпечного захворювання, як правець, та показує доцільність активної імунізаційної профілактики. На сьогодні з урахуванням зниження імунного прошарку населення нашої країни лікарі повинні мати насторогу та брати до уваги

правець при диференціальній діагностиці менінгіту, судомного синдрому тощо, особливо в споживачів ін'єкційних наркотичних речовин, які є групою ризику з цього захворювання у всіх країнах світу, у тому числі й в Україні. Необхідно зазначити, що правець залишатиметься медичною проблемою, поки вакцинальні стратегії не будуть ідеально вирішені на державному рівні.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

References

1. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S, editors. *Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases*. 13th ed; Chapter 21: Tetanus. Washington DC: Public Health Foundation, 2015.
2. Muteya MM, Kabey AK, Lubanga TM, Tshamba HM, Nkoy AMT. Prognosis of tetanus patients in the intensive care unit of Provincial Hospital Jason Sendwe, Lubumbashi, DR Congo. *Pan Afr Med J*. 2013;14:93. doi: 10.11604/pamj.2013.14.93.2180.
3. Yeh FL, Dong M, Yao J, et al. SV2 Mediates Entry of Tetanus Neurotoxin into Central Neurons. *PLoS Pathog*. 2010 Nov 24;6(11):e1001207. doi: 10.1371/journal.ppat.1001207.
4. Dalal S, Samuelson J, Reed J, Yakubu A, Ncube B, Baggaley R. Tetanus disease and deaths in men reveal need for vaccination. *Bull World Health Organ*. 2016 Aug 1;94(8):613-21. doi: 10.2471/BLT.15.166777.
5. Gibson K, Bonaventure Uwineza J, Kiviri W, Parlow J. Tetanus in developing countries: a case series and review. *Can J Anaesth*. 2009 Apr;56(4):307-15. doi: 10.1007/s12630-009-9058-1.
6. Thwaites CL, Beeching NJ, Newton CR. Maternal and neonatal tetanus. *Lancet*. 2015 Jan 24; 385(9965):362-370. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60236-1.
7. Dienye PO, Bock-Oruma AA, Uyagu DD. Tetanus in a post operative patient - a case report. *Case Report in Clinical Medicine*. 2013;2(1):32-34. doi:10.4236/crcm.2013.21009.
8. Darraj M, Stone J, Keynan Y, Thompson K, Snider C. A case of tetanus secondary to an odontogenic infection. *CJEM*. 2017 Nov;19(6):497-499. doi: 10.1017/cem.2016.390.
9. Ergonul O, Egeli D, Kahyaoglu B, Bahar M, Etienne M, Bleck T. An unexpected tetanus case. *Lancet Infect Dis*. 2016 Jun;16(6):746-752. doi: 10.1016/S1473-3099(16)00075-X.
10. Amare A, Melkamu Y, Mekonnen D. Tetanus in adults: clinical presentation, treatment and predictors of mortality in a tertiary hospital in Ethiopia. *J Neurol Sci*. 2012 Jun 15;317(1-2):62-5. doi: 10.1016/j.jns.2012.02.028.
11. Derbie A, Amdu A, Alamneh A, et al. Clinical profile of tetanus patients attended at Felege Hiwot Referral Hospital, Northwest Ethiopia: a retrospective cross sectional study. *Springerplus*. 2016;5(1):892. doi: 10.1186/s40064-016-2592-8.
12. Shevchenko-Makarenko O. The case of generalized tetanus with fatal outcome. *Clinical infectology and parasitology*. 2015;3(14):110-114. (in Russian).

Отримано 14.10.2017 ■

Шостакович-Корецкая Л.Р., Маврутенков В.В., Ревенко Г.А., Шевченко-Макаренко О.П., Партоева Е.Г., Олейник В.В.
 ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г. Днепр, Украина

Клинический случай столбняка у потребителя инъекционных наркотических веществ

Резюме. В статье приводятся данные по заболеваемости столбняком в Днепропетровской области с 2014 по 2017 год. В настоящее время с учетом снижения иммунной прослойки населения нашей страны рассмотрены клинические данные течения столбняка у потребителя инъекционных наркотиков и обсуждена необходимость настороженности как врача первичного звена, так и узких специалистов относительно возможности возникновения столбняка у непривитых лиц. Врачи должны учитывать столбняк при дифференциальной диагностике менингита, судорожного

синдрома и т.д., особенно у потребителей инъекционных наркотических веществ, которые являются группой риска по этому заболеванию во всех странах мира, в том числе и в Украине. Обсуждены ошибки и пути проведения дифференциальной диагностики при установлении первичного диагноза больному. Акцентируется внимание на необходимости проведения вакцинации против столбняка неиммунного населения.

Ключевые слова: столбняк; клинический случай; вакцинация

L.R. Schostakovych-Koretska, V.V. Mavrutenkov, G.O. Revenko, O.P. Schevchenko-Makarenko, O.G. Partoeva, V.V. Oliinyk
 State Institution "Dnipropetrovsk Medical Academy of Ministry of Health of Ukraine", Dnipro, Ukraine

Clinical case of tetanus in an injecting drug user

Abstract. The article presents data on the incidence of tetanus in the Dnipropetrovsk region from 2014 to 2017. At the present time, taking into account the decrease of the immune layer of the population of our country, the clinical data of the course of tetanus in an injecting drug user have been considered, and the need for attention of both primary doctors and narrowly focused specialists regarding the risk of tetanus occurrence in unvaccinated persons has been discussed. Physicians should take tetanus into

consideration in the differential diagnosis of meningitis, convulsive syndrome, etc., especially among injecting drug users who are at risk for this disease in all countries of the world, including Ukraine. The mistakes and ways of differential diagnosis in establishing the initial diagnosis of the patient are discussed. The need for vaccination against tetanus in the non-immune population is emphasized.

Keywords: tetanus; clinical case; vaccination