

Павлишин Г.А., Корицький Г.І., Галич М.М.

ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОЇ ФОРМИ ПРАВЕЦЯ У ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ ЗА ЄВРОПЕЙСЬКИМИ СТАНДАРТАМИ

Тернопільська обласна дитяча лікарня, м. Тернопіль, Україна

Проаналізовано клінічний випадок генералізованої форми правця в дитини дошкільного віку, представлено клінічні особливості перебігу генералізованої форми правця та сучасні підходи до лікування відповідно до європейських стандартів, показано ефективність та перспективність такої терапії.

На сьогодні Україна презентує найнижчий рівень планової вакцинації в світі. Так, за даними МОЗ України, станом на серпень 2016 року, серед дітей першого року життя проти туберкульозу щеплено 11,5% дітей, поліомієліту – 39%, кору – 30%, від гепатиту В – 10%, і менше 2% – від кашлюка, дифтерії та правця. За даними ВООЗ, Україна з такими показниками у 2016 році увійшла у топ-8 країн з найменшим охопленням вакцинацією дітей. Поряд з Україною до цього списку з менш ніж 50% охоплення щепленням, потрапили також Нігерія, Сомалі, Південний Судан, Екваторіальна Гвінея, Центральнo-африканська Республіка та Сирія. В зв'язку з тим, діти в Україні хворіють на інфекційні хвороби, про які вже давно забули цивілізовані країни світу. Одним із таких захворювань, яке у 40% випадків закінчується летально, є правець.

Правець – це гостре інфекційне, нейротоксин – опосередковане захворювання, спричинене анаеробним збудником *Cl.tetani*, і характеризується прогресуючим спастичним паралічем багатьох груп м'язів, що призводить до асфіксії.

В Україні впродовж 2011-2015 років зареєстровано 15 випадків правця серед

дітей, у 2016 році – 7 випадків. Така сумна статистика пов'язана не лише з перебоями із забезпеченням вакцин, але й із небажанням частини батьків вакцинувати дітей та недостатнім рівнем кваліфікації медичного персоналу в питаннях вакцинації.

МЕТА РОБОТИ

З'ясувати клінічні особливості генералізованої форми правця у дітей та проаналізувати лікувальну тактику відповідно до європейських стандартів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У 2017 році в Тернопільській області діагностували правець у дитини дошкільного віку з важким перебігом та сприятливим наслідком.

Дитина віком 5 років отримала кілька поверхневих травмувань шкіри впродовж останнього місяця – понад 4 тижні травмовано лобну ділянку голови, 2 тижні перед госпіталізацією – ділянку лівого колінного суглобу, напередодні госпіталізації (2 дні) – долонну поверхню лівої кисті. На місці попередніх травмувань – залишкові кірочки, в

ділянці лівої руки – гіперемійована ранева поверхня.

За медичною допомогою батьки звернулися на третю добу після останнього травмування (04.08.2017) зі скаргами на порушення ковтання, неможливість відкривання рота, асиметрію обличчя, вимушене положення голови, напруження м'язів шиї, в зв'язку з чим скеровані до отоларинголога, згодом на стаціонарне лікування у відділення анестезіології та інтенсивної терапії ОДКЛ.

Щодо вакцинального анамнезу – дитина не отримувала імунізації через переконання батьків.

На момент госпіталізації загальний стан дитини був тяжким, зумовленим неврологічною симптоматикою: вимушене положення із закинutoю назад головою, асиметрія очних щілин, виражений тризм, напруження мимічних м'язів у вигляді вимушеної посмішки, болючість і ригідність м'язів шиї, потилиці, які посилюються під час маніпуляцій. Температура тіла – 37,5 °С, частота дихання – 20 за 1 хв, частота серцевих скорочень – 120 за 1 хв., сатурація 98%. В легенях – дихання везикулярне, оральні провідні хрипи. Діяльність серця ритмічна, тони ослаблені. Живіт м'який, запалий, при пальпації – напруження м'язів передньої черевної стінки.

Зважаючи на скарги, анамнестичні дані, особливості клінічної картини у дитини запідозрено правець криптогенний, генералізована форма, тяжкий перебіг.

Впродовж 7 годин після госпіталізації дитині введено 15 тис МО ППС (1000 МО/кг) внутрішньовенно, імуноглобулін людини нормальний 70 мл (4 мл/кг), внутрішньовенно (через відсутність протиправцевого людського імуноглобуліну) впродовж 5 днів, а також призначено антибактеріальну (метрогіл, ампісульбін), протисудомну (сібазон) терапію.

Однак, через 10 год після госпіталізації у дитини з'явилися напади генералізованого тонічного напруження м'язів

тулуба у вигляді опістотонусу з пригніченням дихання, що зумовило перехід на штучну вентиляцію легень.

В зв'язку з появою "серійних судом", резистентних до протисудомних засобів (сібазон), призначено тіопентал натрію (2 мг/кг), в подальшому – дипрофол з швидкістю 0,3-0,4-0,8 мг/кг/год, морфін (з метою знеболення, потенціювання антиконвульсантів). На 5 день госпіталізації дитині повторно введено 15 тис. МО ППС внутрішньовенно, оскільки утримувалися генералізовані "серійні судоми", гіпертермія на фебрильних показниках (38,5-38,9 °С), резистентна до жарознижуючих препаратів, та протиправцевий людський імуноглобулін в дозі 2500 МО дом'язово.

Впродовж наступних п'яти днів лікування, стан хлопчика залишався тяжким, але стабільним – кратність приступів тонічного напруження зменшилась, збільшилась чутливість до протисудомної терапії. Проте, на 10-11 день лікування частота приступів судом, тонічного скорочення м'язів відновилися, що потребувало високих доз антиконвульсантів, і зумовило повторне введення ППЛІ в дозі 2750 МО дом'язово. Дитині проведено трахеотомію з накладанням трахеостоми.

З 14 дня лікування відмітилась позитивна динаміка, зменшились кратність та інтенсивність, болючість м'язових тонічних напружень, прояви "сардонічної посмішки", потреба частого введення седативних засобів, відновились можливості відкриття рота з поступовим його збільшенням, самостійної дефекації і сечопуску, розширився об'єм ентерального харчування. Однак, ще утримувались субфебрилітет, значна кількість слизистих, слизисто-серозних виділень в дихальних шляхах, що потребувало частоті санації. На 21 день лікування дитину переведено на допоміжний режим вентиляції, на 30-й день – самостійне дихання через трахеостому, на 33 день – видалено трахеостомічну трубку і на 34 день

госпіталізації переведений на реабілітаційний курс в неврологічне відділення. Антибактеріальна терапія в комплексному лікуванні включала – ампісульбін і метрогіл, мерограм, цефепім, флюконазол, сульбактомакс.

Даний клінічний випадок піднімає відразу кілька важливих проблем. Перш за все, це своєчасна діагностика, а, відповідно, настороженість медичної спільноти щодо цього грізного захворювання, оскільки продромальний період генералізованої форми маскується лор-патологією з характерними ознаками – порушення ковтання (дисфагії), неможливість відкрити рот, болючість в ділянці шиї, що спричинює скерування до отоларинголога. Прогресування клінічних ознак, швидкий перебіг захворювання зумовлюють розвиток життєво-небезпечних ускладнень у вигляд гострої дихальної недостатності, асфіксії, що підкреслює необхідність ранньої діагностики та лікування.

Другим важливим моментом є необхідність проведення планової вакцинації, яка є єдиним способом вберегти від правця – хвороби, що забирає життя дітей, призводить до інвалідизації, і може виникнути після будь-якої травми з пошкодженням шкірних покривів, слизових, забруднених спорами збудника, дуже стійкими до умов зовнішнього середовища.

Ще одну проблему розкриває даний випадок, а саме особливості лікування правця на сучасному етапі. До сьогодні в Україні основним документом, який регламентує лікувальні підходи щодо правця є наказ МОЗ України №198 від 05.08.1999 року "Про вдосконалення профілактики, діагностики та лікування правця". Цей документ потребує оновлення, оскільки сучасний менеджмент правця включає інші підходи щодо специфічної терапії, антибактеріальної, протисудомної терапії [1, 2, 3].

В сучасних європейських рекомендаціях ("Current recommendations for treatment of tetanus", WHO, 2010; "Communicable Disease Management Protocols", Протоколи управління інфекційними захворюваннями, 2017) щодо специфічної терапії зазначають – протиправцевий людський імуноглобулін в дозі 3000-6000 МО, дом'язово, щодо антибактеріальної терапії переваги надають метронідазолу, пеніциліну G.

На сьогодні обговорюється питання щодо оптимального менеджменту тонічного спазму м'язів при генералізованій формі правця, зокрема, використання безперервної інфузії мідазоламу, діазепаму у великих дозах, пропофолу, як засобу для підтримки седації у хворих з правцем [4, 5].

З інших середників, рекомендують баклофен, дантролен, векуроній, барбітурати, переважно короточасної дії (6-10 мг/кг), хлорпромазин [6, 7]. А також сульфат магнію як для контролю м'язового спазму, так і для вегетативної дисфункції [8]. З метою знеболення, для контролю вегетативної гіперактивності успішно використовується морфінова терапія (1-2 мг/кг кожні 12 год) [7].

Зв'язок між надмірною симпатичною активністю та катаболізмом білка спричинюють у цієї категорії пацієнтів швидку втрату м'язової маси, тому важливим є поєднання парентерального та ентерального харчування для забезпечення метаболічних потреб [7].

ВИСНОВОК

Наш клінічний досвід лікування генералізованої форми правця у дітей дошкільного віку з використання європейських підходів (специфічна терапія, антибактеріальна, багатокомпонентна протисудомна терапія з високими дозами бензодіазепінів для контролю м'язового спазму та седації) показав ефективність та перспективність такої терапії.

Своєчасна діагностика генералізованого правця у дітей залишається проблемною, оскільки перші клінічні симптоми часто маскуються іншою патологією. Тому диференціальний діагноз неімунізованих дітей з гострими ознаками дисфагії, тризму завжди повинен включати правець.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. *Current recommendations for treatment of tetanus during humanitarian emergencies, WHO Technical Note, 2010.*
2. *Communicable Disease Management Protocols, 2017*// <http://www.gov.mb.ca/health/publichealth/cdc/protocol>.
3. *Наказ МОЗ України №198 від 05.08.99 "Про вдосконалення профілактики, діагностики та лікування правця"*// <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=776>.
4. Orko R, Rosenberg PH, Himberg JJ. *IV infusion of midazolam, propofol and vecuronium in a patient with severe tetanus. ACTA Anaesthesiol Scand* 1988;32:590-592.
5. Petitjeans F, Turc J, Coulet O, Puidupin M, Eve O, Benois A. *The use of boluses of propofol for the management of severe tetanus in a child. Trop Doct.* 2009, 39(1):52-53.
6. Boots RJ, Lipman J, O'Callaghan J, Scott P, Fraser J. *The treatment of tetanus with intrathecal baclofen. Anaesth Intensive Care.* 2000, 28(4):438-441.
7. Abdelmoneim T, DeNicola LK, Hasan MY. *Tetanus: Complications and Management in a Pediatric Intensive Care Unit. in The Rare Case Registry of PedsCCM: The Pediatric Critical Care Web Site, 1997*//<http://pedscm.org/RARE/Tetanus.html>.
8. Rodrigo C, Samarakoon L, Fernando SD, Rajapakse S. *A meta-analysis of magnesium for tetanus. Anaesthesia.* 2012, 67(12):1370-1374.