

## КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПРАВЕЦЯ У СПОЖИВАЧА ІН'ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИЧНИХ РЕЧОВИН

Л.Р. Шостакович-Корецька, В.В. Маврутенков, Г.О. Ревенко,  
О.П. Шевченко-Макаренко, О.Г. Партоєва, В.В. Олійник

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

**Ключові слова:** правець, клінічний випадок, вакцинація

**Актуальність.** Правець – достатньо серйозне захворювання, що реально загрожує життю людини. Правець зустрічається в усіх частинах земної кулі, однак найпоширенішим він є в Африці та Південній Азії. У світі щорічно реєструється близько 1 000 000 випадків [1, 2, 3]. На теперішній час у 34 країнах світу правець новонароджених та породіль не елімінований. Щорічно у світі від правця помирає майже 200 000 осіб, з них 50 000 новонароджених [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 у розвинутих країнах становлять мігранти з африканських та азіатських країн. Оскільки збудником правця є грамнегативний мікроорганізм, що виробляє один з найсильніших біологічних токсинів (тетаноспазмін) та близько 240 грамів тетаноспазмину буде достатньо для вбивства всього населення світу - сприйнятливість до правця у нещеплених осіб досить висока [6, 7, 8]. До груп ризику відносяться сільські мешканці, люди похилого віку, а також споживачі ін'єкційних наркотичних речовин [9, 10]. Так, у США у 1995-1998 роках зі всіх випадків правця 11% припадало 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, починаючи з 2014 по 2017 рік зареєстровано 3 випадки правця, з них 2 дорослих осіб 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 показують на доцільність розгляду даного клінічного випадку.

**Мета дослідження:** проілюструвати клінічний випадок правця у нещепленої дорослої особи.

#### **Матеріали та методи дослідження**

Епідеміологічне, клінічне та лабораторне обстеження хворого, що знаходився на лікуванні у інфекційній лікарні № 1 м. Кривий Ріг.

#### **Результати дослідження та їх обговорення**

Хворий В., 39 років, госпіталізований 29.06.2017 р. у міську лікарню, хірургічне відділення м. Кривий Ріг на 7-й день хвороби у важкому 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, що 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. Встановлено діагноз: «правець», хворого було переведено у 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 у інфекційній лікарні стан важкий, обумовлений неврологічними порушеннями. Температура тіла 37,8 °С. Контакт малодоступний. Свідомість за ШГК 11 балів. Шкіра засмагла, висипу немає. Обличчя маскоподібне, *risus sardonicus*. Кисті рук стискаються у кулак, згинаються у зап'ясті, руки приведені до тулуба. При огляді судомні скорочення м'язів верхніх кінцівок, тулуба. В ділянці сідниць післяопераційні рани у 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 l. medioclavicularis dextra, щільна. Випорожнення та діурез без змін. Ригідність потиличних м'язів, внаслідок підвищеного тону розгиначів спини. Враховуючи клінічні та епідеміологічні дані виставлений 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 в/в для купування судом з порушенням ритму дихання, хірургічна обробка рани. Оскільки протиправцева сироватка у 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%, ШОЕ – 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%, ШОЕ – 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 – в межах норми.

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

Дослідження на ВІЛ (5.07.2017): антиген р24 та антитіла до ВІЛ не виявлено.

Бактеріологічне дослідження вмісту рани (05.07.2017): у середовищі Кітта-Тароцці 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 у інфекційне відділення для подальшого лікування. 12.07.2017 р. (20-й день хвороби) пацієнта виписано з одужанням з мінімальними залишковими змінами для подальшої реабілітації.

Незважаючи на ряд несприятливих факторів, а саме: пізнє 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 у 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 у подальшому. Так, враховуючи високу летальність та вірогідність важких ускладнень, імунізацію проти правця необхідно проводити впродовж усього життя.

### **Висновки**

Таким чином, необхідно мати насторогу лікарям як первинної ланки, так і вузьким спеціалістам – хірургам, травматологам, неврологам та інфекціоністам, щодо можливості виникнення правця у нещеплених осіб. Наведений клінічний випадок демонструє важкий перебіг такого небезпечного захворювання як правець та показує доцільність активної імунопрофілактики. На теперішній час, враховуючи зниження імунного прошарку населення нашої країни, лікарі повинні мати насторогу та брати до уваги правець при диференційній діагностиці менінгіту, судомного синдрому тощо, особливо у споживачів ін'єкційних наркотичних речовин, які є групою ризику по цьому захворюванню у всіх країнах світу, у тому числі й в Україні. Необхідно зазначити, що правець буде залишатись медичною проблемою допоки вакцинальні стратегії не будуть ідеально вирішені на державному рівні.

### **Література**

1. CDC (2015) Tetanus. <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/tetanus.pdf>. Accessed 1st Dec 2015
2. Muteya M.M. Prognosis of tetanus patients in the intensive care unit of Provincial Hospital Jason Sendwe, Lubumbashi, DR Congo / M.M. Muteya, A.K. Kabey, T.M. Lubanga [et al.] // J. Pan. Afr. Med. – 2013. – Vol. 93, № 14.
3. Yeh F.L. SV2 Mediates Entry of Tetanus Neurotoxin into Central Neurons / F.L. Yeh, M. Dong, J. Yao [et al.] // PLoS Pathog. – 2010. – Vol. 11, № 6: e1001207. doi:10.1371/journal.ppat.1001207.
4. Dalal S. Tetanus disease and deaths in men reveal need for vaccination / S. Dalal, J. Samuelson, J. Reed // J. Bull. World Health Organ. – 2016. – Vol. 94, № 8. – P. 613–621.
5. Gibson K. Tetanus in developing countries: a case series and review / K. Gibson, U.J. Bonaventure, W. Kiviri [et al.] // Can. J. Anaesth. – 2009. – Vol. 56, № 4. – P. 307-315.
6. Thwaites C.L. Maternal and neonatal tetanus / C.L. Thwaites, N.J. Beeching, C.R. Newton // Lancet. – 2015. – Vol. 9965, № 385. – P. 362-370.
7. Dienye P.O. Tetanus in a post operative patient- a case report / P.O. Dienye, A.A. Bock-Oruma, D.D. Uyagu // Case Report in Clinical Medicine. – 2013. – Vol.1, № 2. – P. 32-34.
8. Darraj M. A case of tetanus secondary to an odontogenic infection / M. Darraj, J. Stone, Y. Keynan [et al.] // CJEM. – 2016. – № 8. – P. 1-3.

9. Ergonul O. An unexpected tetanus case / O. Ergonul, D. Egeli, B. Kahyaoglu [et al.] // Lancet Infect Dis. – 2016. – № 6. – P. 746-752.
10. Amare A. Tetanus in adults: clinical presentation, treatment and predictors of mortality in a tertiary hospital in Ethiopia / A. Amare, Y. Melkamu, D. Mekonnen // J Neurol Sci. – 2012. – Vol. 317, №15. – P. 62-65.
11. Clinical profile of tetanus patients attended at Felege Hiwot Referral Hospital, Northwest Ethiopia: a retrospective cross sectional study / A. Derby, A. Amdu, A. Alamneh [et al.] // Springerplus. – 2016. – Vol. 5, №1. – P. 892-895.
12. Шевченко-Макаренко О.П. Случай генерализованного столбняка с фатальным исходом / О.П. Шевченко-Макаренко // Клиническая инфектология и паразитология. – 2015. - №3. – С. 110-114.

### **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СТОЛБНЯКА У ПОТРЕБИТЕЛЯ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ**

**Л.Р. Шостакович-Корецкая, В.В. Маврутенков, Г.А. Ревенко,  
О.П. Шевченко-Макаренко, Е.Г. Партоева, В.В. Олейник**

**Резюме.** В статье приводятся данные по заболеваемости столбняком в Днепропетровской области с 2014 по 2017 годы. В настоящее время, учитывая снижение иммунной прослойки населения нашей страны, рассмотрены клинические данные течения столбняка у потребителя инъекционных наркотиков и обсуждена необходимость настороженности врача как первичного звена, так и узких специалистов о 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 дифференциального диагноза при установлении первичного диагноза больному. Акцентирована необходимость проведения вакцинации против столбняка неиммунного населения.

**Ключевые слова:** столбняк, клинический случай, вакцинация

### **CLINICAL CASE OF TETANUS IN A DRUG USER**

**L.R. Schostakovych-Korets`ka, V.V. Mavrutenkov, G.O. Revenko,  
O.P. Schevchenko-Makarenko, O.G. Partoeva, V.V. Oliinyk**

**Summary.** 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 the doctors of both primary and narrow specialists levels regarding the possibility of the occurrence of tetanus in not vaccinated 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.*

**Key words:** *tetanus, clinical case, vaccination*

УДК 616.98:578.828ВІЛ:616.36-002-085:615.281.8:612.017]-047.36

## **МОНІТОРИНГ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З КОІНФЕКЦІЄЮ ВІЛ / ВГС, ЯКІ ОТРИМУЮТЬ ПРОТИВІРУСНУ ТЕРАПІЮ ПРОТИ ГЕПАТИТУ С ТА АНТИРЕТРОВІРУСНУ ТЕРАПІЮ**

**Л.Р. Шостакович-Корецька, О.П. Шевченко-Макаренко,  
І.В. Чухалова, О.В. Носенко**

**Резюме.** У статті наведено дані лікування 90 пацієнтів з ко-інфекцією ВІЛ / ХВГС, які отримували противірусне лікування проти хронічного вірусного гепатиту С (ХВГС). Лікування пег-інтерфероном (Peg-IFN) у комбінації з лікарськими засобами прямої дії, таких як софосбувір (SOF) та рибавірин (RBV) отримували 53 (59%) пацієнти на тлі прийому антиретровірусної терапії (АРТ) та інші хворі були на безінтерферонових схемах терапії. В результаті моніторингу терапії з'ясовано, що мали місце деяких інтерферон- або рибавіринзалежні побічні ефекти у пацієнтів, що потребує мультидисциплінарного підходу до менеджменту пацієнтів для своєчасної корекції несприятливих подій, які пов'язані як із схемою лікування ХВГС, так і з лікарськими взаємодіями АРТ. Стійку вірусологічну відповідь (СВВ12) отримали 86 (96,6%) хворих.

**Ключові слова:** ко-інфекція ВІЛ / ХВГС, противірусна терапія, АРТ

**Актуальність.** Ко-інфекція ВІЛ / ВГС є досить поширеною серед людей, які живуть з ВІЛ. Так, наприклад, у 2015 році в Україні серед вперше виявлених випадків хворих на ВІЛ-інфекцію НСВ-інфекцію мали близько 36% пацієнтів, а у 2016 році офіційно було зареєстровано 29980 осіб з ко-інфекцією ВІЛ / ВГС [1]. Охоплення необхідного лікування пацієнтів з ко-інфекцією ВІЛ / ВГС, як і раніше залишається складним питанням в Україні. НСВ-інфекція негативно впливає на перебіг ВІЛ-інфекції, прискорює зниження рівня CD4+ клітин, підвищує ризик летальності внаслідок прогресування стадій ВІЛ-інфекції та розвитку СНІДу. Сама пандемія гемоконтактних вірусних гепатитів за кількістю інфікованих у 4-5 разів перевищує розповсюдженість ВІЛ-інфекції у світі [2]. Також соціальні ризики розповсюдження хвороби ускладнюються тим, що на сього-