



Випадок із практики

УДК 616.98-053.2/.6:616-07-08

БОГАДЕЛЬНИКОВ И.В., ПРОКУДИНА Л.И., БОБРЫШЕВА А.В., БЕЗДОЛЬНАЯ Т.Н.,
ХАМИД ФАЗЕЛЬ, КРЮГЕР Е.А., ЗДЫРКО Е.В., МАЗИНОВА Э.Р., ИЛЬИН А.Ф.

Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет
имени С.И. Георгиевского», кафедра педиатрии с курсом детских инфекционных болезней, г. Симферополь

СТОЛБНЯК ЗАБЫТ, НО НЕ ИСЧЕЗ

Резюме. У ребенка в возрасте 1 год 9 месяцев развилась типичная картина столбняка: тризм жевательной мускулатуры, затруднение при глотании, опистотонус, нарушение дыхания. Диагноз установлен несвоевременно, лечение начато с опозданием, не в полном объеме, но оказалось эффективным.

Ключевые слова: столбняк, дети, сыворотка, анатоксин.

Больная Карина Л., 1 год 9 месяцев, проживает с родителями в Симферополе в благоустроенной стандартной квартире многоэтажного дома, детский сад не посещает.

Из анамнеза жизни. Ребенок от первой беременности, протекавшей без патологии, роды первые, срочные. Вес при рождении 3810 граммов. Неонатальный период был благополучным. Вскармливание искусственное. Аллергологический анамнез — без особенностей. Состояла на диспансерном учете у пульмонолога по поводу обструктивного бронхита. Вакцинацию БЦЖ получила в роддоме. **От других инфекций ребенок не привит из-за временных медотводов по поводу нескольких эпизодов обструктивного бронхита.**

Анамнез болезни. Неделю назад у девочки началось прорезывание верхних моляров. Мама давала ребенку кусочки очищенного яблока, которыми девочка терла себе десны. Во время прогулки на улице мать не успела среагировать, **когда ребенок уронил яблоко на землю и опять взял в рот.** На следующий день разыгралась клиника стоматита, по поводу которого участковым педиатром было назначено лечение в виде геля с обволакивающим эффектом и анаферон. Как малозначимый факт отметила мама **потерю интереса девочки к конфетам в последние дни.**

14 января 2011 года мама приготовила на обед жареных карасиков. Она не удержалась и дала девочке небольшой кусочек рыбы. Ребенок поперхнулся и закашлялся. Стала капризной, плакала. При попытке напоить ребенка — от воды отказалась, плотно сжимала губы. Родители, испугавшись, обратились в приемный покой детского соматического стационара, и ребенок был направлен к ЛОР-врачу.

15 января попытка ЛОР-врача осмотреть зев и гортань для исключения инородного тела — рыбной косточки не удалась, так как **было невозможно открыть рот из-за плотно сжатых зубов и напряжения жевательной мускулатуры.** Пришлось прибегнуть к помощи челюстно-лицевого хирурга, который во время осмотра, преодолев

левая сопротивление ребенка, **повредил ребенку мягкие ткани ротоглотки и сломал зуб!** Воспалительные процессы челюстно-лицевых суставов и инородное тело были исключены, а обнаружены только явления стоматита. 15.01.11 семейство вернулось домой. Измученный ребенок быстро уснул.

После того как было исключено инородное тело гортани, поздно ночью, после полуночи, уже 16.01.11, ребенок проснулся, заплакал. При попытке напоить девочку мать отметила **невозможность открыть рот. Затем у ребенка начались судороги с преобладанием тонического компонента.**

Машиной скорой помощи доставлена в ОРИТ Республиканской детской клинической больницы, где были отмечены **нарушение глотания, повторяющиеся тоникоклонические судороги и кратковременные остановки дыхания. Был установлен диагноз: энцефалит? Энцефалическая реакция? Острое нарушение мозгового кровообращения?** Проводилась дифференциальная диагностика с объемным новообразованием головного мозга.

Ребенок был обследован.

Общий анализ крови от 17.01.11: гемоглобин 112 г/л; гематокрит 32 %; ЦП 0,9; эритроциты $3,72 \cdot 10^{12}/л$; лейкоциты $7,8 \cdot 10^9/л$; тромбоциты 242 тыс.; эозинофилы 3 %; палочкоядерные 15 %; сегментоядерные 49 %; лимфоциты 27 %; моноциты 5 %; СОЭ 18 мм/ч.

Общий анализ мочи: светло-желтый цвет, прозрачная, удельный вес 1013, лейкоциты — 3–6 в поле зрения, эпителий плоский — 1–5 в поле зрения.

Результаты биохимических исследований крови на билирубин, трансаминазы и печеночные пробы и результаты коагулограммы — без патологии.

Компьютерная томография головного мозга от 17 января 2011 г. Заключение: органических изменений головного мозга не выявлено.

Результаты проведенных ПЦР от 17.01.11 на цитомегаловирус (ликвор, качественное определение), вирус

герпеса 1/2 типа (ликвор, качественное определение), токсоплазму (ликвор, качественное определение) — отрицательные.

Консультации узких специалистов: ЛОР-органы без патологии. Окулист (ежедневно): диски зрительных нервов бледно-розового цвета, границы четкие, сосуды умеренно извиты. Фон глазного дна бледен, кровоизлияний в видимых зонах не определяется. Гематолог: данных в пользу патологии кроветворной системы и системы гомеостаза не обнаружено. Челюстно-лицевой хирург: хирургической патологии не выявлено. Рекомендована обработка языка раствором бриллиантового зеленого. Невролог 17.01.11: острое нарушение мозгового кровообращения? Внутречерпное кровоизлияние? Нельзя исключить нейроинфекцию. 18.0.11: энцефалическая реакция, судорожный вариант.

Таким образом, 18.01.11 в 17 ч 50 мин с диагнозом «энцефалическая реакция, судорожный синдром, энцефалит?» девочка была переведена в Республиканскую детскую инфекционную клиническую больницу.

Состояние ребенка при поступлении врачом ОРИТ детского инфекционного стационара оценивалось как очень тяжелое, обусловленное неврологическим статусом. **У ребенка повторяющиеся кратковременные тоникоклонические судороги. Сознание — оглушенность, менингеальные знаки отрицательные, гиперсаливация, отмечается асимметрия носогубных складок, нарушение глотания. В момент осмотра — опистотонус. При этом голова запрокинута назад, поясничная часть тела приподнята над кроватью таким образом, что между спиной и постелью можно просунуть руку.**

Девочка правильного телосложения, удовлетворительного питания. Костно-мышечная система без видимой патологии. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Ран и следов повреждения кожи нет. Кожные покровы бледные, сыпи нет. Тургор ткани и эластичность кожи сохранены. Пастозности и отеков нет. Зев не удается осмотреть из-за выраженного тризма жевательной мускулатуры. Ребенок прикусывает язык, на котором видны глубокие кровотокающие ранки, покрытые белым налетом. Дыхание через нос свободное. Катаральных явлений нет. Над легкими перкуторно ясный легочный звук, аускультативно — жесткое дыхание, единичные проводные хрипы. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Границы сердца не расширены. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стула не было. Мочится регулярно, диурез сохранен.

Дежурный врач приемного покоя инфекционной больницы и дежурный врач-реаниматолог (не инфекционист), не имея должной квалификации и находясь в плену мнения «старших товарищей» (Детская республиканская больница!), оставляют диагноз прежним, несмотря на типичную клиническую картину заболевания.

Утром 18 января все встает на свои места, диагноз «обширный столбняк, тяжелая форма» — **одновременно** прозвучал на «пятиминутке» у главного врача (она же главный детский инфекционист Крыма), в реанимационном отделении во время осмотра ребенка профессором и в кабинете заведомо, обсуждающего с начмедом больни-

цы тактику лечения (это говорит о том, что специальность «педиатр-инфекционист» не хобби).

В последующем диагноз был подтвержден результатами серологического исследования с определением нарастания титра антител к столбняку в парных сыворотках в 5 раз.

Согласно протоколу лечения столбняка, девочке необходимо было ввести лошадиную противостолбнячную сыворотку (ПСС) в дозе 80 000 МЕ. Чтобы найти ППС, потребовались и время, и немалые организационно-административные усилия. Но было найдено только 30 000 МЕ, которые были введены внутривенно капельно по методу Безредко (сыворотка при столбняке вводится однократно). Кроме того, введена 1 доза адсорбированного противостолбнячного анатоксина, которая затем была введена повторно еще два раза с интервалом 5 дней (24 и 29 января).

Особенностью лечения столбняка является отсутствие второстепенных деталей. Были назначены: антибиотики — цефтриаксон, затем экиспим; противосудорожная терапия проводилась сибазоном, ГОМК, аминазином; дезинтоксикационная терапия — согласно протоколу; симптоматическая терапия — анальгетики, жаропонижающие, литическая смесь. Важным моментом лечения столбняка являлась постоянная готовность к ликвидации апноэтических кризов, наличие электроотсоса (работающего) в палате и систематический туалет трахеи и бронхов.

19.01.11. Общее состояние ребенка крайне тяжелое. Сознание на уровне сопора. Отмечаются генерализованные тонические судороги, опистотонус. Дыхание спонтанное, оксигенация через лицевую маску. Зондовое питание усваивает. Кожа чистая, бледная. Выражен тризм жевательной мускулатуры. На любые прикосновения или манипуляции девочка отвечала приступом судорог. В легких жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Сердечные тоны приглушены. Живот мягкий. Диурез достаточный.

Учитывая, что наиболее частой причиной смерти при столбняке является асфиксия вследствие спазма дыхательных мышц, голосовой щели и диафрагмы, согласно протоколу лечения после премедикации под интубационным наркозом была проведена операция — нижняя трахеостомия и ребенок переведен на ИВЛ. Дыхание через трахеостомическую канюлю было адекватное.

20.01.11. До 4 эпизодов генерализованных судорог в виде опистотонуса, дважды на высоте судорог была остановка дыхания.

21.01.11. Состояние крайне тяжелое. Фармакорезистентные судороги с апноэ, опистотонус до 6 эпизодов за сутки. Во время осмотра появляется болезненная гримаса — лицо симметрично. Осмотр вызывает тоническое напряжение мышц. Проведена люмбальная пункция. Получен прозрачный ликвор.

22.01.11. За прошедшие сутки 3 эпизода генерализованных судорог (опистотонус), сохраняется тризм, подергивание мимической мускулатуры. Осмотр вызывает выраженное двигательное возбуждение. Находится в медикаментозном сне.

С 24.01.11. В ежедневных записях об осмотре данных о судорогах нет. Периодически субфебрильно лихорадит. С 25 января — самостоятельное дыхание через трахеостому.

Алгоритм діагностики

Период	Объективные данные	Трактовка
Анамнез жизни	Ребенок не привит	На сегодняшний день 27 инфекций являются управляемыми. Отсутствие прививок дает основание рассматривать обнаружение конкретного симптома как начальное проявление одной из этих инфекций
Анамнез заболевания	1. Потеря интереса к конфетам. 2. Яблоко упало на землю, и ребенок взял его в рот	1. Малозначимых деталей в диагностике не бывает. 2. Всегда вероятен механизм заражения
Клинические симптомы	Невозможно открыть рот из-за плотно сжатых зубов и напряжения жевательной мускулатуры (тризм). Судороги с преобладанием тонического компонента, провоцируются прикосновением и медицинскими манипуляциями, нарушение глотания, кратковременная остановка дыхания. Опиостотонус	Никто из детей не любит показывать ротоглотку. Иногда это становится проблемой. Но тризм, тонические судороги, опиостотонус — это не каприз, а классические симптомы столбняка. Диагноз столбняка устанавливается на основании клинических симптомов

15.02.11. Состояние ребенка тяжелое, стабильное. Бодрствует. Удалена трахеостома. Дыхание самостоятельное, адекватное. Переведена из реанимационного отделения.

22.02.11. Выписана домой с выздоровлением (35 койко-дней).

Данный клинический случай показал:

1. Дремучие знания педиатров (поликлиники, приемного покоя, реанимации, консультантов детской республиканской больницы) о столбняке и его типичных клинических проявлениях.

2. Действия хирурга (сломанный зуб и повреждение слизистой) можно комментировать только нецензурными словами.

3. Врач приемного покоя и реаниматолог инфекционной больницы также не имеют должной квалификации. Во всем мире в приемном покое всегда работает врач с высшей врачебной категорией (с соответствующей зарплатой, что делает эту работу очень престижной). В Украине работа в приемном покое считается непрестижной. Поэтому, как правило, в приемном покое трудятся пенсионеры, молодые или малоопытные врачи.

4. При классических инфекциях (дифтерия, столбняк, ботулизм) золотым стандартом лечения является специфическая терапия, даже поздно начатая, даже в неполном объеме. Но количество антител в сыворотке поистине

«лошадиное», если почти в 3 раза меньшая доза оказалась эффективной. Откладывать специфическую терапию «на завтра» или «до утра» недопустимо.

5. Инфекционные болезни, даже при, казалось бы, необычном течении, при удивительных обстоятельствах (ни повреждения кожи, ни ран на теле ребенка), всегда сохраняют свои главные, типичные черты.

6. В данном случае, при отсутствии повреждения кожных покровов, источником инфекции, по-видимому, явились частички инфицированной земли, которые попали в рот ребенка с яблоком, упавшим на землю, и которое ребенок продолжал грызть. Возбудитель столбняка, попав в полость рта, встретил там благоприятные условия в виде стоматита, что облегчило его проникновение в организм.

7. Первым клиническим проявлением данного заболевания следует считать замеченную мамой потерю интереса девочки к конфетам. Ведь при сосании конфеты вырабатывается слюна, которую надо глотать, а глотание было уже нарушенным, в то время как другие симптомы болезни отсутствовали.

8. Эпиданамнез был, есть и будет одним из важнейших составляющих при постановке инфекционного диагноза, а вакцинопрофилактика — самым действенным инструментом в борьбе с управляемыми инфекционными болезнями.

Получено 20.12.11 □

Богадельніков І.В., Бобришева А.В., Прокудіна Л.І.,
Бездольна Т.М., Крюгер О.О., Хамід Фазель,
Здирко О.В., Мазінова Е.Р., Ільїн А.Ф.
Державна установа «Кримський державний медичний
університет імені С.І. Георгієвського», кафедра педіатрії
з курсом дитячих інфекційних хвороб, м. Сімферополь

ПРАВЕЦЬ ЗАБУТИЙ, АЛЕ НЕ ЗНИК

Резюме. У дитини віком 1 рік 9 місяців розвинулася типова картина правця: тризм жувальної мускулатури, утруднення при ковтанні, опістотонус, порушення дихання. Діагноз установлений несвоєчасно, лікування почато із запізненням, не в повному обсязі, але виявилось ефективним.

Ключові слова: правець, діти, сироватка, анатоксин.

Bogadelnikov I.V., Bobrysheva A.V., Prokudina L.I.,
Bezdolnaya T.N., Hamid Fazel, Kruger Ye.A., Zdyrko Ye.V.,
Mazinova E.R., Ilyin A.F.
Crimean State Medical University named after
S.I. Georgievsky, Department of Pediatrics with the Course of
Child's Infectious Diseases, Simferopol, Ukraine

TETANUS IS FORGOTTEN, BUT IT'S NOT DISAPPEARED

Summary. At the child aged 1 year 9 months there has developed the typical clinical picture of tetanus: trismus of mastication muscles, deglutitive problem, opisthotonos, respiratory impairment. The diagnosis was established untimely, the treatment was initiated late, not in corpore, but it was effective.

Key words: tetanus, children, serum, anatoxin.