

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

© Колектив авторів, 2018
УДК 616.98:579.842.14(477.85)
DOI 10.11603/1681-2727.2018.3.9424

В.Д. Москалюк, А.М. Сокол, Ю.О. Рандюк, Т.Р. Колотило, І.В. Баланюк, І.В. Рудан

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ГЕНЕРАЛІЗОВАНОЇ ФОРМИ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ НА БУКОВИНІ

Буковинський державний медичний університет

Мета роботи – описати випадок генералізованої форми сальмонельозу у дорослого імунокомпетентного чоловіка.

Адекватна та своєчасна терапія забезпечила повне одужання хворого. Зроблено висновок про зростання рівня захворюваності на сальмонельоз як у світі, так і в Україні зокрема.

Ключові слова: сальмонельоз, Буковина.

Однією з найбільш актуальних проблем у групі гострих кишкових інфекцій є сальмонельоз. Епідеміологічна значимість цього захворювання визначається насамперед можливістю реалізації шляхів передачі збудника з їжею при недотриманні санітарних вимог до виробництва, транспортування, зберігання продуктів і приготування готових страв. Захворюваність на сальмонельоз у багатьох країнах світу, збільшення числа серологічних варіантів збудників, контамінація сальмонелами об'єктів зовнішнього середовища, особливо харчових продуктів тваринного походження, визначають проблему сальмонельозу як надважливу серед сучасних медико-соціальних проблем [1].

Актуальність сальмонельозу зумовлюється швидким його розповсюдженням, зростанням захворюваності навіть у розвинутих країнах, частими спалахами та великою летальністю серед дітей молодшого віку, яка у деяких випадках становить 2-5 % і більше.

Важливою властивістю еволюції сальмонел є їхня здатність довгий час, а іноді все життя, зберігатися у макроорганізмі, не викликаючи захворювання [2].

Значимість проблеми зумовлена ще й тим, що при загальному зниженні рівня захворюваності на інфекційні хвороби в Україні відзначаються спалахи інфекцій, особливо в останній час, у тому числі й сальмонельозу [3].

У США 1,4 млн осіб щорічно заражаються сальмонелами, з них близько 400 випадків закінчуються летально, а матеріальні втрати оцінюються в 1-2,3 млрд доларів на рік. Зростання захворюваності на сальмонельоз в останні роки зареєстровано майже в усіх країнах Європи, Азії, Америки [4].

Нерідкими є випадки сальмонельозу, у т.ч. тяжкі, і на Буковині. Наводимо клінічний випадок.

Хворий Д., 37 р., самостійно звернувся в приймальне відділення КМУ «Обласна клінічна лікарня» м. Чернівці 01.11.2017 р. на другий день хвороби зі скаргами на підвищення температури тіла до 37,5 °С, загальну слабкість, біль і набряк лівого плечового і правого кульшового суглобів та лівого плеча, ущільнення, набряк та гіперемію над- і підключичної ділянок грудної клітки зліва.

Зі слів пацієнта, занедужав місяць тому, коли з'явилися вищеперераховані скарги. Періодично лікувався у гастроентерологічному відділенні, отримував дезінтоксикаційну та гормональну терапію. Із анамнезу життя з'ясовано, що хворий напередодні перебував у зоні АТО.

Оглянутий черговим лікарем. Стан тяжкий. Свідомість збережена. Температура тіла 37,5 °С. Гемодинаміка стабільна, утримується самостійно. Артеріальний тиск 120/80 мм рт. ст. Пульс 110 за 1 хв, ритмічний. Шкірні покриви бліді, без висипки. Набряк лівого плечового та правого кульшового суглобів, лівого плеча, гіперемія над- та підключичної ділянки. Видимі слизові оболонки бліді, субіктеричні. Периферичні лімфатичні вузли не збільшені. Язик обкладений білим нальотом, вологий. Серцеві тони ритмічні, приглушені. Над легенями вислуховується везикулярне дихання, ослаблене в нижніх відділах. Живіт при пальпації чутливий у ділянці правого та лівого підребер'я, збільшений у розмірах за рахунок асцити. Печінка виступає з-під краю реберної дуги на 5 см, селезінка – на 3 см. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Сечовипускання не порушене. Випорожнень немає. Менінгеальні симптоми негативні.

Проведено УЗД органів черевної порожнини (печінка 193 мм, дифузні зміни, підвищеної ехогенності, жовчний міхур – густа жовч, підшлункова залоза – нормальних розмірів, підвищеної ехогенності, крупнозерниста, дифузні зміни, селезінка – 190x99 мм, однорідна. В черевній порожнині виявлена вільна рідина. При рентгенологічному обстеженні органів грудної порожнини та шийного відділу хребта – патології не виявлено. Хворий консультова-

ний гастроентерологом, ревматологом, ортопедом, торакальним і судинним хірургами, реаніматологом. Спільним рішенням спеціалістів пацієнт скерований у відділення реанімації та інтенсивної терапії з діагнозом: Сепсис. Септикопемія. Хронічний гепатит, активний з переходом у цироз. Гепатоспленомегалія. Артрит лівого плечового та правого кульшового суглобів.

Призначено антибактерійну терапію: цефалоспори-ни III покоління (цефатоксим 1 г 2 рази на день в/м), пізніше карбапенеми (меронем 1 г 4 рази на день в/в) та фторхінолони (авелокс 0,4 г 1 раз на день в/в) за схемою протягом 21 дня [5]. Проводилась також інфузійна (реосорбілакт 400 мл, глюкоза 10 % 400 мл, р-н Рінгера 400 мл протягом 7 днів) та симптоматична терапія (промедол 2 % 1,0 мл – 12 днів, інфулган 100 мл – 10 днів, метронідазол 0,5 % 100 мл, пробізі по 1 капс. 2 рази на день та лактіале по 1 капс. 3 рази на день протягом 21 дня).

02.11.2017 р. хворий консультований лікарем-інфекціо-ністом, який запідозрив діагноз «Сальмонельоз» і призна-чив посів крові на гемокультуру та бактеріологічне до-слідження випорожнень. 09.11.2017 р. отримано резуль-тат – виділено *S. enteritidis* із крові та випорожнень, про-ведено повторну консультацію лікарем-інфекціоністом.

Встановлено клінічний діагноз: Сальмонельоз, гене-ралізована форма, септикопемічний варіант. Вторинний артрозо-артрит правого кульшового суглоба. Хронічний гепатит змішаної етіології, активний. Хронічний панкре-атит. Хронічний некалькульозний холецистит.

Хворому призначено: левоміцетину сукцинат 1,0 г 3 рази на добу в/м до 10-го дня нормальної температури

тіла, меверин 0,2 г по 1 капс. 2 рази на день протягом 10 днів, пробізі по 1 капс. 2 рази на день, лактіале по 1 капс. 2 рази на день протягом 10 днів, тавегіл по 1 табл. 1 раз на день – 10 днів, гептрал 0,4 г по 1 табл. 2 рази на день – 10 днів.

22.11.2017 р. пацієнт для подальшого лікування пере-ведений в інфекційне відділення, де отримував наступне лікування: авелокс по 400 мг 1 раз на добу протягом 12 днів, фолієву кислоту 5 мг 1 раз на добу протягом 14 днів, ціанокобаламін 1 мл 1 раз на день протягом 14 днів, вобензим 3 табл. 3 рази на добу 14 днів, німід форте 100 мг 2 рази на добу 5 днів, диклофенак 3,0 мл в/м 1 раз на добу 5 днів.

За час перебування в інфекційному відділенні набряк і болючість суглобів зменшились, стали можливі активні рухи в цих суглобах, гіперемія, ущільнення та набряк над-і підключичних ділянок та грудної клітки зліва зникли. Загальний стан хворого помітно покращився, проте зберігалася помірна загальна слабкість.

Після проведеного лікування, стабілізації загально-клінічних лабораторних показників і загального самопо-чуття, пацієнта у задовільному стані виписано додому. Рекомендовано амбулаторне спостереження.

ВИСНОВКИ

1. В останній час спостерігається зростання рівня за-хворюваності на сальмонельоз як у світі, так і в Україні зокрема.

2. На Буковині зареєстровано один випадок генералі-зованої форми сальмонельозу, однак адекватна та своє-часна терапія привела до повного одужання хворого.

Література

1. McKee S. R. Use of a scald additive to reduce levels of Salmonella typhimurium during poultry processing / S. R. McKee, J. C. Townsend, S. F. Bilgili // Poultry Science. – 2008. – Vol. 87, N 8. – P. 1672–1677.
2. Onwuezobe I. A. Antimicrobials for treating symptomatic non-typhoidal Salmonella infection / I. A. Onwuezobe, P. O. Oshun, C. C. Odigwe // Cochrane Database Syst. Rev. – 2012. – Vol. 14, N 11. – P. 11–17.
3. Актуальність сальмонельозу в Україні і перспектива бо-ротьби з ним / А. М. Зарицький, Т. Г. Глушкевич, В. О. Бубало // Інфекційні хвороби. – 2016. – № 3. – С. 5-9.
4. Чемич М. Д. Сучасні епідеміологічні особливості шигельозу та сальмонельозу / М. Д. Чемич, Н. Г. Малиш // Журнал клінічних та експериментальних медичних досліджень. – 2014. – № 1. – С. 56-63.
5. Обґрунтування антиінфекційної терапії сальмонельозу / В. П. Малий, Г. К. Палій, Д. В. Палій, Ю. В. Волянський // Інфекційні хвороби. – 2010. – № 1. – С. 41-46.

References

1. McKee, S.R., Townsend, J.C., & Bilgili, S.F. (2008). Use of a scald additive to reduce levels of Salmonella typhimurium during poultry processing. *Poultry Science*, 87, 8, 1672-1677.
2. Onwuezobe, I.A., Oshun, P.O., & Odigwe, C.C. (2012). Antimicrobials for treating symptomatic non-typhoidal Salmonella infection. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 14, 11, 11-17.
3. Zarytskyi, A.M., Hlushkevych, T.H., & Bubalo, V.O. (2016). Aktualnist salmonelozu v Ukraini i perspektyva borotby z nym [The urgency of salmonella in Ukraine and the prospect of combating it]. *Infektsiini khvoroby – Infectious Disease*, 3, 5-9 [in Ukrainian].
4. Chemych, M.D., & Malysh, N.H. (2014). Suchasni epidemiologichni osoblyvosti shyhelozu ta salmonelozu [Modern epidemiological features of shigellosis and salmonellosis]. *Zhurnal klinichnykh ta eksperymentalnykh medychnykh doslidzhen – Journal of Clinical and Experimental Researches*, 1, 56-63 [in Ukrainian].
5. Malyi, V.P., Paliy, H.K., Paliy, D.V., & Volianskyi, Yu.V. (2010). Obhruntuvannia antyinfektsiinoi terapii salmonelozu [Substantiation of anti-infectious therapy of salmonellosis]. *Infektsiini khvoroby – Infectious Diseases*, 1, 41-46 [in Ukrainian].

CLINICAL CASE OF THE GENERALIZED FORM OF SALMONELLOSIS IN BUKOVYNA REGION

V.D. Moskaliuk, A.M. Sokol, Yu.O. Randiuk, T.R. Kolotylo, I.V. Balaniuk, I.V. Rudan

Bukovyna State Medical University

SUMMARY. The aim of the work – to describe the case of a generalized form of salmonellosis in an adult immunocompetent man.

Adequate and timely therapy provided a complete recovery of the patient. A conclusion about the increasing of salmonellosis morbidity in the world as well as in Ukraine in particular is made.

Key words: salmonella, Bukovyna.

Відомості про авторів:

Москалюк В.Д. – д. мед. н., професор каф. внутрішньої медицини та інфекційних хвороб, ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет»; e-mail: vdmoskaliuk@ukr.net

Сокол А.М. – к. мед. н., професор каф. внутрішньої медицини та інфекційних хвороб, ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет».

Рандюк Ю.О. – к. мед. н, доцент каф. внутрішньої медицини та інфекційних хвороб, ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет».

Баланюк І.В. – к. мед. н, асистент каф. внутрішньої медицини та інфекційних хвороб, ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет».

Рудан І.В. – асистент каф. внутрішньої медицини та інфекційних хвороб, ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет».

Information about authors:

Moskaliuk V. – Doctor of Medicine, Professor of the Department of Internal Medicine and Infectious Diseases of Bukovyna State Medical University; e-mail: vdmoskaliuk@ukr.net

Sokol A. – Candidate of Medicine, Professor of the Department of Internal Medicine and Infectious Diseases of Bukovyna State Medical University.

Randiuk U. – Candidate of Medicine, Associate Professor of the Department of Internal Medicine and Infectious Diseases of Bukovyna State Medical University”.

Balaniuk I. – Candidate of Medicine, Assistant Professor of the Department of Internal Medicine and Infectious Diseases of Bukovyna State Medical University.

Rudan I. – Assistant Professor of the Department of Internal Medicine and Infectious Diseases of Bukovyna State Medical University.

Конфлікт інтересів: немає.

Authors have no conflict of interest to declare.

Отримано 20.04.2018 р.