

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ З ЕПІДЕМІОЛОГІЄЮ
ГО «АСОЦІАЦІЯ ІНФЕКЦІОНІСТІВ СУМЩИНИ»

**Інфекційні хвороби
в практиці лікаря-інтерніста:
сучасні аспекти**

*Infectious diseases in practice of physician-internist: modern
aspects*

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції

(Суми, 29–30 травня 2019 року)

Суми
Сумський державний університет
2019

Задирака Денис Анатолійович, Ушеніна Ніна Степанівна,
Оніщенко Тетяна Євгеніївна
**КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ГЕНЕРАЛІЗОВАНОЇ ФОРМИ
САЛЬМОНЕЛЬОЗУ**
Кафедра інфекційних хвороб
Запорізький державний медичний університет,
м. Запоріжжя, Україна

*Zadyraka Denis Anatolievich, Ushenina Nina Stepanivna,
Onishchenko Tetyana Yevgeniyivna*
CLINICAL CASE OF GENERALIZED SALMONELLES FORM
*Department of Infectious Diseases
Zaporizhzhia State Medical University,
Zaporizhzhia, Ukraine*
zadirakad@gmail.com

Abstract. *The clinical case of the generalized form of salmonellosis in a patient with concomitant chronic lymphatic leukemia is described.*

Актуальність. Незважаючи на сучасні методи епідеміологічного нагляду, сальмонельоз залишається провідним зооантропонозом у світі. В останні роки окрім локалізованих форм захворювання почастішали випадки реєстрації генералізованих форм, особливо у осіб з супутніми імунodefіцитними та імуносупресивними станами.

Мета. Описати випадок генералізованої форми сальмонельозу у хворої з супутнім хронічним лімфолейкозом.

Матеріали і методи. Дане дослідження проведене на випадку з практики.

Результати досліджень. Хвора А., 51 рік, госпіталізована у КУ «Обласна інфекційна клінічна лікарня» ЗОР м. Запоріжжя 17.09.2018 р. на 5 добу захворювання зі скаргами на слабкість, підвищення температури тіла до 38,5⁰ С, виражений головний біль, запаморочення, світлобоязнь, нудоту, біль у суглобах. З

Інфекційні хвороби в практиці лікаря-інтерніста: сучасні аспекти : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Суми, 29–30.05.2019 р. СумДУ

анамнезу відомо, що захворіла гостро 13.09.2018 року з підвищення температури тіла до $39,5^{\circ}\text{C}$, ознобу, вираженої слабкості, головного болю. За медичною допомогою не зверталась, самостійно приймала жарознижувальні засоби, спазмолітики. 15.09.2018 р. стан погіршився, наростила слабкість та головний біль, зберігалася лихоманка, з'явилася нудота. 17.09.2018 р. звернулася за медичною допомогою до поліклініки, направлена на госпіталізацію до КУ «Обласна інфекційна клінічна лікарня» ЗОР м. Запоріжжя.

З анамнезу життя стало відомо, що хвора інвалід III групи, перебуває на онкологічному обліку з приводу хронічного лімфолейкозу. Останній курс хіміотерапії отримала у квітні 2018 року.

При надходженні до стаціонару стан хворої був розцінений як тяжкий, обумовлений клінічними проявами токсичної енцефалопатії. При огляді виявлено, що пацієнтка млява, адекватно реагує на огляд, орієнтована, на питання відповідає вірно, після тривалої паузи. Ригідність потиличних м'язів до +4см., симптом Керніга негативний. Вогнищева симптоматика відсутня. Шкірні покриви фізіологічної окраски без висипу. Слизові оболонки ротоглотки гіперемовані, чисті. Над легенями везикулярне дихання. Тони серця ритмічні, приглушені. Язик сухий, обкладений сірим нальотом. Живіт м'який, безболісний, печінка та селезінка не збільшені. Діурез достатній. Випорожнення 1 раз на добу, оформлені. Хворій було встановлено попередній діагноз: «Гнійний менінгіт, тяжкий перебіг. Токсична енцефалопатія. Хронічний лімфолейкоз» та призначено комплексне лабораторне дослідження.

При дослідженні ліквору (17.09.2018 р): цитоз 347 клітин/мкл, 93 % нейтрофіли, білок 0,33 г/л, реакція Панді ++, глюкоза 2,3 ммоль/л, хлориди 100,5 ммоль/л. У загальному аналізі крові виявлено лейкоцитоз до $21,9 \times 10^9/\text{л}$, паличкоядерні нейтрофіли – 13 %, сегментоядерні нейтрофіли – 21 %, лімфоцити – 56 %, моноцити – 10 %, тромбоцити – $215,0 \times 10^9/\text{л}$,

ШОЕ – 45 мм/год. В загальному аналізі сечі, печінкових пробах та біохімічному дослідженні крові відхилень від норми не виявлено. Хворій призначено емпіричну комбіновану антибіотикотерапію – цефтриаксон 2 г 2 рази на добу внутрішньовенно та амікацин 150 мг внутрішньовенно тричі на добу. На тлі лікування зменшилась вираженість загальноінтоксикаційного, менінгіального синдромів, проте зберігався субфібрилітет та виражена астения.

21.09.2018 р. отримано результат бактеріологічного дослідження крові – виділено культуру *S. Blegdan*. При дослідженні ліквору бактеріологічним методом отримані негативні результати. При дослідженні ліквору методом ПЛР: ДНК менінгококу, пневмококу, гемофільної палички, а також ДНК герпесвірусів (HSV 1-го та 2-го типів, EBV та CMV) не виявлено. Встановлено остаточний діагноз: «Сальмонельоз, генералізована форма, септичний варіант, гнійний менінгіт, тяжкий перебіг. Токсична енцефалопатія. Хронічний лімфолейкоз».

При проведенні контрольної люмбальної пункції 20.09.2018 р.: цитоз 15 клітин/мкл, 81 % лімфоцити, білок 0,33 г/л, реакція Панді ++, глюкоза 2,0 ммоль/л, хлориди 115 ммоль/л, що свідчило про санацію ліквору. Проте на фоні нормалізації показників лікворограми у хворої зберігалася субфебрильна лихоманка від 37,2⁰ С до 37,8⁰ С, у гемограмі реєструвався лейкоцитоз від 11,6 до 14,6x10⁹/л на фоні лімфоцитозу від 88 % до 96 %. 24.09.2018 р. проведено корекцію антибактеріальної терапії, хворій призначено цефтазидим 1 г внутрішньовенно тричі на добу та лефлоцин 500 мг 2 рази на добу в/в до 10 доби нормалізації температури тіла.

Після проведеного лікування, нормалізації загальноклінічних лабораторних показників та загального стану, негативних контрольних бактеріологічних досліджень крові та випорожнень, хвору на 31 добу стаціонарного лікування виписано додому.

Висновки. Наведений клінічний випадок вказує на те, що наявність у пацієнтів імунодефіцитних та імуносупресивних станів не тільки підвищує сприйнятливість до сальмонельозу, але й визначає його тяжкий перебіг, в тому числі і з розвитком бактеріємії.

<i>Грижак І. Г., Грижак Л. Р., Довганюк Н. Є.</i> ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ АСПЕРГИЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ	23
<i>Грищенко С. О., Пінчук В. С.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СУЧАСНОГО КОРУ У ДОРΟΣЛИХ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ РОБОТИ ІНФЕКЦІЙНОГО ВІДДІЛЕННЯ КНП «КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ №4» СМР.....	26
<i>Дикий Б. М., Тилищак З. Р., Бойчук О. П., Кобрин Т. З., Кучер А.</i> КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ЗАХВОРЮВАННЯ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНУ МЕНІНГОКОКОВУ ІНФЕКЦІЮ У ДОРΟΣЛОЇ ХВОРОЇ.....	29
<i>Драбинка А. С.</i> АКТУАЛЬНІСТЬ ДІАГНОСТИКИ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ	33
<i>Juliana J. B.</i> RARE CASES IN INFECTIONISTIC PRACTICE: FELINOSIS	35
<i>Задирака Д. А., Ушеніна Н. С., Оніщенко Т. Є.</i> КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ГЕНЕРАЛІЗОВАНОЇ ФОРМИ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ	38
<i>Ільїна В. В., Сухонос О. В., Нагорна Л. В.</i> ЕХІНОКОКОЗ У СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ	42
<i>Ільїна Н. І., Чемич М. Д., Ільїна В. В., Рябіченко В. В., Кулеш Л. П.</i> ЗАСТОСУВАННЯ ЗД-ТЕРАПІЇ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ С ...	46
<i>Калашиник К. В.</i> РОЛЬ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНУ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-17 В РОЗВИТКУ ЗМІШАНОЇ КРІОГЛОБУЛІНЕМІЇ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОТИВІРУСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С	49