

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

© Домашенко О.М., Карбишев Г.Л., 2006
УДК 616-022.-375-022.7

О.М. Домашенко, Г.Л. Карбишев ВИПАДОК ЛЕГІОНЕЛЬОЗУ, ПОВ'ЯЗАНОГО З ПОДОРОЖУВАННЯМ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького,
Науково-дослідний протичумний інститут, м. Ростов-на-Дону (Росія)

Незважаючи на низький рівень захворюваності, легіонельоз залишається актуальною проблемою охорони здоров'я [1-4]. Спорадичні випадки і спалахи захворювання регулярно реєструються в різних країнах світу [2]. Відомо, що легіонели у високій концентрації у вигляді бактерійного аерозолу накопичуються в замкнених циркулюючих водних системах (кондиціонери, градирні, компресорні та душові пристрої, устаткування для інгаляційної терапії та ін.). Останніми роками легіонельоз часто виникає під час мандрівок. Більше 30 % випадків цього захворювання пов'язано з подорожуванням [2, 5]. В Україні культури легіонел виділяли з нагромаджувальних резервуарів залізниці, питного вагонного титану [4]. Зростання міграції населення, широке використання різних видів транспорту із системою кондиціонування повітря, підвищення рівня захворюваності на ГРВІ та пневмонії літньої пори року є епідеміологічними передумовами діагностики легіонельозу.

Ми спостерігали хворого Ч.М., 33 років, китайця, що мешкає постійно в Україні, який у липні 2005 р. з 9-річним сином протягом 1 міс. гостював у родичів в Китаї. 06.08.2005 р. потягом виїздив із Шанхаю до Москви, в дорозі був протягом тижня. В купе потягу протягом усіх днів прямування працював кондиціонер. На 4-й день подорожі 10.08 у сина підвищилась температура тіла з ознобом, з'явилися біль голови, слабкість, кашель, нежить. Під час прибуття в Донецьк дитина була госпіталізована в дитяче соматичне відділення, де рентгенологічно підтверджена вогнищева пневмонія. У хворого Ч.М. 17.08 з'явилися лоскіт у горлі, слабкість, остуда, з 2-го дня – сухий кашель, температуру тіла не вимірював. 21.08 звернувся до терапевта, протягом 4 днів лікувався з приводу ГРВІ та бронхіту амоксиклавом, амброксолом, після чого протягом 2 тиж. самопочуття було задовільним. 06.09 стан різко погіршився: з'явився

озноб, температура тіла 38,5 °С, стискаючий біль за грудиною, непродуктивний частий кашель. 08.09 амбулаторно проведена флюорографія, патологія в легенях не виявлена. Доставлений машиною швидкої допомоги в інфекційне відділення з діагнозом ГРВІ. На час госпіталізації стан середньої тяжкості. Інтоксикація помірна. Температура тіла 37,8 °С. Шкіра бліда. Кон'юнктивіт. Периферичні лімфовузли не збільшені. Слизова оболонка ротоглотки незначно гіперемічна, без нальоту. Частий, сухий кашель. Частота дихальних рухів 24 за 1 хв, в легенях дихання з жорстким відтінком над усією поверхнею, хрипи не вислуховуються. Тони серця ритмічні, значно приглушені. Пульс 96 за 1 хв, АТ 110 і 70 мм рт. ст. Нижній край печінки виступає на 3 см нижче реберної дуги. Селезінка не збільшена. Ознак ураження центральної нервової системи не відмічено. Випорожнення і діурез не порушені. Аналіз крові від 12.09: ер. 4,2 Т/л, Нб 140 г/л, ШОЕ 5 мм/год, лейкоц. 6,9 Г/л, еоз. 1 %, п. 11 %, с. 65 %, л. 14 %, м. 9 %. Аналіз крові від 15.09: ШОЕ 50 мм/год, лейкоц. 7,0 Г/л, еоз. 1 %, п. 9 %, с. 67 %, л. 17 %, м. 6 %. АлАТ 2,26 ммоль/(лхгод) при незмінних інших біохімічних показниках крові. З урахуванням епідеміологічних даних (тривала подорож у вагоні з кондиціонуванням повітря, пневмонія, що розвилась у сина, який перебував у тих же умовах), а також клінічних проявів захворювання запідозрено легіонельоз. 09.09 повторно проведено рентгенографічне дослідження легень – ознаки запалення не виявлені. На тлі комплексної патогенетичної терапії (дезінтоксикаційні заходи, мукобронхолітики, десенсibiliзуювальні препарати, дезагреганти) хворий з перших днів лікування одержував роваміцин 4,5 млн ОД/добу внутрішньовенно, медоцеф 4,0 г/добу внутрішньовенно. Ефекту від такої терапії не було: зберігались періодично озноби, постійно висока температура тіла (39,2-40,0 °С), інтенсивний кашель, біль в обох половинах грудної клітки, при аускультатії в легенях з 12.09 вислуховувались субкрепітуючі, потім

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

з обох боків – крепітуючі хрипи на тлі ослабленого дихання у нижніх відділах по задньобокових поверхнях легень, наростала дихальна недостатність. Додатково двічі проведено рентгенологічне дослідження легень: 12.09 (5-й день перебування у стаціонарі) виявлена лівобічна інтерстиційна пневмонія, 16.09 – наявність інфільтрати у середній і нижній частках лівої легені та нижній частці правої легені. З 16.09 проведена заміна антибіотиків на левофлоксацин по 1 000 мг/добу (монотерапія) протягом 14 днів на тлі патогенетичної терапії. Температура тіла нормалізувалась у першу добу лікування, до 10-го дня настало клініко-рентгенологічне видужання. Діагноз легіонельозу, спричиненого *L. pneumophila*, підтверджено реакцією об'ємної агломерації (РОА) в титрі 1:1 280 (Ростовський-на-Дону протичумний інститут). Додатково хворому методом ІФА виключені орнітоз і мікоплазмоз, а також ВІЛ. Проводилась диференційна діагностика з пташиним грипом.

Клінічною особливістю цього захворювання, на наш погляд, є поетапні прояви усіх найбільш відомих форм легіонельозу: гостре респіраторне захворювання (гарячка Понтіак) на початку недуги, з подальшим розвитком на етапі госпіталізації легіонельозного альвеоліту [6]. Тоді у хворого виявили гарячку, задишку, стискаючий біль за грудиною, різкий сухий кашель, проте рентгенологічних ознак ураження легень не було. Розвиток маніфестної форми захворювання – легіонельозної пневмонії – відбувся в стаціонарі і характеризувався типовим швидким утягненням у процес різних ділянок легень (вогнищевих і псевдолобарних), у тому числі й контралатеральних, вираженою дихальною недостатністю, нормоцитозом, нерізким паличкоядерним зсувом лейкоцитарної формули, високою ШОЕ.

Для легіонельозної пневмонії не характерні абсцедування, розвиток пневмотораксу та емпієми плеври [2], чого, незважаючи на масивність ураження лівої легені, у хворого не було. Не виявлені такі часті закономірні симптоми, як міалгія, артралгії, ураження центральної нервової системи та нирок. У перебігу недуги у хворого відзначались порушення функції серцево-судинної системи, що проявлялися тахікардією, різким ослабленням тонів серця при аускультатії, на ЕКГ – дифузними змінами в міокарді, можливо, наявністю додаткових провідних шляхів, помірною гіпотонією, що виявляється у 42,3-73,1 % хворих на легіонельозну пневмонію [6, 7]. Незважаючи на тяжкість захворювання, у хворого не було ознак інфекційно-токсичного шоку. При цьому дихаль-

на недостатність відповідала II ступеню. Додатковими діагностичними позалегеновими симптомами легіонельозної інфекції у пацієнта було значне збільшення печінки з наявністю цитолізу гепатоцитів, що реєструється у 25 % хворих на легіонельоз [2], і кон'юнктивіт, що спостерігається у 23 % осіб з таким захворюванням [7].

Перелік антибактерійних препаратів для лікування легіонельозної пневмонії відомий: до них належать макроліди, тетрациклін (доксациклін, юнідокс), фторхінолони і рифампіцин [1]. З групи макролідів препаратами вибору є еритроміцин, спіраміцин (роваміцин), кларитроміцин, які відзначаються високою ефективністю. Проте ми стикнулися з фактом неефективності роваміцину, що використовувався протягом 7 днів. Клінічного ефекту вдалося досягти тільки після призначення препарату з групи фторхінолонів – левофлоксацину в терапевтичній добовій концентрації, що вважається альтернативною терапією [8]. Завдяки ефективній антибактерійній терапії нам вдалося уникнути рецидиву легіонельозу, тривалого розвитку легеневого процесу, досягти оптимальних термінів видужання.

На прикладі описаного клінічного випадку легіонельозу ми зіткнулись з питаннями епідемічного, клінічного та діагностичного аспектів, які характеризують цю проблему в цілому. Епідеміологічні особливості пневмонії у сина хворого Ч.М. не були враховані педіатрами, дитина не обстежена за нашими рекомендаціями ретроспективно серологічно, що свідчить про недостатню поінформованість лікарів загальної практики про легіонельоз. При цьому захворювання у дитини було тяжким і затяжним. Незважаючи на клінічну окресленість і вивченість варіантів легіонельозної інфекції (понтіакської гарячки і легіонельозної пневмонії), захворювання може перебігати по-різному внаслідок різних причин, у тому числі й через особливості імунного статусу людини. І зрештою, актуальним питанням практичної охорони здоров'я в Україні є лабораторна діагностика легіонельозу. Необхідно ширше пропагувати клініко-епідеміологічні критерії діагностики цього захворювання серед фахівців різного профілю, організувати й робити доступною для практичного лікаря бактеріологічну базу щодо обстеження хворих на легіонельоз у різних регіонах на базах лабораторій особливо небезпечних інфекцій обласних санепідемстанцій, упроваджувати сучасні серологічні та імунологічні (ПЛР) методи діагностики.

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

Література

1. Дяченко Ю.В. Сучасні аспекти хвороби легіонерів // Інфекційні хвороби. – 2002. – № 4. – С. 5-10.
2. Ивашкин В.Т., Синопальников А.И., Будко А.А. Эпидемиологические, клинические, диагностические и лечебные аспекты легионеллезной инфекции // Воен.-мед. журн. – 1992. – № 9. – С. 40-44.
3. Тартаковский И.С. Болезнь легионеров: итоги 25-летнего изучения инфекции, проблемы и перспективы исследования // Вест. Рос. АМН. – 2001. – № 11. – С. 11-14.
4. Пушкина В.А., Могилевский Л.Я., Шафран Л.М., Лобуренко А.П. Проблема легионеллеза в Украине и пути ее решения // Довкілля та здоров'я. – 2003. – № 2. – С. 10-13.

5. Berdal B.P. Legionella infectios and atypical pneumonias // Proceedings of the 11th Meeting of the European Working Group on Legionella infection. – 1996, June 2-4. – Oslo, Norway: The Norwegian Defence Microbiological laboratory, 1996. – P. 122-123.
6. Тартаковский И.С., Синопальников А.И. Легионеллез: роль в инфекционной патологии человека // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2001. – Т. 3, № 1. – С. 4-16.
7. Феклисова Л.В., Васильева В.И., Русакова Е.В. и др. Легионеллезная пневмония // Сов. медицина. – 1990. – № 1. – С. 63-67.
8. Edelstein P.H. Antimicrobial therapy for Legionnaires' disease: time for a change // Ann. Intern. Med. – 1998. – V. 129. – P. 328-329.

© Васильева В.Л., Чудна Л.М., 2006
УДК 61(09):616-036.22(477)

ДО 110-РІЧЧЯ ІНСТИТУТУ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ТА ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ ІМ. АКАД. Л. ГРОМАШЕВСЬКОГО АМН УКРАЇНИ

У жовтні (12-13) 2006 р. відбулась значна подія у сфері діяльності наукових медичних профілактичних закладів України – науково-практична конференція, присвячена 110-й річниці заснування Інституту епідеміології та інфекційних хвороб і пам'яті видатного епідеміолога, академіка Л.В. Громашевського. Ця подія стала знаковою для всієї медичної громадськості України як визнання величких досягнень у боротьбі й профілактиці інфекційних хвороб у нашій країні.

Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського є провідною установою в Україні з проблем широкого спектру інфекційних хвороб людини. Тут ведуться фундаментальні та прикладні наукові дослідження з епідеміології, мікробіології, вірусології, імунології, біотехнології, лікування й профілактики вірусних хвороб (грипу, гепатитів, ВІЛ-інфекції/СНІДу, ентеровірусних інфекцій, кору та краснухи), зоонозних інфекцій, паразитарних хвороб та інших. Проводиться моніторинг цих хвороб в Україні.

Останніми роками інститут проводить комплекс робіт з оцінки профілактичної та лікувальної ефективності імунобіологічних препаратів, їх популяцій-

ної та індивідуальної безпеки, відповідності міжнародним стандартам.

Зважаючи на широкий спектр наукових проблем і результатів їх розв'язання, зрозумілим стає той інтерес медичної спільноти до ювілейних дат такого роду провідних установ. Ювілейні свята дають змогу не тільки радіти зустрічам з колегами, але, головне, осмислити значення і велич пройденого поколіннями тривалого трудового шляху і зазначити перспективи подальшого розвитку цієї галузі науки й практики.

В ювілейному зібранні крім науковців інституту брали участь біля двохсот представників майже всіх облСЕС України, Центральної СЕС (м. Київ), Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, Національної медичної академії післядипломної освіти, Інституту гематології, Вінницького національного медичного університету, Сумського державного університету, Української військово-медичної академії та інших закладів.

Успішному проведенню конференції великою мірою сприяла увага та допомога керівних органів Солом'янського району м. Києва, а саме – голови райдержадміністрації Сидорова І.П. Було на-