

© Андрейчин М.А., Вишневська Н.Ю., Борак В.П., 2008
УДК 616/927-07

М.А. Андрейчин, Н.Ю. Вишневська, В.П. Борак

ТРУДНОЩІ КЛІНІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЧЕРЕВНОГО ТИФУ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Клінічний перебіг черевного тифу за останні десятиріччя зазнав змін, що пояснюється змінами умов життя і широким застосуванням антибіотиків. Проведено аналіз клініко-епідеміологічних проявів черевного тифу, зареєстрованого у 2000-2007 рр. на Тернопільщині. Звернено увагу на складності диференційної діагностики і необхідність стандартного лабораторного обстеження хворих з тривалою гарячкою.

Ключові слова: черевний тиф, диференційна діагностика.

Черевний тиф – небезпечна кишкова інфекція з убіквітарним поширенням. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, щороку у світі від нього помирає декілька десятків тисяч людей. Збудник найчастіше передається через харчові продукти і воду.

Черевний тиф був вперше докладно описаний в 1643 р. Т. Віллізієм. Через подібність клінічних симптомів черевного і висипного тифів ці хвороби тривалий час не розрізняли, доки в 1837 р. У. Герхард не виявив їх клінічні особливості й дав визначення черевного тифу як «тифоїдної» лихоманки. Інфекційна природа черевного тифу і можливість зараження ним через фекалії хворого були встановлені 1856 р. У. Баддом на підставі епідеміологічних досліджень. Пізніше, в 1880 р., К. Еберт відкрив збудника черевного тифу – паличкоподібні бактерії. Г. Гафкі в 1884 р. і Є.І. Баженов у 1885 р. виділили цього мікроба в чистій культурі, А.І. Вільчур перший одержав його гемокультуру. Сучасна таксономічна назва збудника – *Salmonella typhi*.

Черевний тиф протягом кількох століть був супутником воєн та інших соціальних лих, спричиняючи розвиток епідемій. Так, в Україні найбільші епідемії тифу були зафіксовані в Першу світову війну та під час громадянської війни. В останні десятиліття у світі спостерігається виражена тенденція до зниження рівня захворюваності. В економічно розвинутих країнах реєструється спорадична захворюваність, лише зрідка виникають локальні спалахи. Успіхи в боротьбі з цією інфекцією, очевидно, насамперед пов'язані з поліпшенням санітарно-комунального благополуччя і вдосконаленням системи профілактичних заходів [1-4].

Класичні ознаки черевного тифу такі:

1. Тривале підвищення температури тіла до високих цифр.
2. Поступовий початок із нездужання, біль голови, зниження або втрата апетиту, безсоння, закрепи і метеоризм.
3. Розеолезний висип на шкірі тулуба, відносна брадикардія, збільшення розмірів селезінки й печінки, вкорочення перкуторного звуку в правій здухвинній ділянці порівняно з лівою (симптом Падалки), блідість шкірних покривів.
4. Лейкопенія.

Діагноз черевного тифу верифікують бактеріологічними дослідженнями крові, сечі, випорожнень, іноді елементів висипу, пунктату кісткового мозку. Бактеріологічне обстеження проводять у будь-який період захворювання, але найчастіше збудника вдається висіяти з крові в перші дні хвороби, з випорожнень та із сечі – з третього тижня.

Серологічні дослідження також вагомі в діагностиці, особливо для визначення інтенсивності епідемічного процесу. Для цього використовують реакцію непрямой гемаглютинації з еритроцитарними монорецепторними діагностикумами з метою виявлення О- і Vi-антигенів збудника. Більш чутливим є імуноферментний метод, який дає змогу виявляти антитіла різних класів (М і G) й завдяки цьому визначати стадію хвороби (гострий період, реконвалесценція) і прогнозувати завершення захворювання та ймовірність формування бактеріоносійства [5-9].

За спорадичної захворюваності важко діагностувати черевний тиф і призначити адекватне лікування. Захворювання часто маскується під різну патологію, пацієнти спрямовуються в інфекційне відділення з іншими діагнозами (наприклад, гостре респіраторне захворювання) або терміново ушпиталюються у зв'язку з ускладненнями черевного тифу (зокрема в хірургічний стаціонар внаслідок кишкової кровотечі або перфорації виразки).

Мета роботи – аналіз клініко-епідеміологічних проявів черевного тифу, зареєстрованого у 2000-2007 рр. на Тернопільщині.

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

Враховуючи розповсюдження черевного тифу останніми роками, в першу чергу пов'язане з міграцією людей із країн, ендемічних щодо цієї інфекції, становить значний інтерес опис особливостей клінічного перебігу захворювань на сучасному етапі. Важливість детального опису клінічної картини черевного тифу пов'язана ще й з тим, що виросло кілька поколінь лікарів, які не стикалися з цим тяжким захворюванням, у зв'язку з чим почастишали випадки діагностичних помилок на догоспітальному етапі.

За останні 8 років під нашим спостереженням було 9 хворих, що знаходилися на лікуванні в клініці інфекційних хвороб м. Тернополя, троє з них були мешканцями обласного центру, решта – жителі сільської місцевості.

На догоспітальному етапі тифопаратифозне захворювання було запідозрено лише в одного пацієнта. Троє хворих було переведено в інфекційне відділення з хірургічного відділення (двоє з них були прооперовані з приводу шлунково-кишкової кровотечі, третій знаходився там з підозрою на апендицит), один хворий переведений з нефрологічного відділення (оскільки запідозрено ниркову патологію, так як основними скаргами були гарячка і біль у поперековому відділі), а один – з психіатричного (за даними літератури, в психіатричних стаціонарах відносно частіше трапляються спалахи черевного тифу). Двом хворим при госпіталізації було виставлено діагноз «гарячка нез'ясованого генезу», ще одному – ГРЗ.

Важливе значення для постановки діагнозу, як відомо, має епіданамнез. Проте лише у двох пацієнтів виявлено дані про можливість зараження (в одного дружина знаходилася на стаціонарному лікуванні в інфекційному відділенні з підозрою на тифо-паратифозне захворювання, а в другого баба була черевнотифозним носієм). Троє хворих незадовго до ушпиталення перебували за кордоном у відрядженні (Єгипет, Західна Європа, Москва).

Черевний тиф маніфестував гарячкою: 5 хворих мали фебрильну або навіть високу температуру тіла (38,0-40,5 °С) вже протягом першої-другої доби, у 4-ох вона підвищувалася поступово, впродовж тижня, що типово для цього захворювання. Всі хворі при вступі до лікарні скаржилися на загальну слабкість, стомливість, біль у голові, зниження або втрату апетиту. В третини пацієнтів у перші дні захворювання переважали симптоми запалення верхніх дихальних шляхів – кашель, закладення носа, гіперемія м'якого піднебіння.

Хворі зверталися за лікарською допомогою пізно: не раніше 5-го дня гарячкового періоду після самостійного неефективного лікування або у зв'язку з виникненням ускладнень і потребою хірургічного втручання. Так, двоє пацієнтів поступило на 6-й день гарячки,

троє – після 10-го, а четверо – на 14-й день. Увесь цей час вони спілкувалися з іншими людьми, наражаючи їх на можливе зараження.

В усіх пацієнтів виявлено блідість шкіри, сіру осугу на язичку (в половини язик був потовщений з відбитками зубів), гепатоспленомегалію. Печінка пальпувалася на 1-2,5 см нижче краю реберної дуги, край – еластичний, закруглений. У 2/3 була розширена в поперечнику селезінка (за даними УЗД).

Типовий висип був лише у 2 хворих: на шкірі живота, біля пупка, знайдено поодинокі блідо-рожеві рожеоли. В одного пацієнта висипання з'явилися на 6-й день гарячки, в іншого на 19-й; висипання зникли через 3-4 дні безслідно, підсипань не було.

За ступенем інтоксикації, виразністю органної патології перебіг захворювання розцінено як тяжкий у 3, середньої тяжкості – у 6 хворих. В одному випадку спостерігали рецидив черевного тифу на 2-му тижні після нормалізації температури, який характеризувався коротшим перебігом, ніж первинна гарячкова хвиля.

Аналіз крові виявив лейкопенію (44,4 %) чи нормоцитоз (55,6 %) із зсувом вліво, ШОЕ в нормі.

Діагноз в усіх хворих підтверджено за допомогою серологічного дослідження (РНГА) з комплексним сальмонельозним діагностикомом і реакції Відаля; лише у 3 з 9 отримано копрокультуру, у 2 з них позитивними були також гемо- і уринокультура. Більшості хворих обстеження на тифо-паратифозні захворювання призначали в обов'язковому порядку через тривалу гарячку (більше 5 днів), що і дало змогу встановити етіологію захворювання.

Всі пацієнти отримували етіотропне лікування з моменту діагностики черевного тифу. Застосовували левоміцетин у дозі 2,0 г на добу до 5-го дня нормальної температури, наступні 4 дні – 1,5 г/добу, далі 1,0 г/добу протягом 2 днів. Усі культури збудника були чутливі до цього антибіотика. Хворі одужали (єдиний рецидив був внаслідок грубого порушення ліжкового режиму), реконвалесцентного бактеріоносійства не виявлено. Виписували із стаціонару після 21-го дня нормальної температури тіла за умови трьох негативних бактеріологічних посівів калу і сечі.

Наводимо витяги з історій хвороби, що ілюструють труднощі діагностики або особливості клінічного перебігу.

Хвора Р., 28 років, жителька м. Тернополя, перебувала в стаціонарі з 24.01.03 по 21.02.03 рр. (28 ліжко-днів). Діагноз: черевний тиф, типовий перебіг середньої тяжкості.

Спрямована в інфекційний стаціонар зі скаргами на виражену загальну слабкість, підвищення температури тіла до 41,3 °С, мерзлякуватість, біль у голові.

Хворіє 8-й день, відколи поступово наростала гарячка, жарознижувальні препарати суттєвого ефекту не давали.

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

Декілька днів турбував помірний біль у животі. З епіданамнезу відомо, що за 2 тижні до захворювання повернулася з відпочинку в Єгипті.

Шкіра бліда, язик із сіро-жовтою осугою, печінка збільшена на 2 см, селезінка перкуторно збільшена в розмірах. Позитивний симптом Ортнера, живіт при пальпації чутливий в епігастрії. Аналіз крові виявив лейкопенію. Попередній діагноз – гарячка нез'ясованого ґенезу. Призначено дезінтоксикаційну терапію і ципрофлоксацин. Враховуючи епіданамнез (перебування в країні, де є малярія) і клінічну картину (наявність гарячки, ознобу і рясного потовиділення при зниженні температури), була запідозрена малярія і призначено делагіл за схемою, але ефекту не було.

При ушпиталенні (8-й день гарячки) отримано негативні результати серологічного дослідження на черевний тиф; через три дні (27.01.03 р.): реакція Відаля – 1:800, урино- і копрокультура негативні, у змивах із носоглотки методом імунофлюоресценції виявлено вірус грипу типу В; результати за 28.01.03 р. (11-й день хвороби): реакція Відаля – 1:800, РПГА з комплексним сальмонельозним діагностикомом – 1:1280. З 30.01.04 р. отримувала левоміцетин у дозі 2,0 г на добу, до 10-го дня нормальної температури. Виписана на 21-й день від нормалізації температури.

Отже, черевний тиф може маскуватися під інше захворювання (наприклад, малярію) або поєднуватися із грипом. Попри негативні результати обстеження на черевний тиф на момент поступлення, наявність гарячки, яка не піддавалася медикаментозному впливу, попереднє перебування пацієнтки в Єгипті, де зберігається захворюваність на тиф, спонукало лікарів провести повторне серологічне дослідження, яке підтвердило діагноз.

Хвора К., 66 років, жителька смт. Монастириська, перебувала в стаціонарі з 31.01.02 по 7.03.02 рр. (35 ліжко-днів). Діагноз: черевний тиф, типова форма, тяжкий перебіг, ускладнений кишковою кровотечею.

Поступила в інфекційне відділення зі скаргами на загальну слабкість, сухий кашель.

Хворіє 14-й день, відколи виникла загальна слабкість. З епіданамнезу нічого з'ясувати не вдалося. В 1979 р. – резекція шлунка з приводу виразкової хвороби.

Шкіра бліда, язик покритий білою осугою, печінка пальпується на 2 см нижче реберної дуги, болюча; селезінка перкуторно збільшена в розмірах, живіт при пальпації чутливий в епігастрії і правому підребер'ї. При вступі діагностовано загострення хронічного гепатиту, хронічного калькульозного холециститу. Призначено дезінтоксикаційну терапію. Наступного дня, надвечір, у хворій виявлено мелену, додано до лікування кровоспинні препарати, свіжозаморожену плазму крові та еритромасу. Виставлено діагноз шлунково-кишкової кровотечі (езофагодуоденоскопічне дослідження підтвердило наявність виразки культі шлунка). Хвора переведена в реанімаційне відділення. Наступного дня – реци-

див кровотечі, у зв'язку з чим проведено ререзекцію шлунка з гастроєюноанастомозом за Ру. Протягом наступних двох днів стан хворої залишався тяжким, скаржилася на загальну слабкість, була в'яла, сонлива, на запитання відповідала по-вільно. У нижніх відділах легень аускультативно виявлено сухі та вологі хрипи (на рентенограмі ознак запалення не було). Язик з білою осугою і відбитками зубів. Печінка + 2 см. З анамнезу додатково з'ясовано, що ще 18.01.02 р. в пацієнтки піднялася температура тіла і виникла загальна слабкість; лікувалася амбулаторно, але стан не покращувався. Тому вона була обстежена на черевний тиф і виділено черевно-тифозну паличку з калу (аналіз від 30.01.02 р.). До лікування добавили левоміцетин у дозі 3,0 г на добу. В копрокультурі від 5.02.02 р. повторно виявлена *S. typhi*.

За 27.02.02 р. отримано РПГА з сальмонельозним Vi-антигеном 1:80. В загальному аналізі крові при вступі й впродовж хвороби виявлено лімфоцитоз із зсувом вліво.

Отже, іноді черевний тиф виявляється досить пізно, коли з'являються симптоми ускладнень, з приводу яких пацієнти і потрапляють у стаціонар, як було в наведеному випадку.

Хворий О., 16 років, житель м. Тернополя, перебував у стаціонарі з 8.05.01 по 18.06.01 рр. (41 ліжко-день). Діагноз: черевний тиф, типова форма, перебіг середньої тяжкості.

Поступив у інфекційне відділення зі скаргами на загальну слабкість, знижений апетит, підвищення температури тіла до 38,6 °С, сухість у роті.

Хворіє 19-й день (з 19.04.01 р.), відколи піднялася температура тіла до 38-39 °С, з'явилися загальна слабкість і біль у голові, згодом приєднався біль у правій здухвинній ділянці. 3.05.01 р. оглянутий хірургом і госпіталізований з підозрою на апендицит. 8.05.01 р. переведений в інфекційне відділення з підозрою на черевний тиф, псевдотуберкульоз. Ретроспективне епідобстеження контактних осіб виявило у баби черевно-тифозне носійство.

Шкірні покриви бліді, язик потовщений, з відбитками зубів, сірою осугою, печінка збільшена на 2 см, пальпується нижній полюс селезінки (+2 см). Відносна брадикардія і дикротія пульсу. На шкірі живота поодинокі роzeоли. Призначено левоміцетин у дозі 2,0 г на добу до 5-го дня нормальної температури, наступні 4 дні – по 1,5 г, далі 1,0 г на добу. В клініці температура тіла до 39,5 °С, трималася протягом 17 днів.

Результати дослідження: від 8.05.01 р.: позитивна гемокультура (виявлено *S. typhi*), реакція Відаля 1:800, у динаміці 1:1600, урино- і копрокультуру не виявлено. В загальному аналізі крові лімфоцитоз із зсувом вліво, ШОЕ в нормі.

Виписаний на 22-й день нормальної температури.

Найбільша кількість хворих на черевний тиф реєструється в країнах Південно-Східної Азії та Африки. У

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

СРСР з 1949 р. спостерігалася незмінна тенденція до зниження захворюваності. У 90-ті роки в країнах СНД зросла захворюваність гострими кишковими інфекціями, що обумовлено відомими соціально-економічними чинниками, а також активною міграцією громадян із Середньої та Південно-Східної Азії та Індії, де зберігається висока захворюваність.

Хвороба поширюється водним, харчовим і побутово-контактним шляхами. Простежується літньо-осіння сезонність. Можливі епідемічні спалахи (водні, харчові).

Найбільш важливим фактором передачі є вода. Забруднення води рік і озер відбувається при потрапленні в них неочищених стічних чи каналізаційних вод. Подібне забруднення можливе при зливів нечистот дощовими і талими водами, зливів у водойми побутових нечистот від хворих. Вода колодязів забруднюється внаслідок просочування нечистот з близько або неправильно розміщених туалетів, які відвідують носії інфекції. Це нерідко призводить до групових захворювань, переважно в сільській місцевості.

Менше значення мають харчові продукти. Однак небезпечним фактором передачі черевного тифу може бути молоко, забруднене бактеріоносійми при доїнні, транспортуванні чи продажі.

Контактно-побутова передача відбувається в сімейній обстановці, місцях колективного проживання людей (гуртожиток, пансіонат та ін.) при недотриманні правил особистої гігієни.

Клінічний перебіг черевного тифу за останні десятиріччя зазнав змін, що пояснюється змінами умов життя і широким застосуванням антибіотиків. Частіше спостерігається гострий початок захворювання з швидким зростанням температури і критичним її падінням, коротший гарячковий період, симптоми інтоксикації виражені слабше, відсутній тифоїдний стан, швидше з'являється висипка (або її часто немає), розеол дуже мало і вони бліді, частіше легкі форми хвороби [8-12].

Тому лікарі мають мати постійну настороженість стосовно черевного тифу, а при тривалій лихоманці (5 днів і більше) в обов'язковому порядку проводити додаткове обстеження на збудника.

Література

1. Брюшной тиф / В. Лучшев, Л. Соколова, В. Володина, С. Бузова // Мед. газета. – 2001. – № 57 (3). – С. 43.

2. Покровский В.И., Малеев В.В. Клинические и эпидемиологические особенности вирусного гепатита А и брюшного тифа // Вакцинация. – 1999. – № 3. – С. 46-48.

3. <http://www.dph.gov.my/cdc/vaccine%20preventable%20disease%20unit/vaccine%20preventable%20diseases/historical%20disease%20trends/typhoid.htm>

4. <http://www.dph.gov.my/cdc/vaccine%20preventable%20disease%20unit/vaccine%20preventable%20diseases/disease%20list/typhoid.htm>

5. Возианова Ж. И. Инфекции в прошлом, настоящем и будущем // Медицинский вестник. – 2002. – № 1-2. – С. 86-87.

6. Руководство по инфекционным болезням / Под ред. Ю.В. Лобзина, А.П. Казанцева. – СПб.: Фолиант, 2000. – 620 с.

7. <http://www.dph.gov.my/survelans/PDF%20Fact%20Sheet/TYPHOID%20FACT%20SHEET.pdf>

8. Тишкович М.А., Туряница С.М. Про спалах черевного тифу в с. Сімер Закарпатської області, спричиненого хлорамфеніколрезистентними штамами *Salmonella typhi* // Інфекційні хвороби – загальномедична проблема: Матер. VII з'їзду інфекціоністів України (27-29.09.2006 р., Миргород). – Тернопіль: Укрмедкнига, 2006. – С. 205-206.

9. Хомутянська Н.І. Клініко-епідеміологічні особливості черевного тифу в сучасних умовах // Там само. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2006. – С. 207-208.

10. <http://www.dph.gov.my/survelans/PDF%20Fact%20Sheet/TYPHOID%20FACT%20SHEET.pdf>

11. http://www.cdc.gov/ncidod/dbmd/diseaseinfo/typhoidfever_g.htm

12. І.М. Баскаков Патогенетичне обґрунтування використання циклоферону в лікуванні хворих на черевний тиф // Хіміотерапія та імунокорекція інфекційних хвороб: Матер. науково-практ. конф. і пленуму Асоціації інфекціоністів України (30.05-01.06.2005 р., Тернопіль). – Тернопіль: Укрмедкнига, 2005. – С. 116-118.

DIFFICULTY OF CLINICAL DIAGNOSTICS OF TYPHOID FEVER

M.A. Andreychyn, N.Yu. Vyshnevskaya, V.P. Borak

SUMMARY. Clinical picture of typhoid fever have been changed during last decade, which is explained by change of term life and wide applying of antibiotics. Analysis of clinical and epidemiological features of typhoid fever during the period of 2000-2007 years in Ternopil region was performed. Peculiarities of differential diagnostics and necessity of standard laboratory inspection of patients with long term fever was advised.

Keyword: typhoid fever, differential diagnostics.