

© 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 артроз-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.