

ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ, ВИКЛИКАНОГО SALMONELLA TYPHI У ПАЦІЄНТКИ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Л.Р. Шостакович-Корецька, О.П. Шевченко,
К.Ю. Литвин, Л.О. Задорожня, Н.О. Чорна

Резюме. *Автори надають опис клінічного випадку черевного тифу у хворій на тлі ВІЛ-інфекції.*

Ключові слова: *черевний тиф, ВІЛ-інфекція.*

Черевний тиф залишається глобальною проблемою охорони здоров'я, в основному у тропічних, субтропічних районах світу і в країнах, що розвиваються, та мають через погані гігієнічні умови підвищений рівень захворюваності та смертності від даної хвороби. У більшості середземноморських регіонів, хвороба постійно присутня, хоча і з низьким рівнем поширеності, в результаті збереження ендемічної персистенції *Salmonella typh*-інфекції. З іншого боку, в промислово розвинених країнах, у більшості випадків захворювання на черевний тиф пов'язане з закордонними поїздками або проживанням в ендемічних країнах [1].

Так, за даними CDC, у Сполучених Штатах, з 1985 по 1994 рік було зареєстровано 2445 [2], а з 1999–2006 – 1902 випадків черевного тифу [3], близько 80% хворих повідомили про зарубіжні подорожі протягом 30 днів (в основному, Індія та Мексика) [4]. За даними ВООЗ несприятливими у епідемічному плані є також країни Азії, Африки, та Південної Америки. Щорічна захворюваність у світі складає 0,3% [1, 5].

Визначено підвищення резистентності *Salmonella typhi* по відношенню до ряду широко використовуваних антимікробних сполук [2, 3, 6, 7]. Так, у значної кількості обстежених (за різними даними до 22%) [2, 3, 4] штами збудника були стійкі до ампіциліну, левоміцетину, та ко-тримоксазолу. Визначено збільшення частки штамів *Salmonella typhi* зі зниженою чутливістю до фторхінолонів [2, 3]. Тим не менш, за даними досліджень, фторхінолони (наприклад, ципрофлоксацин і пефлоксацин) [2] або цефалоспорины третього покоління, як і раніше представляють собою кращий вибір для емпіричного лікування [7].

У нашій країні випадки захворювань, які були спричинені *Salmonella typhi*, вкрай рідкі. Значна кількість пацієнтів заразилась черевним тифом в інших країнах ендемічних на тиф.

У Дніпропетровській області з 2006 по 2010 роки черевний тиф не реєструвався, а у 2011 р. зареєстровано 2 випадки завезеного з Індії черевно-го тифу (інтенсивний показник – 0,06 на 100 тис. населення). Причому, останній клінічний випадок має інтерес для клініцистів ще й в особливостях перебігу на тлі ВІЛ-інфекції та опортуністичних інфекцій.

Відомо, що ВІЛ-інфіковані пацієнти мають високий ризик виникнення ускладнень при ко-інфекції з будь-якими патогенними бактеріями. За даними спостережень, випадки черевно-го тифу у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією у промислово розвинутих країнах дуже рідкісні [2]. Недостатність імунітету, в свою чергу, може призводити до тривалого збереження збудника в організмі й розвитку бактеріоносійства [1].

Так, при дослідженні 37255 пацієнтів з ВІЛ-інфекцією, за даними FDA, тільки в одному випадку мала місце ко-інфекція з черевним тифом (0,00%), причому, це була жінка у віковій групі 30–39 років [8].

Враховуючи обмежену кількість таких відомостей, вважаємо за необхідне, навести випадок, який демонструє особливості перебігу про захворювання, викликаного *Salmonella typhi* у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією.

Основна частина (клінічний приклад)

Хвора К., 26 років, яка повернулася з Індії, де мешкала у провінції неподалік Делі з 18.08.2011 р. по 10.11.11 р. З 16 років є кришноїткою, раніше епізодично вживала наркотичні речовини, мала статеві стосунки з декількома партнерами. Під час перебування в Індії працювала у ресторані-бістро касиром. Воду споживала бутильовану, харчувалась у цьому ж ресторані. Не заперечує, що інколи не додержувалась гігієни при харчуванні та харчувалась залишками їжі.

Вважає себе хворою з 15.10.11 р. коли температура тіла піднялась до 38-38,5°C. Також, визнає, що протягом 1,5–2 останніх місяців швидко втомлювалась та схудла на 10 кг (до хвороби важила 48 кг). Катаральних явищ та послаблення стулу у цей період не було. Лікувалась самостійно гомеопатичними засобами, медитацією. На 5-й день хвороби самопочуття покращилось, температура тіла нормалізувалась. У подальшому, через 7–8 днів у хворої знов відмічався період лихоманки, турбував біль голови, приймала гомеопатичне лікування, але температура тіла до нормальних цифр не знизилась, тоді ж звернула увагу на послаблення випорожнень до 4–5 раз на добу. У наступні дні нарасталала слабкість, втрачала вагу. На 35-й день хвороби – приїзд в Україну, звернулася до лікаря, та була доставлена КШМД у міську клінічну лікарню № 21 м. Дніпропетровська ім. проф. Є.Г. Попкової (інфекційну лікарню) з діагнозом: гострий ентерит. Госпіта-

лізована з діагнозом: тифо-паратифозне захворювання? Призначене відповідне обстеження.

При вступі до лікарні стан хворої середньої важкості, активна, контактна, температура тіла 38,3°C, ЧСС – 82 поштовхи у хв., АТ – 100/60 мм рт. ст., бліда, на шкірі живота розеоли, генералізована лімфаденопатія (лимфовузли шийні, надключичні, ліктьові, пахові до 1,0–1,5 см – м'які, еластичні, безболісні), живіт м'який, безболісний, язик з невеликим набряком, обкладений, з відбитками зубів по краям, на слизовій оболонці ротової порожнини поодинокі білі наклади та афти, печінка + 1,5 см + 2,0 см + 3,5 см нижче реберної дуги, селезінка у реберної дуги, позитивний симптом Падалки, випорожнення 4 рази кашоподібні без патологічних домішок.

Враховуючи анамнестичні дані, хворій, після інформованої згоди, запропоновано обстеження на ВІЛ. Отриманий позитивний результат методом ІФА. На 40-й день хвороби пацієнтка була оглянута лікарями Дніпропетровського міського центру з профілактиці та боротьби зі СНІДом. Зі слів хворої, інфікуватися ВІЛ, найвірогідніше могла у 2003 році. Раніше не обстежувалась.

На 37-й день хвороби з бактеріологічного обстеження: у хворої виділена культура *Salmonella typhi* серогрупи Д 5×10^5 КОЕ/г з крові, сечі та калу. Також, з випорожнень виділено *S. aureus* 10^6 КОЕ/г, *Candida albicans* 5×10^5 КОЕ/г. Визначена чутливість *Salmonella typhi* серогрупи Д до таких антибіотиків, як ампіцилін, тетрациклін, цефотаксим, цефтриаксон, цефтазидим, офлоксацин, норфлоксацим, левоміцетил, та стійкість до ко-тримаксозолу. При бак. дослідженні мазків слизової оболонки ротоглотки виділено рост дрожжових грибків *Candida spp.* 4-го ступеню.

На 38-й день хвороби отриманий результат реакції Відаля (РПГА с Vi – гемдіагностикумом) у тітрі – 1:80, с цистеиновою нагрузкою – 1:20. При дослідженні крові на товсту каплю та тонкий мазок – плазмодії не виявлено. За методом ІФА, виявлені: антитіла класу IgG до Ag *Mycobacterium tuberculosis* та антитіла класу IgG до Ag лямблій. На рентгенограмі легень, КТ черевної порожнини – без патологічних змін. Консультована фтизіатром – на момент огляду даних за туберкульоз немає.

У загальному аналізі крові: ННб – 116 г/л, Ег – $3,82 \times 10^{12}$, Le – $3,9 \times 10^9$, еозинофіли 2%, палочкоядерні – 12%, лимфоцити – 12%, прискорсна ШОЕ – 60 мм г., у динаміці: Le – $4,0 \times 10^9$ еозинофіли – 0%, палочкоядерні – 15%, лимфоцити – 27%, ШОЕ – 57 мм г., при біохімічному дослідженні крові: АЛАТ – 1,3 ммоль/л, інші показники у межах норми.

При імунологічному дослідженні на 45-й день хвороби: (CD3+/ CD45+) – 86%, TL (CD3) – 793 клітин/мкл, TLH (CD3+ CD4 / CD45+) – 13%, TLH (CD3+ CD4+) – 115 клітин/мкл, L (CD45+) – 918 клітин/мкл. Вірусне навантаження ВІЛ – $9,3 \times 10^6$ РНК копій/мл.

На 46-й день основного захворювання у пацієнтки на боковій поверхні тулуба за ходом межреберного нерва зліва з'явилися ознаки оперізуючого герпесу.

Клінічний діагноз: Черевний тиф (*Salmonella typhi* серогрупи D) типова форма, середнього ступеню важкості на тлі розвиненої ВІЛ-інфекції, IV клінічна стадія. Синдром виснаження (ВІЛ-кахексія). Оперізуючий герпес. Орофарингеальний кандидоз.

За релігійними переконаннями хвора від застосування антибіотиків та протигрибкових засобів спочатку письмово відмовилась та приймала лише протизапальні і жарознижувальні засоби, але підйоми температури до $39,5^\circ\text{C}$ зберігались протягом перших 10 діб перебування в стаціонарі. Тільки з середини другого тижня (46-й день хвороби), пацієнтку вдалося переконати у необхідності проведення лікування, але режим прийому антибактеріальної терапії хвора постійно порушувала, хвилеподібний перебіг з поступовим покращенням спостерігався до 58-го дня хвороби, та хвора покинула стаціонар самовільно і лікувалась самостійно. Дома вона додержувалась суворого посту, а потім і зовсім голодувала протягом 6 діб. На 7-й день голодування її загальний стан значно погіршився, втратила значну частину маси тіла та знесилила. З'явилися скарги на прискорене серцебиття, почуття нестачі кисню. На 74-й день хвороби на черевний тиф пацієнтка потрапила у хірургічне відділення з діагнозом гостра аліментарна дистрофія, синусова тахікардія, підозра на гострий живіт, перитоніт, кишкову кровотечу та була прооперована. Лікарів про ВІЛ статус та перенесений напередодні черевний тиф хвора не попередила. Під час оперативного втручання у хворі був виявлений абсцес тонкої кишки та множинні язви у тонкому кишечнику. На 76-й день хвороби хвора при явищах гострої серцево-судинної недостатності померла. Безпосередньою причиною смерті встановлено поліорганну недостатність, наслідки недостатньої вгодованості та недостатності інших поживних речовин (E 64 за МКХ-10).

Обговорення

Так, у даному випадку, має місце нетиповий, більш затяжний перебіг черевного тифу, з пролонгацією всіх періодів хвороби, що можна пояснити наявністю імуносупресивного стану у хворі. Звертає на себе увагу, також виділення гемокультури і наявність розеол у пізні терміни захворювання.

Однак, у зв'язку із наявністю у пацієнтки ВІЛ-інфекції (IV клінічної стадії), можливо припустити, що тривала лихоманка до моменту госпіталізації хворої була пов'язана саме з цією інфекцією, а початок черевного тифу припадало на більш пізні терміни. Довга тривалість гарячки у стаціонарі пояснювалась відмовою від антибактеріальної терапії. Враховуючи всю картину захворювання, найбільш імовірно, що його перебіг ускладнився кишечною кровотечею на стадії чистих язв, а наявність супутньої імуносупресії, голодування, обтяжили перебіг хвороби та призвели до летального завершення. На сучасному етапі, згідно законодавства про конфіденційність інформації про ВІЛ-інфікованих, неможлива спадкоємність між загально-хірургічними стаціонарами та іншими закладами охорони здоров'я і центрами з профілактики та боротьби зі СНІДом у обміні інформації. Тому необхідно більш ретельно підходити до епіданамнезу, посилювати увагу лікарів загальної практики щодо показань до обстеження хворих на ВІЛ, вказаних у переліку захворювань, симптомів та синдромів, при яких пацієнту пропонуються послуги з добровільного консультування і тестування на ВІЛ (наказ МОЗ України № 388 від 11.05.10 р.).

Також, необхідно впроваджувати методи обміну інформації між центрами з профілактики та боротьби зі СНІДом та іншими лікувальними закладами для комплексного підходу до діагностики та лікування різних станів у хворих на ВІЛ-інфекцію, у тому числі, для покращення показників медичної допомоги хворим.

Висновки

Наведений клінічний випадок цікавий сполученням таких інфекцій, як *Salmonella typhi* та ВІЛ з наявністю опортуністичних хвороб, що обумовило нетиповий перебіг черевного тифу.

Виділена культура *Salmonella typhi* є чутливою до «класичних антибіотиків», таких як левоміцетин, ампіцилін, тетрациклін, а також, цефалоспорини і фторхінолони та стійка до ко-тримаксазолу, що може бути корисним при призначенні антибіотиків у подальшому хворим, які можуть звернутись з цією ж патологією приїхавши з тих же регіонів світу, насамперед, з Індії.

ВІЛ-інфекція, релігійні погляди на відмову від антибіотикотерапії, голодування хворої усугубили перебіг черевного тифу та призвели до детальних наслідків.

Література

1. Малий В.П. Черевний тиф (нове про патогенез, діагностика, лікування): Монографія / В.П. Малий, М.А. Андрейчин – Х., 2009. – 142 с.
2. Manfredi R. Typhoid fever and HIV infection: a rare disease association in industrialized countries / R. Manfredi, C. Donzelli, S. Talò [et al.] // Int. J. Infect. Dis. – 1998–1999. – 3(2). – PP. 105–80.

3. Lynch M.F. Typhoid fever in the United States, 1999–2006 / M. Lynch, E. Blanton, S. Blens [et al.] // JAMA. – 2009. – 302(8). – PP. 859–65.
4. Mermin J.H. Typhoid fever in the United States, 1985–1994: changing risks of international travel and increasing antimicrobial resistance / J. Mermin, J. Townes, M. Gerber [et al.] // Arch. Intern. Med. – 1998. – 158(6). – PP. 633–80(3).
5. Мировая статистика здравоохранения, 2010 / Ежегодный доклад ВОЗ. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.who.int/statistics.
6. Rowe B. Multidrug-resistant *Salmonella typhi*: a worldwide epidemic / B. Rowe, L. Ward, E. Threlfall // Clin. Infect. Dis. – 1997. – Suppl 1. – PP. S106–9(4).
7. Weill F.X. Typhoid fever: facing the challenge of resistant strains / F. Weill // Med. Sci. (Paris). – 2010. – 26(11). – PP. 969–75.
8. <http://www.ehealthme.com/>. Доступ DATE.

ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ SALMONELLA TYPHI У ПАЦИЕНТКИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

**Л.Р. Шостакович-Корецкая, О.П. Шевченко,
Е.Ю. Литвин, Л.А. Задорожная, Н.А. Чорная**

Резюме. Авторы приводят описание клинического случая завезенного брюшного тифа у больной на фоне ВИЧ-инфекции.

Ключевые слова: брюшной тиф, ВИЧ-инфекция

PARTICULARITIES OF SALMONELLA TYPHI INFECTION IN A PATIENT WITH HIV INFECTION (CLINICAL CASE)

**L.R. Shostakovych-Koretskaya, O.P. Shevchenko,
E.Y. Lytvyn, L.A. Zadorozhnia, N.O. Chorna**

Summary. The authors present a case of typhoid fever in a patient with HIV infection.

Key words: typhoid fever, HIV infection.

УДК 616.9

ЗНАЧЕННЯ ПОВТОРНИХ ЕПІЗОДІВ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ ЯК ПРИЧИНИ РЕЦИДИВУЮЧОГО БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ

О.О. Юхименко, Д.В. Самарін

Резюме. Проведено вивчення клініко-анамнестичних особливостей перебігу повторних епізодів гострих респіраторних вірусних інфекцій у 32 дітей віком 5-7 років в яких було діагностовано рецидивуючий бронхо-обструктивний синдром. Встановлено, що об'єктивними факторами, що спричинювали рецидив бронхообструктивного синдрому