

ОСОБЛИВОСТІ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ У ДІТЕЙ НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ ТЯЖКОГО УСКЛАДНЕНОГО ПЕРЕБІГУ

О.В. Усачова, Т.М. Пахольчук, Є.А. Сіліна,
Т.Б. Матвєєва, В.В. Печугіна

Резюме. У статті наведені особливості перебігу тяжких ускладнених форм сальмонельозу у дітей на прикладі власного спостереження.

Ключові слова: сальмонельоз, діти, тяжкі ускладнені форми.

Інвазивні діареї, які спричиняють сальмонели, ентероінвазивні й ентеро-геморрагічні ешеріхії, кишкова ерсинія, кампілобактерії і деякі інші ентеробактерії, проявляються ураженням товстого та тонкого кишківника [1] і можуть супроводжуватися значним інтоксикаційним синдромом та розвитком генералізованих форм хвороби (тифоподібною та септичною). За Протоколом лікування ГКІ тяжкі та середньотяжкі форми інвазивних діарей потребують призначення антибактеріальних препаратів згідно з етіологією захворювання, з метою уникнення тяжких ускладнень [2].

Ускладнення при сальмонельозі розвиваються переважно у дітей першого року життя, літніх людей, а також при тяжкій фоновій патології. Одними з найбільш серйозних ускладнень є інфекційно-токсичний і гіповолемічний (дуже рідко) шоки. Часом виникають токсико-алергічні ускладнення, гостра ниркова недостатність, пневмонія, плеврит, гостре порушення мозкового кровообігу, інфаркт міокарда, ендокардит чи міокардит та артрит. Проте дані про особливості перебігу таких станів поодинокі [3].

Впродовж 2010–2014 років в обласній інфекційній клінічній лікарні Запорізької області знаходилося 388 хворих на сальмонельоз. У більшості пацієнтів (341) захворювання перебігало в середньотяжкій формі і лише у 47 – в тяжкій.

В переважній більшості тяжкість захворювання проявлялася в перші дні хвороби і була зумовлена токсикозом та ексикозом. Що ж до токсико-алергічних ускладнень, то вони були поодинокі.

Мета дослідження: на основі опису перебігу тяжкої ускладненої форми сальмонельозу у дитини 4-х років продемонструвати її особливості.

Матеріали та методи

Ми проаналізували перебіг тяжкої ускладненої форми сальмонельозу у дитини 4 років 8 місяців. Діагноз був підтверджений виділенням із калу хворої сальмонели в першу добу перебування в стаціонарі.

Дитина пройшла поглиблене клініко-біохімічне обстеження із визначенням показників ЗАК, рівню креатиніну, сечовини, глюкози крові, білірубіну та активності АЛТ в динаміці хвороби.

Також було проведено протеїнограму та «ревмопроби», УЗД органів черевної порожнини, тощо.

Результати дослідження та їх обговорення

Хвора Т., 4 р.8 міс., поступила до кишкового дитячого відділення ОІКЛ 17.03.15 р. З анамнезу відомо, що дитина була госпіталізована на 8 добу захворювання, коли з'явилась біль у суглобах (як у спокої так і рухах), набряк та гіперемія шкіри над міжфаланговими пальців рук і ніг та колінними суглобами. Як з'ясувалося, захворювання почалося ще вісім днів тому гостро з підвищення температури тіла до 39–39,4°C, рідкого стільця з зеленню до 7 раз за добу. З 7.03.2015 по 12.03.2015 р. у дитини зберігалась діарея (від 6–7 до 3 раз на добу), лихоманка (38,5–39,4°C). Самопочуття дитини погіршувалось на тлі амбулаторного лікування (дієта, оральна регідратація, ніфуросазид, субалін). Вперше мати звернулась за медичною допомогою до лікаря-дитячого інфекціоніста 12.03.2015 р., тоді ж було проведено бактеріологічне дослідження випорожнень, але мати від госпіталізації відмовилася. Як стало відомо пізніше, з фекалій дитини виділена *Salm. Blegdam*. З 13.03.2015 у дитини приєднались гнійні виділення з обох очей (гнійний кон'юнктивіт), кандидоз ротової порожнини, урогенітальної зони, та внутрішньої поверхні стегон, а з 14.03.2015 маніфестувала артралгія. Весь цей час утримувалась фебрильна лихоманка, диспепсичні прояви ставали згодом менш виражені (розріджений стілець 2–3 р на добу). В наступні дні зростали симптоми загальної інтоксикації (млявість, відмова від їжі, блювота, біль у животі), зберігалась лихоманка, припухлість та біль у суглобах. 17.03.2015 року дитина була госпіталізована в тяжкому стані до ОІКЛ з проявами токсико-ексикозу 2 ст., наявністю гнійних нашарувань на слизовій кон'юнктиви обох очей, набряків та гіперемії шкіри над міжфаланговими суглобами пальців рук і ніг та колінними суглобами, з помірно вираженим діарейним синдромом.

Був встановлений попередній діагноз: Сальмонельоз (*Salm. Blegdam*), септична форма? (ентероколіт, кон'юнктивіт, артрит), поширений кандидоз слизових оболонок ротової порожнини, геніталій, шкіри.

При обстеженні: в загальному аналізі крові від 17.03.2015 – ер. $4,3 \times 10^{12}$, Нб – 136 г/л, КП – 0,94, лейкоц. – $8,2 \times 10^9$, П/я – 1%, С/я – 60%, Л – 33%, М – 6%, тромб. – 234×10^9 , ШОЕ – 8 мм/год; від 23.03.15 – ер. $4,3 \times 10^{12}$, Нб – 134 г/л, КП – 0,93, лейкоц. – $4,0 \times 10^9$, П/я – 2%, С/я – 64%, Л – 30%, М – 4%, ШОЕ – 31 мм/год; від 26.03.15 – ер. $4,2 \times 10^{12}$, Нб – 132 г/л, КП – 0,92 лейкоц.

– $5,0 \times 10^9$, E – 1%, П/я – 6%, С/я – 27%, Л – 56%, М – 10%, ШОЕ – 34 мм/год. Копрограма від 18.03.2015: кал рідкий, коричневого кольору, перетравлена клітковина, м'язові волокна, бактерії – «+», неперетравлена клітковина, лейкоцити – «0–1 у полі зору», еритроцити – 0–1 у п/зору, яйця глистів не знайдені. Печінкові проби (17.03.15): заг.білірубін – 11,8 мкмоль/л, прямий – 2,6 мкмоль/л, АЛТ – 0,53 ммоль/л/год, тимолова проба – 1,9 од., креатинін – 45,1 мкмоль/л, сечовина – 4,7 ммоль/л, ПТІ – 89%. В протеїнограмі (17.03.15): заг. білок – 68,6 г/л, альбуміни – 31%, глобуліни: α_1 – 3%, α_2 – 8%, β – 10%, γ – 18%, А/Г коефіцієнт – 0,79%. Ревмопроби (17.03.15): сіромукоїди – 0,15 г/л, СРБ – «+», фібриноген – 5,3 г/л, фібриноген В – «+». Бактеріологічне дослідження калу на дизентерію, сальмонельоз, ешеріхіоз: від 12.03.2015 р. – виділено *Salmonella Blegdam*; від 17.03.2015 на холеру, УПФ, кампілобактер, ротавіруси, клостридії – негативні, кров на стерильність, гемокультуру – негативні, слиз з носоглотки на мікрофлору – негативні; шкіри в області урогенітальної зони – виділено: *Enterococcus faecalis* 3×10^3 , *S. epidermalis* 10^4 , *Candida albicans* 5×10^{10} , сеча на мікрофлору – виділено: *Enterococcus faecalis* 3×10^3 . РПГА з ієрсиніозним, псевдотуберкульозним діагностикумами від 17.03. та 25.03.2015 – негативні. Аналіз крові від 19.03.2015: КФК (серцевий ізофермент) – 19,2 Од/л (реферативні значення 7,0–24,0), АСЛО – менше 1,0 МЕ/мл (рефер. значен. – 0–150), РФ (ревматоїдний фактор) – 10,26 МЕ/мл (реф. знач. – 0–14), кальцитонін (менше 2,0 пг/мл).

Консультація ЛОР 18.03.15 Закл.: стоматит, кандидоз ротоглотки.

Рентгенографія органів грудної порожнини від 18.03.2015 р.: вогнищево-інфільтративних змін не виявлено. Легеневий малюнок посилений за рахунок судинного компонента. Корені структурні, помірно розширені. Синуси вільні. Серце без особливостей.

ЕКГ від 18.03.2015 закл.: RR – 665 (610–785) мс, QRS – 0,20 мс, PQ – 116,9 мс, QT – 364,8 мс, QTс – 425,9 мс. Осн: QRS – 50,9 с, T – 30,8°, Ps 62,9, ЧСС 90 за хв. Електрична вісь серця 51°. Нормальне положення. Синусовий ритм. Негативні зубці T : V₅ (до – 0,56).

Призначена терапія: антибактеріальна (цефтазидим, амікацин), антимикотична (флуконазол), патогенетична – протизапальна, дезінтоксикаційна, регідраційна. На фоні такого лікування швидко був досягнений позитивний результат, який проявлявся перш за все у нівелюванні діарейного, інтоксикаційного та дегідратаційного синдрому. При цьому явища артриту утримувалися навіть після купірування ураження шлунково-кишкового тракту та інтоксикації.

В зв'язку з превалюванням саме ураження суглобів у дитини, яка не отримала необхідної специфічної терапії сальмонельозу, що зберігалось на фоні нівелювання інтоксикаційного синдрому, в ході динамічного

спостереження стан пацієнта було розцінено не як септичну форму сальмонельозу, а як тяжкий перебіг відповідного захворювання з інфекційно-алергічним ураженням суглобів. Тому дитині було проведено пролонговану протизапальну терапію. Такий підхід дав позитивний результат і хвора була виписана з відділення на 11 добу перебування в стаціонарі у задовільному стані без резидуальних проявів.

Висновки

При відсутності адекватної етіотропної терапії у дітей сальмонельоз може мати затяжний перебіг з формуванням пізніх інфекційно-алергічних ускладнень (поліартриту).

Література

1. Інфекційні хвороби в дітей: підручник / С.О. Крамарьов, О.Б. Надрага, Л.В. Пипа [та ін.]; за ред. проф. С.О. Крамарьова, О.Б. Надраги. – К. : ВСВ «Медицина». – 2010.– 392 с.
2. Про внесення змін до наказу МОЗ від 09.07.2004 р. № 354 «Про затвердження протоколів діагностики та лікування інфекційних хвороб у дітей: наказ МОЗ України № 803 від 10.12.2007 р.» [Електронний документ]. – Шлях доступу: <http://mozdocs.kiev.ua>. – Назва з екрану.
3. Возіанова Ж.І. Інфекційні і паразитарні хвороби / Ж.І. Возіанова – К. : «Здоров'я», 2001. – Т.1. – С. 360–380.

ОСОБЕННОСТИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ТЯЖЕЛОГО ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ

**Е.В. Усачева, Т.Н. Пахольчук, Е.А. Силина,
Т.Б. Матвеева, В.В. Печугина**

Резюме. *В статье приведены особенности течения тяжелых осложненных форм сальмонеллеза у детей на примере собственного наблюдения.*

Ключевые слова: *сальмонеллез, дети, тяжелые осложненные формы.*

CLINICAL FEATURES OF SALMONELLOSIS IN CHILDREN: SEVERE AND COMPLICATED CLINICAL CASE

**O.V. Ysachova, T.N. Pakholchuk, E.A. Silina,
T.B. Matveeva, V.V. Pechugina**

Summary. *This article presents clinical features of complicated forms of salmonellosis based on the results of own observations in children.*

Key words: *salmonellosis, children, severe complicated forms.*