

В. А. Краснов, Т. А. Колпакова// Acta Biomedica Scientifica. - 2011. - № 78(2). - С. 43-47

4. Мордык А.В. Характеристика депрессивных тенденций у пациентов с впервые выявленным туберкулезом/ Мордык А.В. [и др.]// Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. - 2016. - № 8 (2). - С. 82-88

5. Мухамедова М. М. Суицидальное поведение как побочный эффект фармакотерапии циклосерином у больных туберкулезом/ М. М. Мухамедова , А. А. Ахметова // RussianJournalofEducationandPsychology. - 2015. - № 4 (48). - С. 511-523

6. Ambaw F. Is depression associated with pathways to care and diagnosis delay in people with tuberculosis in Ethiopia?/ F. Ambaw [et al.]// Glob Ment Health (Camb). - 2019. - № 23(6). - P.20

7. Doherty A. M. A review of the interplay between tuberculosis and mental health/ A. M. Doherty [et al.]// Gen Hosp Psychiatry. - 2013. - № 35(4). - P.398-406

8. Duko B. Prevalence and correlates of depression and anxiety among patients with tuberculosis at Wolaita Sodo University Hospital and Sodo Health Center, Wolaita Sodo, South Ethiopia, Cross sectional study./ B. Duko, A. Gebeyehu, G. Ayano// BMC Psychiatry. - 2015. - №15 (214). - doi:10.1186/s12888-015-0598-3

9. Peltzer K. Prevalence of suicidal behaviour & associated factors among tuberculosis patients in public primary care in South Africa/ K. Peltzer, J. Louw// Indian J Med Res. - 2013. - № 138(2) - P.194–200

10. Sharma B. Cycloserine-induced psychosis in a young female with drug-resistant tuberculosis/ B. Sharma [et al.]// Gen Hosp Psychiatry. - 2014. - № 36(4). - P.451.e3-4

11. Sweetland A. C. Addressing the tuberculosis–depression syndemic to end the tuberculosis epidemic/ A. C. Sweetland [et al.]// Int J Tuberc Lung Dis. - 2017. - № 21(8). - P. 852–861

12. Sweetland A. C. Tuberculosis: an opportunity to integrate mental health services in primary care in low-resource settings/ A. C. Sweetland [et al.]// Lancet Psychiatry. - 2018. - № 5(12). - P.952–954

13. Walker, I. F. Multidrug-resistant tuberculosis treatment programmes insufficiently consider comorbid mental disorders/ I. F. Walker [et al.]// Int J Tuberc Lung Dis. - 2017. – № 21(6). - P. 603-609

УДК 616. 993:616.34-002.1-036-07-085

Сытая Ю.С., Гоманова Л.И.
ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ
ФОРМЫ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА

Кафедра инфекционных болезней
Первый московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова

Москва, Российская Федерация

Sytaya J.S., Gomanova L.I.

DESCRIPTION OF THE CLINICAL CASE OF THE GENERALIZED FORM OF SALMONELLOSIS

Department of infectious diseases
First Moscow I.M. Sechenov State Medical University
Moscow, Russian Federation

E-mail: julia.98.med.university@mail.ru

Аннотация. В статье представлен клинический случай генерализованной формы сальмонеллеза, осложненной острой почечной недостаточностью. Рассмотрены основные аспекты эпидемиологии, диагностики и лечения данного заболевания.

Annotation. The article presents a clinical case of a generalized form of salmonellosis complicated by acute renal failure. The main points of epidemiology, diagnostics and therapy of this disease are considered.

Ключевые слова: сальмонеллез, генерализованная форма, острая почечная недостаточность, эпидемиология, диагностика.

Key words: salmonellosis, generalized form, acute renal failure, epidemiology, diagnosis, diagnostics.

Введение

Сальмонеллез является одной из основных пищевых гастроэнтеритических инфекций во всем мире [4]. Например, в США «нетифозной» сальмонеллой ежегодно заражаются 1,2 миллиона человек [5]. В России, несмотря на тенденцию к снижению заболеваемости сальмонеллезами, эта группа занимает третье место (после ОКИ вирусной этиологии) в структуре очагов групповой заболеваемости с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя [1]. Проводится множество мероприятий, направленных на снижение заболеваемости сальмонеллезом. Однако, данная инфекция продолжает сохранять свою актуальность за счет существующих рисков инфицирования в условиях развивающегося животноводства и птицеводческого комплекса [1]. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), источником заражения, чаще всего, служат продукты животного происхождения, такие как мясо, птица, куриные яйца и молочные продукты [4]. На территории Российской Федерации основным возбудителем сальмонеллеза является *Salmonella enteritidis* [1]. В триаду наиболее распространенных сероваров, как и в прошлые годы, входят также *S.typhimurium* и *S.infantis* [1]. В этиологической структуре сальмонеллеза *Salmonella enteritidis* группы D диагностируется в 77,6% случаев [2]. Генерализованная форма встречается редко, по сравнению с

гастроинтестинальной, на которую приходится 95% случаев [3]. При этом 10% генерализованных форм осложняются острой почечной недостаточностью (ОПН). У лиц с иммуносупрессией и у пациентов с хроническими заболеваниями течение сальмонеллеза, как правило, тяжелое и может приводить к летальному исходу. Генерализованная форма, чаще всего, развивается, вследствие несвоевременной госпитализации больного в стационар. К наиболее характерным симптомам сальмонеллеза относят озноб, лихорадку, схваткообразные боли в животе, обильный жидкий стул зеленого цвета (по типу «болотной тины»), рвоту. Основные методы диагностики сальмонеллеза: бактериологический посев крови, мочи и кала; ПЦР-диагностика для выявления возбудителя. Возникают затруднения в диагностике тифоподобного варианта, клинически протекающего как брюшной тиф, паратифы А и В, сепсис различной этиологии. Решающую роль в постановке диагноза играет лабораторная диагностика.

Цель исследования – описание клинического случая генерализованной формы сальмонеллеза, тифоподобного варианта. Течение заболевания осложнилось развитием ОПН.

Материалы и методы исследования

Пациент М. 69 лет. Заболел остро. Из эпидемиологического анамнеза известно, что накануне больной употреблял вяленую рыбу домашнего приготовления, привезенную другом из Крыма. Употребление мясных, молочных продуктов и куриных яиц в указанный период времени отрицает. На фоне полного благополучия появился озноб, температура повысилась до 39,5°C, почувствовал слабость. Еще через пару часов присоединились тошнота, рвота до 5 раз, боли в околопупочной области схваткообразного характера, обильный водянистый стул зеленого цвета до 10 раз в сутки (стул по типу «болотной тины»). Пациент принимал активированный уголь и парацетамол. Состояние продолжало ухудшаться. На 2 день заболевания вызвали бригаду скорой медицинской помощи. Врачи сделали инъекцию анальгина с дротаверином, назначили дробно пить Регидрон. Пациента не госпитализировали. Состояние резко ухудшилось. На 3 день больной отметил появление судорог в ногах («сводило ноги»), кратность стула увеличилась до 15 раз в сутки. Появилось головокружение. Сохранялась высокая лихорадка. Больной продолжал прием парацетамола. На 4 день заболевания повторно была вызвана бригада скорой медицинской помощи. Пациента незамедлительно госпитализировали в ОРИТ (отделение реанимации и интенсивной терапии) ИКБ № 2 г. Москвы с предварительным диагнозом КИНЭ (кишечная инфекция неуточненной этиологии) и следующими жалобами: озноб; слабость; лихорадка до 39,5°C; рвота; частый обильный жидкий стул зеленого цвета; схваткообразные боли в околопупочной области; судороги икроножных мышц; осиплость голоса; АД 80/40; пульс=ЧСС=120 (слабого наполнения); язык сухой, обложен налетом, с отпечатками зубов по краям. Пальпация живота: живот мягкий, болезненный в околопупочной области. У пациента отмечалось увеличение печени, как

признак генерализации инфекционного процесса. Печень выступала из-под края реберной дуги на 1,5 см. Мочеиспускание было скудное.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациенту был назначен ряд лабораторных и инструментальных исследований. Бактериологический посев крови, мочи и кала показал высеv *Salmonellaenteriditis* группы D. ПЦР крови мочи кала – ДНК *Salmonellaspp.* Общий анализ крови: гематокрит-49%; эритроциты- $5,37 \times 10^{12}/л$; лейкоциты- $9 \times 10^9/л$; п/я-8%; с/я-84%; моноциты-2,9%; лимфоциты-5,1%; тромбоциты- $155 \times 10^9/л$. Биохимический анализ крови: креатинин-648,0 мкмоль/л (при норме 71,0-115,0 мкмоль/л); мочевины-28,0 ммоль/л (при норме до 8 ммоль/л); СРБ (С-реактивный белок)-223 мг/л; АЛТ-39,7 Ед/л, АСТ-17,0 Ед/л, альфа-амилаза-42,0 Ед/л (при норме 28,0-100,0 Ед/л), общий билирубин-14,0 мкмоль/л. УЗИ органов брюшной полости (комплексное): увеличение и диффузно-неоднородные изменения в паренхиме печени; полостное образование правой доли печени (киста); диффузные изменения в паренхиме поджелудочной железы; расширение петель кишечника. Эзофагогастродуоденоскопия: эрозивный эзофагит; поверхностный гастродуоденит; дуоденогастральный рефлюкс; недостаточность кардии.

Учитывая острое начало заболевания, интоксикационный синдром, синдром гастроэнтерита, синдром дегидратации III степени, увеличение печени, данные эпидемиологического анамнеза, высеv *Salmonellaenteriditis* группы D в крови, моче и кале, а также значительное увеличение в биохимическом анализе крови показателей креатинина и мочевины пациенту поставлен клинический диагноз: сальмонеллез, генерализованная форма, тифоподобный вариант, тяжелое течение (анализ крови – *Salmonellaenteriditis* группы D). Осложнение: острая почечная недостаточность. Пациенту при поступлении в стационар сразу была назначена следующая этиотропная терапия: Ципрофлоксацин 400мг х 2 раза в сутки внутривенно; Цефтриаксон 2,0 г х 2 раза в сутки внутривенно. Ранее назначение антибактериальной терапии скорее всего предотвратило появление сыпи, характерной для тифоподобного варианта сальмонеллеза.

Выводы:

1. Поздняя госпитализация пациента может привести к развитию генерализованной формы сальмонеллеза и развитию ОПН.
2. Пациентам с предварительным диагнозом КИНЭ тяжелого и среднетяжелого течения следует проводить бактериологический посев всех трех сред (крови, мочи и кала), чтобы не пропустить генерализацию инфекционного процесса.

Список литературы:

1. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2018 году: Государственный доклад. – М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2019. – С.130-131

2. Богущий М.И. Сальмонеллезная инфекция / М.И. Богущий // Журнал ГрГМУ. – 2011. – №1. – С.7-11

3. Хурум З.Ю. Сальмонеллез под маской хирургических заболеваний / З.Ю. Хурум, Е.Г. Шапран, Н.В. Горбулина // Кубанский научный медицинский вестник. – 2015. – №2. – С.149-152

4. Crim S.M. Salmonella enterica serotype Newport infections in the United States, 2004-2013: increased incidence investigated through four surveillance systems / S.M. Crim, S.J. Chai, B.E. Karp, M.C. Judd et al. // HHS Public Access. – 2018. – P.1-16

5. Dmochowska P. Epidemiological Survey and Retrospective Analysis of Salmonella infections between 2000 and 2017 in Warmia and Masuria Voivodship in Poland / P. Dmochowska, M.Spyczak von Brzezinski, J. Zelazowski, J. Wojtkiewicz // MDPI.Medicina. – 2019. – P.1-10

УДК 616.34-002.1

Черепанова Д.С., Краснова Е.И.
**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СРЕДНЕТЯЖЁЛЫХ ФОРМ
НОРОВИРУСНОГО И РОТАВИРУСНОГО ГАСТРОЭНТЕРИТОВ У
ДЕТЕЙ**

Кафедра инфекционных болезней и клинической иммунологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Cherepanova D.S., Krasnova E.I.
**COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF MEDIUM-HEAVY FORMS OF
NORAVIRUS AND ROTAVIRUS GASTROENTERITIS IN CHILDREN**

Department of Infectious Diseases and Clinical Immunology
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: cherepanovva.99@yandex.ru

Аннотация. В статье представлены результаты сравнительного клинико-лабораторного анализа норовирусного и ротавирусного гастроэнтерита. Проанализирована связь между степенью дегидратации, выявленной по клиническим признакам, и её лабораторными проявлениями. Установлено, что клинические и лабораторные признаки дегидратации более выражены у пациентов с ротавирусной инфекцией, однако возможность возникновения острой почечной недостаточности на фоне дегидратации выше у пациентов с норовирусным гастроэнтеритом.

Annotation. The article presents the results of a comparative clinical and laboratory analysis of noravirus and rotavirus gastroenteritis. The relationship