

Wiesława Błudzin Beata Kowalska** Janusz Wysota***

ZACHOROWANIE NA DUR BRZUSZNY 43-LETNIEGO MĘŻCZYZNY

** Szpital Wojewódzki w Opolu, Oddział Chorób Układu Krążenia i Endokrynologii
Ordynator: Janusz Wysota

* Epidemiolog szpitalny: Wiesława Błudzin

*Przedstawiono drogę diagnozowania stanu gorączkowego u 43-letniego mężczyzny. Początkowo był skierowany do szpitala na oddział neurologii, później na oddział wewnętrzny. Ponieważ w próbkach krwi pobranych w dniu przyjęcia do szpitala wyhodowano *Salmonella Typhi*, w 7-mej dobie przeniesiono pacjenta na oddział chorób zakaźnych.*

Słowa kluczowe: choroby zakaźne, Salmonella Typhi, dur brzuszny, nosicielstwo
Key words: infectious diseases, Salmonella Typhi, typhoid fever, carrier state

WSTĘP

Dur brzuszny jest ostrą chorobą zakaźną podlegającą w Polsce obowiązkowemu zgłaszaniu (1). Choroba występuje tylko u ludzi. Rezerwuarem pałeczek duru brzusznego jest wyłącznie człowiek chory lub nosiciel. Zakażenie szerzy się najczęściej przez skażoną żywność i wodę lub przez bezpośrednią styczność.

Źródłem zakażenia są głównie przewlekli nosiciele. Osoby chore lub podejrzane o zachorowanie podlegają obowiązkowej hospitalizacji. Nosicielstwo występuje głównie u kobiet (2), osób starszych oraz osób z chorobami pęcherzyka żółciowego. Można izolować pałeczki duru brzusznego z kału, moczu lub treści dwunastniczej. Nosiciele są pod stałym nadzorem inspekcji sanitarnej. Przy zaniedbaniach higienicznych może dojść do zakażeń, głównie rodzinnych.

Do 1975 roku powszechne były szczepienia ludności przeciwko durowi brzuszemu.

OPIS PRZYPADKU

43-letni mężczyzna M.D. (Nr hist. choroby 9772/2004), z zawodu spawacz, z nadciśnieniem tętniczym, otyłością trzewną, cukrzycą typu 2 w wywiadzie chorobowym, został przyjęty do szpitala w dniu 17.12.2004 z powodu występujących od 7 dni bólów i zawrotów głowy, dreszczy ze zlewnymi potami. W dniu przyjęcia skarżył się na trudności w wysłowieniu się i spowolnienie mowy, dlatego kierowany był początkowo do oddziału neurologii. W ciągu ostatnich tygodni obserwował częste krwawienia z nosa, podwyższoną glikemię (rzędu 240-260mg%).

Przy przyjęciu stan ogólny chorego średni, temperatura ciała 37,8°C. W badaniu przedmiotowym stwierdzono zaczerwienie tylnej ściany gardła, *fetor ex ore*, RR 140/80. W zapisie ekg rytm zatokowy miarowy 76/min, normogram. W badaniach laboratoryjnych obserwowano: wysokie D-Dimery (3306ug/l, N :50-200), podwyższone CRP (76,82 mg/dl, N:0-5), OB (60 mm/1 h)), podwyższony poziom transaminaz (AST 169,62 U/l, ALT 135,55 U/l), niewielką leukopenię i trombocytopenię (Hb.12,2g/dl, L.3,87x10³/uL, PTL 106x10³/uL, MCV 82,6fL) oraz białkomocz 0,3 ‰. Ultrasonograficznie stwierdzono: powiększenie wątroby o wzmożonej echogeniczności, jednorodnej strukturze echa, pęcherzyk żółciowy bez złożeń, nieposzerzony przewód żółciowy wspólny, powiększenie śledziony oraz powiększenie nerek o zachowanym rysunku korowo-rdzeniowym. Badania radiologiczne klatki piersiowej wykazały prawidłowy obraz płuc, niewielkie powiększenie lewej komory serca, a w rtg zatok niewykształcenie zatok czołowych oraz prawidłowo powietrzne pozostałe zatoki oboczne nosa. W trakcie hospitalizacji obserwowano gorączkę o torze septycznym do 39,8°C z towarzyszącą względną bradykardią (80/ min.) Celem wykluczenia neuroinfekcji wykonano punkcję lędźwiową stwierdzono prawidłowe wartości biochemiczne badanego płynu mózgowo-rdzeniowego. W preparacie bezpośrednim materiału nie stwierdzono obecności drobnoustrojów. W dwóch próbkach krwi pobranych w dniu przyjęcia do szpitala wyhodowano Salmonella Typhi wrażliwą na Ampicilinę, Amoksylinyę z kwasem klawulanowym, Ciprofloksacynę, Cefotaksym, Ceftriakson, Ceftazydym, Trimetoprim – Sulfametoksazol. Szczep, celem potwierdzenia, wysłano do Wojewódzkiej Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej w Opolu, gdzie wykonano także badania serologiczne. Uzyskano dodatni odczyn Widala z antygenem rzęskowym H pałeczki S. Typhi w mianie 1:25 600 i kolejnym 1:12 800. Pozostałe badania serologiczne tj. z antygenem S. Typhi O, S. paratyphi oraz *Proteus vulgaris* OX₁₉ wypadły ujemnie. Nie wyhodowano pałeczek S. Typhi z moczu i kału chorego. W leczeniu od pierwszego dnia pobytu w Oddziale zastosowano empirycznie antybiotyk pozajelitowo (Augmentin 3x 1,2 g), dodatkowo heparynę drobnocząsteczkową w dawce profilaktycznej, leki hipotensyjne oraz intensywną insulinoterapię uzyskując poprawę stanu ogólnego i ustąpienie gorączki.

Po rozpoznaniu duru brzuszego i uzyskaniu potwierdzenia zakażenia S. Typhi z uwagi na brak możliwości izolacji, pacjenta w 7 dobie przekazano w stanie dobrym do oddziału chorób zakaźnych. Na oddziale wewnętrznym przeprowadzono mycie i dezynfekcję sali, wszystkich toalet oraz klamek. W Oddziale Chorób Zakaźnych wykonane badania posiewu moczu oraz 3-krotne posiewy kału w kierunku S. Typhi były ujemne. Jednak z wymazu z odbytu wyhodowano pałeczki duru brzuszego. W badaniu serologicznym surowicy chorego stwierdzono dodatni odczyn Widala z antygenem O (1:50), antygenem H (1:6 400) oraz reakcję krzyżową z antygenem S. paratyphi BO (1:50). W próbce krwi chorego, po 25 dniach od początku choroby nie wyhodowano pałeczek S. Typhi. Pacjent w stanie dobrym został wypisany do domu. W wyniku prowadzonego dochodzenia epidemiologicznego inspekcja sanitarna wykonała badania wymazów z odbytu oraz posiewów kału u 43 osób mających styczność z chorym. Byli to domownicy, chorzy ze wspólnej sali chorych, personel oddziału opiekujący się pacjentem oraz inne osoby z otoczenia chorego. Otrzymane wyniki były ujemne.

Źródłem zakażenia okazała się 85-letnia kobieta, stała nosicielka pałeczek duru brzuszego, krewna pacjenta, spotykająca się z nim sporadycznie.

OMÓWIENIE

Mimo tego, że w Polsce zachorowania na dur brzuszny występują sporadycznie, nie należy o tej chorobie zapominać. W każdym przypadku gorączki nieznanego pochodzenia (etiologii) należy wykonać, tuż po przyjęciu i przed włączeniem antybiotykoterapii, posiew krwi. Tak postąpiono w przypadku naszego chorego.

Największe znaczenie w rozpoznaniu choroby ma wyhodowanie pałeczek duru brzuszego we krwi (4). Obecnie objawy mogą być mało charakterystyczne w związku z szerokim stosowaniem antybiotyków. Opisywany chory nie przyjmował antybiotyków przed przyjęciem do szpitala. Z klasycznych objawów duru brzuszego u pacjenta obserwowano względną bradykardię, leukopenię oraz odurzenie. Gorączka nie była wysoka i miała charakter septyczny.

W Błudzin, B Kowalska, J Wysota

CASE OF TYPHOID FEVER IN 43 OLD MALE

SUMMARY

The disease of 43 years old man, who was being taken in internal ward to diagnosis because of fever, was presented. In bacteriological culture *Salmonella Typhi* were kept. For reason the isolation was impossible on internal department, patient was conveyed to contagious department. As a result of carried out epidemiological inquiry, it turned out the man's infectious was caused by permanent carrier of typhoid fever.

PIŚMIENNICTWO

1. Gonera E. Dur brzuszny. W: Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1970-1979. Pod red. J Kostrzewskiego. Wrocław: Ossolineum; 1984:158.
2. Gonera E. Dur brzuszny. W: Choroby zakaźne i ich zwalczanie na ziemiach polskich w XX wieku. Pod red J Kostrzewskiego, W Magdzik i D Naruszewicz-Lesiuk. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL;2001:194.
3. Kostrzewski J, Piątkowski J. Choroby zakaźne w Polsce w 1987 roku. *Przeegl Epidemiol* 1989; 43,(1):2-9.
4. Juszczyk J, Gładysz A. Diagnostyka różnicowa chorób zakaźnych. Wyd. 2. Warszawa: PZWL; 1989:139.
5. Kluciński P, Chelwicka A, Granicka B, Wysoki J. Trudności w rozpoznawaniu duru brzuszego. *Przeegl Epidemiol* 1992;46(3):58.
6. Lyczak A, Radomiński I, Sebastiana M. The course of typhoid fever a woman treated in the clinic of infectious diseases, Medical Academy in Lublin, *Ann Univ Mariae-Curie Skłodowska Lublin-Polonia* 1992;47.
7. Kuydowicz J. Jedenaście chorób zakaźnych. Choroby wymagające obowiązkowej hospitalizacji. *Lek Rodz* 2003;8:12-14,13:7-21.
8. Rudkowski Z, Szenbron L. Salmonellozy. *Stand Med Lek Pediat* 2002:4.

9. Kacprzyk E, Stefania I, Skoryna-Karcz B, i in. Trudności diagnostyczne u gorączkujących powracających z tropiku. Dwa przypadki duru brzuszego importowanego z Indii. Wyd.2. Warszawa:PZWL;1996.

Otrzymano: 31.01.2005 r.

Adres autorów:

Wiesława Błudzin
ul. Lawendowa 63, 45-316 Opole