

ГЛОБАЛЬНІ ІНФЕКЦІЙНІ ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ

*Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції
і пленуму ГО «Всеукраїнська асоціація інфекціоністів»*

16–17 травня 2024 р.
м. Чернівці

УДК 616.9/99-07-88
I-74

Видання збірника матеріалів
рекомендовано президією
ГО «Всеукраїнська асоціація інфекціоністів»
(протокол № 3 від 07 травня 2024 р.)

Редакційна колегія:

д-р мед. н., професор *О. А. Голубовська*,
д-р мед. н., професор *Л. В. Мороз*,
д-р мед. н., професор *О. В. Рябоконт*,
д-р мед. н., професор *Т. В. Чабан*.

I-74 **Глобальні інфекційні виклики сьогодення: Матеріали**
Всеукраїнської науково-практичної конференції і пленуму
ГО «Всеукраїнська асоціація інфекціоністів» (16–17 травня
2024 р., м. Чернівці). — К.: ДЕЛЬТА, 2024. — 60 с.
ISBN 978-617-95294-3-6

УДК 616.9/99-07-88

ISBN 978-617-95294-3-6

© ДЕЛЬТА, 2024
© Колектив авторів ГО «Всеукраїнська
асоціація інфекціоністів», 2024

У $13,5 \pm 2,0\%$ хворих встановлено мікст-інфікування ВКЕ та бореліями: усі мали тяжкий або середньої тяжкості перебіг захворювання із поліорганими ураженнями, у тому числі з ураження ЦНС.

Висновки. Отже, західноукраїнський регіон є ендемічним щодо ВКЕ, ІКБ, ГЗН, з яких найпоширенішим є ІКБ, що необхідно врахувати лікарям практичної мережі охорони здоров'я при встановленні діагнозу для ефективного лікування.

О.В. Вінницька¹, Т.А. Єгорова², С.М. Трощенко²

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
м. Київ, Україна

²КНП «Київська міська клінічна лікарня №5», м. Київ, Україна

КИШКОВИЙ ЄРСИНІОЗ. ВИПАДОК З ПРАКТИКИ

Актуальність. Кишковий ерсиніоз посідає сьоме місце в структурі гострих кишкових інфекцій, а третє-четверте серед бактерійних збудників, які їх спричинюють.

Мета дослідження. Вивчити клініко-лабораторні особливості перебігу у кишкового ерсиніозу у дорослого хворого.

Матеріали і методи. Аналітичне вивчення історії хвороби пацієнта.

Результати та обговорення. Хворий С., 65 років, соціально-адаптований, працює майстром ремонтно-механічної дільниці на комунальному підприємстві з утримання зелених насаджень, госпіталізований 24 березня до відділення інтенсивної терапії зі скаргами на виражену загальну слабкість, задишку при мінімальному фізичному навантаженні. З анамнезу відомо, що у 2021 році переніс два (з інтервалом в 1 місяць) ГПМК за ішемічним типом, після чого раз на пів року рекомендовано отримувати курс внутрішньовенної інфузії (магnezія та актовегін). Останній курс (проходив позалікарняно) було розпочато 6 березня, в той же день відмітив загальну слабкість, було розпочато 6 березня, в той же день відмітив загальну слабкість, нудоту, діарею до чотирьох раз без патологічних домішок, озноб, біль в спині. Цей стан пов'язав з реакцією на введення препаратів. Самостійно приймав лоперамід та парацетамол, стан суттєво не поліпшився. 16.03 продовжив курс інфузій. Симптоми посилились, відмічав значне прогресування слабкості. Останній день інфузії був напередодні госпіталізації. Ввечері 24.03 загальний стан погіршився, через виражену слабкість не зміг самостійно піднятися з ліжка, госпіталізований. Епідеміологічний анамнез — пацієнт контактував із гризунами.

При огляді — свідомість ясна, температура тіла нормальна, АТ 80/50 мм рт.ст., пульс 110 уд/хв, дихання аускультативно ослаблене, хрипи відсутні, частота дихання 25 за хв, сатурація 93% на 10 л O₂, живіт чутливий за ходом товстого кишечника, перистальтика квола, симптом Пастернацького позитивний, гепатомегалія, припухлість та гіперемія суглобів кистей, шкіра шиї та обличчя кольору засмаги. При лабораторному обстеженні: лейкоцитоз $30,6 \times 10^9/\text{л}$ з вираженим палочкоядерним зсувом, прокальцитонін 60 нг/мл, сечовина 21 ммоль/л, креатинін 447 мкмоль/л. Діагностовано: сепсис неуточненого генезу(?), позагоспітальна нижньодольова пневмонія кл.гр.3, ЛН II, інфекційно-токсичний шок II-III ст., гостре ураження нирок преренальна форма АКІН III в стадії олігоурії. Також запідозрено лептоспіроз та кишковий ерсиніоз. Призначено цефтріаксон та лінезолід, гемодинаміка підтримувалась вазопресорами. Проведено КТ та УЗД, ЕхоКГ, неодноразово був оглянутий хірургом, нефрологом, невропатологом. З 27.03 гемодинаміка утримувалась самостійно, знизився лейкоцитоз до $17,7 \times 10^9/\text{л}$, проте наростає уремія — сечовина 53,8 ммоль/л, креатинін 590 мкмоль/л, незначна трансфераземія. Отримано позитивний результат аналізу на виявлення IgA та IgG (ІФА+імуноблотінг) до *Yersinia enterocoliticae*. На фоні подальшого лікування спостерігалась позитивна клініко-лабораторна динаміка, виписаний у відносно задовільному стані з заключним основним діагнозом: сепсис (*Yersinia enterocolitica*: IgA+IgG від 26.03). Єрсиніоз, генералізована форма, тяжкий перебіг. ІТШ (24.03–27.03). Гепато-ренальний синдром (стадія відновлення діурезу) на тлі хронічного захворювання нирок невідомої стадії та давнини.

Висновки. Таким чином, важкому перебігу захворювання з розвитком інфекційно-токсичного шоку сприяли: факт інфікування (необхідно посилити санітарно-просвітницьку роботу серед груп ризику) та тривалий догоспітальний етап (пацієнт самостійно аналізував свій стан, за кваліфікованою медичною допомогою не звертався), що також потребує більш уважного ведення сімейним терапевтом та нагляду невролога.