

*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 brzuszego 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 brzuszego 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 zaczerwienienie 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.3,87x10<sup>3</sup>/uL, PTL 106x10<sup>3</sup>/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, Amoksylicynę z kwasem klawulanowym, Ciprofloksacynę, Cefotaksym, Ceftriaxon, Cefazydym, Trimetoprim – Sulfametoksazol. Szczep, celem potwierdzenia, wysłano do Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-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* OX<sub>19</sub> 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 brzuszno-ego 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 brzuszno-ego 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 brzuszno-ego. *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, Szenbrón 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