

Випадок орофарингеального варіанту бартонельозу

А.В. Бондаренко, О.І. Могиленець, С.І. Заблоцька

Харківський національний медичний університет

Обласна клінічна інфекційна лікарня, м. Харків

Бартонели викликають надзвичайний поліморфізм клінічних проявів з ураженням усіх органів та систем хазяїна [Nervi S.J. із співавт., 2011]. Медичні працівники різних спеціальностей відносно мало інформовані про клінічні варіанти бартонельозу, що при відсутності методів етіологічної діагностики, призводить до правильного встановлення клінічного діагнозу лише за умов типового перебігу хвороби.

Мета роботи: дослідити клінічні прояви орофарингеального варіанту бартонельозу.

Наводимо клінічний приклад. Хвора М., 20 років, звернулася до інфекційної лікарні на 5-ту добу хвороби зі скаргами на помірну загальну слабкість, підвищення температури тіла до 37,4°C, біль голови, закладеність носу, біль в горлі при ковтанні (більше зліва), сухий кашель.

З анамнезу хвороби: 5 днів тому помітила збільшений та болючий лімфовузол на шиї зліва, з'явилась загальна слабкість, озноб, підвищилась температура тіла до 37,3°C. На другу добу захворювання приєднався біль в горлі при ковтанні, більше зліва; на третю – біль голови, закладеність носу, сухий кашель, температура підвищилась до 38,6°C. В наступні дні зберігалась та ж сама симптоматика. З епідеміологічного анамнезу: контакт з інфекційними хворими заперечує; проживає в приватному будинку; утримує кішку, укуси та подряпини – заперечує.

При фізикальному обстеженні загальний стан середньої тяжкості за рахунок інтоксикаційного синдрому. Температура тіла – 37,4°C. Шкірні покриви звичайного кольору, без висипу. Відмічається гіперемія слизової оболонки ротоглотки, гіпертрофія піднебінних мигдаликів I ступеню, „зернистість” задньої стінки глотки. Нальотів немає. Носове дихання вільне. Пальпуються рухомі, еластичні, неболючі передньо- та задньошийні (більше

зліва) лімфовузли (у діаметрі до 0,4-0,5 см) та рухомі, еластичні, болючі кутощелепні (більше зліва) лімфовузли (у діаметрі до 0,6-0,8 см). З боку інших органів та систем патології не виявлено.

Був призначений левофлоксацин 0,5 одноразово перорально в комбінації з декаметоксином по 1 таблетці 6 раз на добу суббукально та індометацином в дозі 0,15 на добу. Увечері того ж дня – різке (у вигляді “свічки”) підвищення температури тіла до 38,6°C з ознобом, наростанням слабкості, вираженим болем голови.

В клінічному аналізі крові – нормоцитоз, нейтрофіліоз з ядерним зсувом вправо, прискорена ШОЕ. В клінічному аналізі сечі – незначна протеїнурія. Бактеріологічне дослідження мазку з ротоглотки – результат негативний. При ПЛР-дослідженні слини: ДНК цитомегаловірусу та ДНК вірусу Епштейна-Барр – результат негативний. В РНІФ титр загальних антитіл проти корпускулярного антигену *B. henselae* визначений на рівні 1:128 (результат позитивний).

На 7-му добу захворювання до вищезазначеної симптоматики приєднався набряк мигдалика зліва, кутощелепні лімфатичні вузли збільшились у діаметрі до 1,5 см, температура – 37,6°C. В наступні дні хвороби гарячки не було. На 11-ту добу хвороби – болі в горлі при ковтанні з лівої сторони з іррадіацією в ліве вухо, загальна слабкість. Зберігався шийний лімфаденіт зліва. В ротоглотці – гіперемія слизової оболонки, піднебінні мигдалики збільшились до II ступеня, з'явився набряк у паратонзиллярній області зліва. На 12-ту добу – набряк та запальна інфільтрація поширились на задню стінку глотки зліва. Отолярингологом був розкритий абсцес задньої стінки глотки, отримано гній.

Клінічні прояви регресували на 15-ту добу хвороби. Діагноз заключний: Бартонельоз (РНІФ – anti-*B. henselae* IgM+IgG – 1:128), орофарингеальний варіант, середньої тяжкості.

Висновки: Орофарингеальний бартонельоз є атипичним варіантом, етіологію якого неможливо встановити без проведення специфічної лабораторної діагностики. Покращити діагностику може ретельно зібраний епіданамнез (наявність прямого контакту з кішками, собаками або гризунами).