

Клініко-лабораторні та епідеміологічні особливості сучасного перебігу шигельозу при спорадичній захворюваності

М.Д.Чемич

Сумський державний університет, кафедра інфекційних хвороб, зав. кафедри - доцент

М.Д.Чемич

Ключові слова: шигельоз, спорадична захворюваність, клініка, епідеміологія, особливості, перебіг.

Протягом багатьох років як в Україні, так і в усьому світі шигельози займають одне з провідних місць у структурі гострих кишкових інфекційних захворювань [1, 8]. Починаючи з 1998 року, спостерігається зростання захворюваності на шигельози [1, 3, 4, 6, 7]. Так, за даними Держкомстату України, захворюваність зросла з 21,4 на 100 тис. населення у 1997 році до 110,7 в 2000 році і на даний час залишається високою [3]. В останні десятиріччя захворювання на шигельози характеризувались більш легким перебігом та зниженням летальності.

Мета роботи. Вивчити епідеміологічні, клінічні та лабораторні особливості перебігу спорадичного шигельозу в сучасних соціально-екологічних умовах.

Матеріали та методи. Досліджували анамнестичні та клінічні дані, лабораторні показники. Проводились загальноклінічні лабораторні обстеження: клінічний аналіз крові (аналізатор Cobas Micros) вивчали показники гемоглобіну (Hb) та гематокриту (Ht), об'єму еритроцитів (MCV), вмісту гемоглобіну (MCH) та концентрації гемоглобіну в еритроцитах (MCHC); біохімічний аналіз крові (аналізатор Cobas-E-Mira). Аналіз результатів здійснювали на ЕОМ з використанням програми Microsoft Excel. Розраховували лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) за формулою Кальф-Каліфа [5], гематологічний показник інтоксикації (ГПІ), а також індекс зсуву лейкоцитів крові (ІЗЛК) та лімфоцитарний індекс (ЛІІМ) [2].

Результати та їх обговорення. Обстежено 2314 та проаналізовано історії хвороб хворих на спорадичний шигельоз (СШ). Захворювання виникали спорадично, при цьому спостерігалась періодичність та сезонність. Найбільша кількість хворих на СШ була госпіталізована у 2000 р. Слід звернути увагу на те, що сезонність особливо чітко прослідковується при зростанні захворюваності. Найбільша кількість госпіталізованих хворих із СШ припадає на серпень - вересень місяці.

Середній вік хворих склав $27,8 \pm 0,4$ років. Чоловіків було 1175 (50,8%), вік – $26,2 \pm 0,6$ років; жінок – 1139 (49,2%), вік – $29,4 \pm 0,7$. Переважна кількість чоловіків, хворих на СШ, були молодші за жінок ($P < 0,001$). Середній вік у групах з легким, середнім та тяжким перебігом значно не відрізнявся і складав $28,56 \pm 0,73$, $27,68 \pm 0,60$ та $26,34 \pm 1,2$ років відповідно, хоча внутрішньогруповий віковий поділ за статтю вказував на те, що чоловіки, які хворіли на СШ, були молодші за жінок. Так, при легкому ступені тяжкості вік чоловіків склав $26,44 \pm 0,93$ років, жінок – $30,83 \pm 1,14$ ($P < 0,01$); при середньому – $26,31 \pm 0,81$ та $29,06 \pm 0,88$ відповідно ($P < 0,05$). Лише при тяжкому ступені вік чоловіків ($25,52 \pm 1,62$) та жінок ($27,19 \pm 1,79$) був однаковий.

Найбільша кількість хворих була із середньотяжким перебігом СШ (1174 хворих), значно менше із легким (817) та тяжким (323) перебігом. Порівнюючи статевий склад груп хворих різних ступенів тяжкості, можна побачити, що чоловіки переважали в групах із легким та тяжким перебігом СШ (423 або 51,8% та 165 або 51,1% - чоловіки проти 394 або 48,2% та 158 або 48,9% - жінки, відповідно). При середньотяжкому перебігу хвороби кількість чоловіків та жінок була однаковою (587 або 50,0% та 587 або 50,0%).

У всіх хворих був клінічно діагностований Ш, бактеріологічне та серологічне підтвердження діагнозу здійснено у 2183 випадках (94,3%). Серед збудників найчастіше виділялись *Sh. sonnei* (1198 - 51,7% хворих) та *Sh. flexneri* (906 - 39,2%), значно рідше *Sh. newcastle* (70, 3%) та *Sh. dysenteriae* (9 - 0,4%).

Факторами передачі, на які вказували хворі на СШ, найчастіше були молочні продукти (молоко, сметана, сир, масло тощо) у 562 (24,3%) випадках, овочі та фрукти – у 376 (16,3%). Значно рідше перші, другі страви та салати – у 135 (5,8%), контакт із подібним хворим – у 125 (5,4%), м'ясні та рибні продукти – у 110 (4,8%), інші фактори (вода, кондитерські вироби, яйця) – у 133 (5,7%). Невстановлено фактор передачі у 873 (37,7%) випадках.

Зареєстровано 151 осередок, в яких було 332 хворих, індекс осередковості склав 0,065. Найбільше осередків спостерігалось при СШ, викликаному *Sh. sonnei* (67 осередків, 146 хворих), менше при СШ викликаному *Sh. flexneri* (48 та 110 відповідно) та серед клінічно встановленого (30 та 61 відповідно), *Sh. newcastle* (5 та 13 відповідно), *Sh. dysenteriae* (1 та 2 відповідно).

Таблиця 1

Етіологічна структура СШ залежно від ступеня тяжкості та статі

Збудник	Ступінь тяжкості, стать, кількість хворих (абс., %)					
	Усі хворі		Чоловіки		Жінки	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Легкий ступінь, n=817						
Невстановлений	29	3,6	16	3,8	13	3,3
Sh. sonnei	425	52,0	232	54,8	193	49,0
Sh. flexneri	342	41,9	167	39,5	175	44,4
Sh. newcastle	20	2,4	7	1,7	13	3,3
Sh. dysenteriae	1	0,1	1	0,2		
Середній ступінь, n=1174						
Невстановлений	87	7,4	49	8,3	38	6,5
Sh. sonnei	614	52,4	300	51,1	314	53,6
Sh. flexneri	428	36,5	217	37,0	211	36,0
Sh. newcastle	38	3,2	17	2,9	21	3,6
Sh. dysenteriae	6	0,5	4	0,7	2	0,3
Тяжкий ступінь, n=323						
Невстановлений	19	5,9	8	4,8	11	7,0
Sh. sonnei	155	48,0	81	49,1	74	46,8
Sh. flexneri	135	41,8	69	41,8	66	41,8
Sh. newcastle	12	3,7	5	3,0	7	4,4
Sh. dysenteriae	2	0,6	2	1,2		

Стосовно етіологічного чинника залежно від статі та ступеня тяжкості (табл. 1), виявлено наступне: незалежно від ступеня тяжкості у всіх групах переважала *Sh. sonnei*, на другому місці по частоті виявлення були *Sh. flexneri*, потім *Sh. newcastle* та *Sh. dysenteriae*, які виділялись дуже зрідка. Залежно від ступеня тяжкості та статі *Sh. sonnei* та *Sh. dysenteriae* з більшою частотою спричиняли захворювання у чоловіків при всіх ступенях тяжкості за виключенням *Sh. sonnei* при середньому ступені, де вона частіше виділялась у жінок. І навпаки, *Sh. flexneri* та *Sh. newcastle* частіше спричиняли захворювання у жінок при всіх ступенях тяжкості за виключенням *Sh. flexneri* при середньотяжкому ступені, де вона переважала у чоловіків, та тяжкому ступені – виділялась з однаковою частотою як у чоловіків, так і жінок.

СШ переважно перебігав у вигляді коліту (1214 хворих), гастроентероколітична та ентероколітична форми реєструвались вдвічі рідше (відповідно 598 та 478), гастроентерит виявляли в поодиноких випадках (24 хворих). При всіх ступенях тяжкості превалювали колітична та гастроентероколітична форми СШ, у кожного п'ятого хворого діагностували ентероколіт і в поодиноких випадках гастроентерит. Слід відмітити, що гастроентерит переважно діагностували при середній тяжкості СШ, коліт переважав при легкому ступені, ентероколіт – при середньому, гастроентероколіт – при середньому та тяжкому перебігові. Залежно від ступеня тяжкості та статі колітична форма переважала у чоловіків при середньому та тяжкому ступенях, ентероколіт – при легкому та середньому,

гастроентероколіт – при легкому. Аналізуючи перебіг СШ щодо статевої належності, можна побачити ту ж саму залежність, що й в усіх хворих. Однак слід відмітити більшу кількість хворих із гастроентероколітичною та гастроентеритичною формами серед жінок, і навпаки, переважання кількості хворих чоловічої статі з колітичною та ентероколітичною формами.

Госпіталізація хворих на СШ відбувалась при легкому та середньотяжкому перебігові переважно на 2-3-добу, при тяжкому - на 1-2. Слід відмітити, що чоловіки звертались за допомогою значно раніше ніж жінки. Так, госпіталізація хворих на СШ чоловіків відбулась на $2,07 \pm 0,07$ день, а жінок на $2,30 \pm 0,09$ ($P < 0,05$). Найшвидше звертались за стаціонарною допомогою хворі з колітичною формою Ш, причому виявлена чітка залежність терміну госпіталізації від ступеня тяжкості (табл. 2). При ентероколіті така залежність виявлена лише для тяжкого перебігу. Залежність терміну звертання за стаціонарною допомогою від статі встановлена лише для ентероколітичної форми при тяжкому ступені Ш, при якому чоловіки значно швидше звертались за медичною допомогою.

Таблиця 2

Терміни госпіталізації хворих на СШ залежно від ступеня тяжкості, клінічної форми та статі (M±m)

Клінічна форма	Ступінь тяжкості, стать (день)								
	Легкий, n=817			Середній, n=1174			Тяжкий, n=323		
	Усі	Чол.	Жін.	Усі	Чол.	Жін.	Усі	Чол.	Жін.
Колітична	1,93± 0,07	1,98± 0,12	1,88± 0,06	1,66± 0,06*	1,67± 0,08*	1,66± 0,10*	1,47± 0,06*	1,43± 0,09*	1,50± 0,09
Ентероколітична	2,95± 0,25	2,68± 0,29	3,22± 0,39	2,96± 0,20	2,95± 0,28	2,96± 0,19	1,97± 0,14*	1,69± 0,15*	2,23± 0,24*
Гастроентеро-колітична	2,04± 0,12	1,96± 0,15	2,14± 0,23	2,19± 0,10	2,04± 0,12	2,28± 0,13	1,93± 0,14	1,85± 0,18	2,0± 0,20

Примітка. Показники вірогідності відхиленя: * - відносно даних легкого ступеня; ** - відносно даних середнього ступеня.

Розглядаючи скарги, з якими хворі на СШ легкого ступеня звертались до стаціонару, слід відмітити, що найперше турбували пацієнтів то це діарея (у 98,7% пацієнтів), болі в різних відділах живота (найчастіше в гіпогастрії - у 88,4%), слабкість (у 87,4%), наявність домішок слизу в калі (у 86,2%). У половини хворих були скарги на головний біль, біль у мезогастрії, запаморочення, домішки у калі крові. Кожного четвертого пацієнта турбували болі в епігастрії, нудота, блювання. Частота випорожнень склала $4,8 \pm 0,07$ раз/добу, блювання – $2,52 \pm 0,1$ раз/добу. При об'єктивному обстеженні у всіх виявлена помірна тахікардія ($88,8 \pm 0,46$ уд./хв.), підвищення температури до $37,33 \pm 0,02^{\circ}\text{C}$, біль різної інтенсивності у животі. Спазм сигмоподібної кишки, патологічні домішки у калі виявлені у більшій половини обстежених. Ознаки зневоднення знаходили у кожного другого хворого на СШ, у кожного п'ятого помірне збільшення печінки (на $1,9 \pm 0,07$ см). Зміни артеріального тиску не відбувались, хоча зниження систолічного тиску нижче 100 мм рт.ст. відмічено у 111 (13,6%) хворих.

Аналіз симптоматики колітичної форми Ш виявив наступне: на біль у гіпогастрії, діарею ($4,84 \pm 0,08$ раз/добу) скаржились усі, більшість відмічали слабкість (87,8%). Головний біль та запаморочення відмітили менше половини хворих. Температурна реакція була помірна ($37,34 \pm 0,02^{\circ}\text{C}$), частота серцевих скорочень не відрізнялась від основної маси хворих ($89,1 \pm 0,57$ уд./хв.), артеріальний тиск не змінювався в більшості обстежених і лише у 63 (12,7%) систолічний показник був нижче 100 мм рт.ст. Збільшення печінки виявлено у кожного шостого хворого (на $1,7 \pm 0,07$ см), спазм сигми та наявність патологічних домішок у калі - у більшій половини пацієнтів.

При ентероколіті майже у всіх хворих була діарея ($4,74 \pm 0,17$ раз/добу) та болі в тій чи іншій ділянках живота, з патологічних домішок у калі переважав слиз та лейкоцити. У більшості пацієнтів (91,7%) спостерігали підвищення температури ($37,28 \pm 0,04^{\circ}\text{C}$), незначне прискорення пульсу ($84,9 \pm 1,24$ уд./хв.) при нормальних показниках артеріального тиску, зниження систолічного показника нижче 100 мм рт.ст. було у 16 (11,0%) осіб.

У всіх хворих з гастроентероколітичною та гастроентеритичною формами СШ були нудота, блювання ($2,52 \pm 0,1$ раз/добу), болі в епігастрії, діарея ($4,76 \pm 0,13$ раз/добу), підвищення температури ($37,33 \pm 0,04^{\circ}\text{C}$), тахікардія ($90,9 \pm 0,95^{\circ}\text{C}$). Середні показники артеріального тиску залишались у межах норми, але у 32 (18,3%) хворих систолічний показник був нижче 100 мм рт.ст. Ознаки зневоднення виявлені у 2/3 пацієнтів, у кожного другого – збільшення печінки ($2,2 \pm 0,12$ см). З патологічних домішок у калі з однаковою частотою виявлялись і слиз, і лейкоцити, і еритроцити.

Порівнюючи симптоматику, виявлену при різних формах легкого ступеня Ш, встановлено, що найбільш різноманітна вона була при гастроентероколітичній. Слід відмітити, що крім нудоти та блювання, які притаманні лише для цієї форми, тут переважала кількість хворих, у яких реєструвався больовий синдром, слабкість, запаморочення, патологічні домішки у калі, тахікардія, гепатомегалія, ознаки зневоднення. І хоча середні показники артеріального тиску не відрізнялись від норми, у кожного п'ятого хворого виявляли зниження систолічного тиску нижче 100 мм рт.ст.

Вивчаючи особливості перебігу легкого ступеня СШ залежно від статі, встановили наступне: у хворих чоловічої статі частіше спостерігались нудота, блювання, домішки крові у калі, головний біль. У більшій частини пацієнтів виявляли тахікардію, збільшення печінки, спазм сигми, патологічні домішки у калі. Жінки частіше скаржились на біль у гіпогастрії, діарею, слабкість. При огляді цієї групи частіше виявлялись ознаки зневоднення, біль при пальпації живота.

При порівнянні вираженості клінічної симптоматики у чоловіків та жінок суттєвої різниці не виявлено. Так, блювання у чоловіків було $2,6 \pm 0,09$ раз/добу, в жінок $2,76 \pm 0,1$ раз/добу, частота випорожнень також не відрізнялась ($4,7 \pm 0,09$ та $4,89 \pm 0,09$ раз/добу, відповідно у чоловіків та жінок). Підвищення температури незначне в обох групах ($37,37 \pm 0,02^{\circ}\text{C}$ та $37,28 \pm 0,03^{\circ}\text{C}$ відповідно). Артеріальний тиск знаходився в межах норми, хоча кількість хворих чоловічої статі, у яких систолічний показник артеріального тиску нижче 100 мм рт.ст., була більшою і склала 66 (15,5%) проти 45 (11,4%). Збільшення печінки як у чоловіків, так і у жінок було помірним ($1,9 \pm 0,09$ та $1,9 \pm 0,1$ см відповідно). Тахікардія незначно виражена у всіх хворих ($90,3 \pm 0,65$ та $87,18 \pm 0,66$ уд./хв. відповідно).

При середньотяжкому перебігові СШ із клінічних ознак при госпіталізації хворих найчастіше виявляли диспепсичний синдром, що проявлявся діареєю ($6,08 \pm 0,11$ раз/добу), наявністю домішок у калі слизу (87,2%) і крові (54,4%). Нудота та блювання ($2,31 \pm 0,09$ рази/добу) спостерігались у кожного третього пацієнта. Больовий синдром різної локалізації реєструвався у всіх хворих, найчастіше в гіпогастральній ділянці живота (79,4%). Із загальноінтоксикаційного синдрому практично у всіх осіб була слабкість, у більшій частини – головний біль, запаморочення.

При об'єктивному обстеженні у всіх пацієнтів була гіпертермія ($38,29 \pm 0,02^{\circ}\text{C}$), біль у животі різної локалізації. Тахікардія помірною ($95,4 \pm 0,44$ уд./хв.), на фоні незначної гіпотензії, хоча у третини хворих спостерігалось зниження систолічного показника артеріального тиску нижче 100 мм рт.ст. Спазмована сигмоподібна кишка пальпувалась у 2/3 осіб. Ознаки зневоднення виявлені у половини пацієнтів. Збільшення печінки до $1,86 \pm 0,05$ см у третини хворих. При копроцитоскопії з патологічних домішок найчастіше виявляли слиз (86,5%), у більшості хворих лейкоцити (63,1%) та еритроцити (57,9%).

Вивчаючи залежність вираженості симптоматики від клінічної форми СШ, слід відмітити наступне: нудота та блювання реєструвались у всіх хворих з гастроентероколітом, нудота - у незначній кількості з ентероколітом (9,4%). Локалізація больового синдрому в

епігастрії та мезогастрії частіше спостерігались при гастроентероколітичній формі СШ (86,9% та 71,7% відповідно). У гіпогастрії біль переважав у пацієнтів при ентероколітичній формі (81,6%). Патологічні домішки слизу найчастіше виявляли як анамнестично (92,1%), так і лабораторно (91,8%) при коліті; домішки крові – у половини хворих, хоча при лабораторному дослідженні еритроцити в калі знаходили у більшості пацієнтів з гастроентероколітом (65,1%); лейкоцити – у кожного другого хворого незалежно від клінічної форми. Такі симптоми як головний біль, запаморочення, ознаки зневоднення переважали при гастроентероколітичній формі СШ (70,6%, 75,1%, 72,9% відповідно). Звертає на себе увагу те, що майже у половини хворих з гастроентероколітом виявляли збільшення печінки. Спазм сигмоподібної кишки переважав при колітичній формі Ш (83,7%). Звертає на себе увагу превалювання клінічної симптоматики (частота реєстрації) у хворих з гастроентероколітичною формою Ш.

Порівнюючи частоту випорожнень (табл. 3) при різних клінічних формах СШ, встановлено переважання діарейного синдрому при ентеро- та гастроентероколіті. Температурна реакція, частота серцевих скорочень не залежали від клінічної форми і знаходились на одному рівні. Гіпотензія превалювала при гастроентероколітичній формі, і в цій групі хворих була найбільша кількість пацієнтів із зниженням систолічного показника нижче 100 мм рт.ст. Збільшення розмірів печінки знаходилось в одних і тих же межах та не залежало від клінічної форми.

Таблиця 3

Вираженість клінічної симптоматики під час госпіталізації при середньому ступені СШ залежно від клінічної форми

Симптоми	Клінічна форма (M±m)			
	Усі хворі n=1174	Коліт n=558	Ентеро- коліт n=266	Гастроен- тероколіт n=350
Блювання, раз/добу	2,31±0,09			2,31±0,09
Діарея, раз/добу	6,08±0,11	5,28±0,12*	6,72±0,27 *,**	6,93±0,22 *,**
Підвищення температури, °C	38,29±0,02	38,30±0,02	38,24±0,04	38,32±0,04
Тахікардія, уд./хв.	95,40±0,44	97,19±0,66	93,98±0,95	93,74±0,77
А/Т, мм рт. ст.:				
систоличний	113,01±0,54	114,01±0,80	114,38±1,15	110,37±0,96 *
систоличний ≤100, абс./%	365/ 31,1	157/ 28,1*	76/ 28,6*	132/ 37,7 *,**
діастолічний	74,39±0,36	74,85±0,60	74,40±0,77	72,96±0,69
Збільшення печінки, см	1,86±0,05	1,76±0,1	1,88±0,09	2,01±0,1

Примітка. Показники вірогідності відхилень: * - відносно даних усіх обстежених; ** - відносно даних при коліті.

Аналізуючи частоту клінічної симптоматики у чоловіків та жінок встановлено, що найчастіше у жінок були скарги на нудоту, блювання, біль у різних відділах живота, запаморочення; у чоловіків – патологічні домішки у калі, слабкість, головний біль. З об'єктивної симптоматики: діарея, підвищення температури, тахікардія виявлялись у всіх хворих не залежно від статі. Збільшення печінки, ознаки зневоднення, больовий синдром – частіше у жінок. Спазмів сигмоподібної кишки, лабораторно виявлені патологічні домішки в калі переважали у чоловіків.

Вивчаючи залежність частоти симптоматики від статі та клінічної форми СШ, виявлено, що нудота, блювання, біль у епігастрії, мезогастрії переважно трапляються при гастроентероколіті з однаковою частотою незалежно від статі. Найбільша кількість скарг на біль у епігастрії була при ентероколіті і переважно у жінок, хворих на СШ. Анамнестично на домішки слизу в калі вказували пацієнти з колітом з однаковою частотою незалежно від статі. У чоловіків при коліті, а у жінок при гастроентероколіті частіше лабораторно виявляли слиз, ніж при інших формах хвороби. Така скарга, як головний біль, переважала у

осіб чоловічої статі незалежно від клінічної форми і особливо часто при ентероколіті та гастроентероколіті. Слабкість найрідше відмічали жінки при ентероколітичній формі СШ. Запаморочення переважало у жінок при гастроентероколіті і на 17% частіше траплялося, ніж у чоловіків при тій же формі хвороби. Підвищення температури та тахікардію виявляли у всіх хворих незалежно від статі та клінічної форми. Збільшену печінку перкутували та пальпували переважно при гастроентероколітичній формі частіше у жінок. Ознаки зневоднення, біль у животі превалювали при гастроентероколіті з однаковою частотою незалежно від статі. Спазм сигми, лабораторно домішки слизу в калі частіше виявляли при коліті у осіб чоловічої статі. Домішки лейкоцитів та еритроцитів у калі переважали у чоловіків при гастроентероколіті.

Частота блювання та випорожнень не залежали від статі. Значно частіше понос проявлявся при ентеро- та гастроентероколіті, менше – при коліті. Підвищення температури та частота серцевих скорочень мали незначні коливання і не залежали від форми хвороби та статі. Зниження артеріального тиску (сistolічного показника) відбувалось при гастроентероколіті як у чоловіків, так і жінок, хоча кількість хворих з систолічним показником нижче 100 мм рт.ст. переважала у чоловіків. Розміри збільшення печінки не залежали від статі та клінічної форми СШ.

Під час госпіталізації всі хворі на тяжкий СШ скаржились на наявність діареї, випорожнення з домішками слизу, слабкість, біль у животі різної локалізації. Більша частина пацієнтів відмічала головний біль, запаморочення, домішки у калі крові. Третина обстежених скаржилась на нудоту, блювання (табл. 4.).

Таблиця 4

Частота виявлення клінічної симптоматики під час госпіталізації при тяжкому ступені СШ залежно від клінічної форми

Симптоми	Клінічна форма, кількість хворих (абс., %)							
	Усі хворі n=323		Коліт n=159		Ентеро- коліт n=69		Гастроен- тероколіт n=95	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Нудота	113	35,0			21	30,4	92	96,8
Блювання	95	29,4					95	100
Біль в: епігастрії мезогастрії гіпогастрії	113	35,0			24	34,8	89	93,7
	218	67,5	81	50,9	53	76,8	84	88,4
	285	88,2	135	84,9	61	88,4	89	93,7
Діарея	323	100	159	100	69	100	95	100
Домішки: слизу крові	299	92,6	142	93,7	59	85,5	91	95,8
	199	61,6	96	60,4	41	59,4	62	65,3
Головний біль	237	73,4	106	66,7	52	75,4	79	83,2
Слабкість	308	95,4	151	95,0	65	94,2	92	96,8
Запаморочення	208	64,4	106	66,7	27	39,1	75	78,9
Об'єктивно								
Підвищення температури	323	100	159	100	69	100	95	100
Тахікардія	323	100	159	100	69	100	95	100
Збільшення печінки	110	34,1	49	30,8	20	29,0	41	43,2
Ознаки зневоднення	192	59,4	70	44,0	40	58,0	82	86,3
Біль у животі	307	95,0	146	91,8	66	95,7	95	100
Спазм „сигми”	277	85,8	138	86,8	51	73,9	88	92,6
Домішки: слизу лейкоцитів еритроцитів	298	92,3	151	95,0	59	85,5	88	92,6
	255	78,9	124	78,0	51	73,9	80	84,2
	242	74,9	116	73,0	51	73,9	75	78,9

Розглядаючи частоту клінічної симптоматики в залежності від клінічної форми (табл. 4), встановлено, що при гастроентероколіті найчастіше реєструвались усі симптоми за винятком лабораторного виявлення домішок слизу в калі, які в більшості виявлялись при коліті. Найрідше біль у мезогастрії та гіпогастрії, головний біль, ознаки зневоднення спостерігались при коліті. При ентероколіті найрідше знаходили патологічні домішки у калі, запаморочення.

Вираженість клінічної симптоматики (табл. 5) переважно не залежала від клінічної форми Ш, за винятком частоти випорожнень при гастроентероколіті, при якому вона була вищею, ніж при коліті. Навпаки показники систолічного артеріального тиску були нижчі при ентероколітичній та гастроентероколітичній формах. При цих же формах кількість хворих із тиском нижче 100 мм рт.ст. склала понад 60%. При гастроентероколіті також відбувалось значне зниження діастолічного показника тиску. Частота клінічної симптоматики при тяжкому перебігу СШ залежала від статі, на це вказує її переважання у жінок. Виявлена також чітка залежність частоти симптомів від клінічної форми – при гастроентероколіті вона найвища.

Таблиця 5

Вираженість клінічної симптоматики під час госпіталізації при тяжкому ступені СШ залежно від клінічної форми

Симптоми	Клінічна форма (M±m)			
	Усі хворі n=323	Коліт n=159	Ентеро- коліт n=69	Гастроен- тероколіт n=95
Блювання, раз/добу	2,72±0,24			2,72±0,24
Діарея, раз/добу	11,34±0,41	11,1±0,22	11,06±0,53	12,24±0,5**
Підвищення температури, °C	39,20±0,06	39,27±0,03	39,13±0,08	39,17±0,09
Такікардія, уд./хв.	108,09±1,78	110,51±1,62	109,0±2,50	110,70±1,73
А/Т, мм рт. ст.:				
систоличний	103,47±1,59	107,10±1,68	101,60±2,10**	101,71±2,03**
систоличний <=100, абс./%	195/ 60,4	83/ 52,2*	49/ 71,0 *,**	63/ 66,3 *,**
діастолічний	70,16±1,45	72,67±0,91	70,76±1,80	67,05±1,73**
Збільшення печінки, см	2,34±0,18	2,29±0,13	2,25±0,19	2,46±0,21

Примітка. Показники вірогідності відхилень: * - відносно даних усіх обстежених; ** - відносно даних при коліті.

Аналізуючи клінічні дані, не вдалось виявити залежності від статі та клінічної форми. Лише показники систолічного артеріального тиску у чоловіків при гастроентероколіті були нижчі ніж, при коліті. Також при ентероколіті та гастроентероколіті кількість хворих серед чоловіків і жінок із показником систолічного тиску нижче 100 мм рт.ст. була значною.

Гематологічні показники у хворих при СШ набували наступних змін (табл. 6): середній об'єм еритроцитів (MCV) зменшувався незалежно від статі, вміст гемоглобіну в еритроцитах (MCH) збільшувався, ці зміни також не залежали від статі. Відбувалось збільшення концентрації гемоглобіну в еритроцитах (MCHC), але у жінок цей показник був нижчим, ніж у чоловіків. Стосовно гематокриту – він підвищувався в усіх хворих, більш значне підвищення спостерігалось у чоловіків. Загальна концентрація гемоглобіну в крові пацієнтів підвищувалась у порівнянні з нормою, за винятком жінок.

Проводячи подібні порівняння MCV, MCH, MCHC, гемоглобіну з показниками норми для чоловіків та жінок, отримуємо інші дані. Так, збільшення MCV не залежало від статі, MCH значно збільшувалось у жінок (P<0,01), залишаючись у нормі в чоловіків (норма 29,90±0,30 пг для жінок, 32,10±0,40 пг для чоловіків). З боку MCHC відбувалось його збільшення незалежно від статі (норма 313,29±2,15 г/л для жінок, 325,71±1,76 г/л для чоловіків). Показники гемоглобіну значно перевищували норму в жінок (P<0,01), а у

чоловіків не відрізнялись від норми (норма $118,27 \pm 1,81$ г/л – жінки, $137,44 \pm 1,63$ г/л – чоловіки).

Слід звернути увагу на те, що подібні зміни відбувались і при легкому перебігу СШ. MCV зменшувався при всіх клінічних формах та не залежав від них. MCH збільшувався незалежно від форми СШ, за винятком ентероколіту, при якому він був у нормі. MCHC збільшувався незалежно від клінічної форми хвороби. Значне збільшення гематокриту відбувалось лише при колітичній формі легкого ступеня. Концентрація гемоглобіну в крові збільшувалась лише при ентероколіті. При середньотяжкому та тяжкому перебігу СШ відбувались наступні зміни: зменшення MCV, збільшення MCH, MCHC, гематокриту, гемоглобіну. Подібні зміни не залежали від ступеня тяжкості та клінічної форми хвороби.

Вивчаючи інтегративні показники ендогенної інтоксикації (табл. 7), виявляли підвищення ЛП, ГП, ІЗЛК та зменшення Ілімф у всіх хворих. Слід відзначити, що ці показники були значно вищі у хворих на СШ жіночої статі (ЛП, ГП, ІЗЛК) і достовірно нижчий Ілімф. Підвищення ЛП, ГП відбувалось при всіх ступенях тяжкості, тоді як ІЗЛК при легкому ступені СШ не відрізнявся від норми. Ілімф не знижувався при легкому ступені ентероколітичної форми. Встановлена чітка прямопропорційна залежність показників ендогенної інтоксикації (ЛП, ГП, ІЗЛК) від ступеня тяжкості хвороби та зворотня залежність Ілімф, який найбільше знижувався при тяжкому перебігові СШ.

Співставляючи показники інтоксикації при різних клінічних формах легкого ступеня, не виявлено будь-яких особливостей, тобто відбувались помірні зміни – підвищення (ЛП, ГП) та зниження (Ілімф), які не залежали від клінічної форми. При середньому ступені тяжкості СШ прослідковується чітка залежність усіх показників, за виключенням Ілімф, від клінічної форми. Так, найменші зміни відбувались при колітичній формі, поступово збільшуючись при ентероколіті та досягаючи максимуму при гастроентероколіті. Тяжкий перебіг СШ супроводжувався також подібними змінами лише з тією різницею, що при ентероколіті та гастроентероколіті показники досягали максимальних змін і не залежали від клінічної форми, за винятком ІЗЛК, який послідовно збільшувався.

Аналізуючи залежність інтенсивності ознак хвороби (рис. 1) від ступеня тяжкості, встановлено чітку, пряму, достовірну залежність ступеня підвищення температури тіла, частоти випорожнень від тяжкості перебігу СШ. Частота блювання не залежала від тяжкості хвороби і була однакової інтенсивності при всіх ступенях. Хоча частота виявлення гепатомегалії залежала від ступеня тяжкості шигельозу, але це не відбивалось на ступені збільшення печінки за винятком тяжкого перебігу, при якому вона значно збільшувалась.

Особливо показовими були зміни зі сторони серцево-судинної системи (рис. 2). Виявлена чітка залежність частоти серцевих скорочень від ступеня тяжкості, виражена тахікардія спостерігалась при тяжкому перебігу. Достовірно зниження систолічного показника артеріального тиску відбувалось і при середньому, і при тяжкому ступені СШ та мало зворотну залежність. Кількість хворих, у яких систолічний показник тиску був нижче 100 мм рт.ст., залежала від ступеня тяжкості та була найбільшою при тяжкому перебігу хвороби. Зниження діастолічного показника артеріального тиску реєструвалось лише при тяжкому ступені СШ.

Підсумовуючи вищевикладене можна зробити висновок, що при спорадичній захворюваності на Ш спостерігається періодичність та літньо-осіння сезонність. Шигельоз супроводжується ураженням в однаковій мірі, як чоловіків так і жінок. Більшість пацієнтів була у віці до 30 років. Чоловіки, що захворіли, були молодші за жінок і раніше звертались за стаціонарною допомогою.

Основними шляхами передавання були харчовий та контактнo-побутовий. Більше третини хворих при СШ не могли вказати ні на шлях ні на фактор передавання. Факторами передавання в основному були свіжомолочні продукти. Основні етіологічні чинники при СШ це *Sh. sonnei* та *Sh. flexneri*. У пацієнтів жіночої статі, як етіологічний фактор, переважала *Sh. flexneri*.

У більшості обстежених встановлено середньотяжкий ступінь Ш. Відмічається переважання при середньому ступені тяжкості хворих жінок, при легкому - чоловіків. У більшості випадків діагностовано колітичну форму хвороби. Вона також частіше реєструвалась у пацієнтів чоловічої статі.

Легкий ступінь СШ перебігав у чоловіків з більш різноманітною симптоматикою, переважала кількість хворих з гепатомегалією, гіпотензією, тахікардією, спазмом сигмоподібної кишки. Вираженість клінічної симптоматики відповідала загальноприйнятими нормам для легкого перебігу СШ та не залежала від статі хворих. Клінічна симптоматика була характерною для клінічних форм шигельозу та не залежала від статевої приналежності пацієнтів.

При середньому ступені СШ найбільша частота клінічних симптомів реєструвалась у хворих з гастроентероколітичною формою хвороби. Вираженість та частота клінічної симптоматики не залежала від статі та клінічної форми, за винятком гіпотензії більш вираженої у чоловіків.

Найбільша частота клінічних симптомів при тяжкому перебігу СШ реєструвалась у пацієнтів з гастроентероколітичною формою. Виявлена залежність частоти клінічних ознак від статі, вона була значною у жінок. Вираженість симптоматики переважно не залежала від клінічної форми за винятком гіпотензії, більш вираженої при гастроентероколіті та ентероколіті.

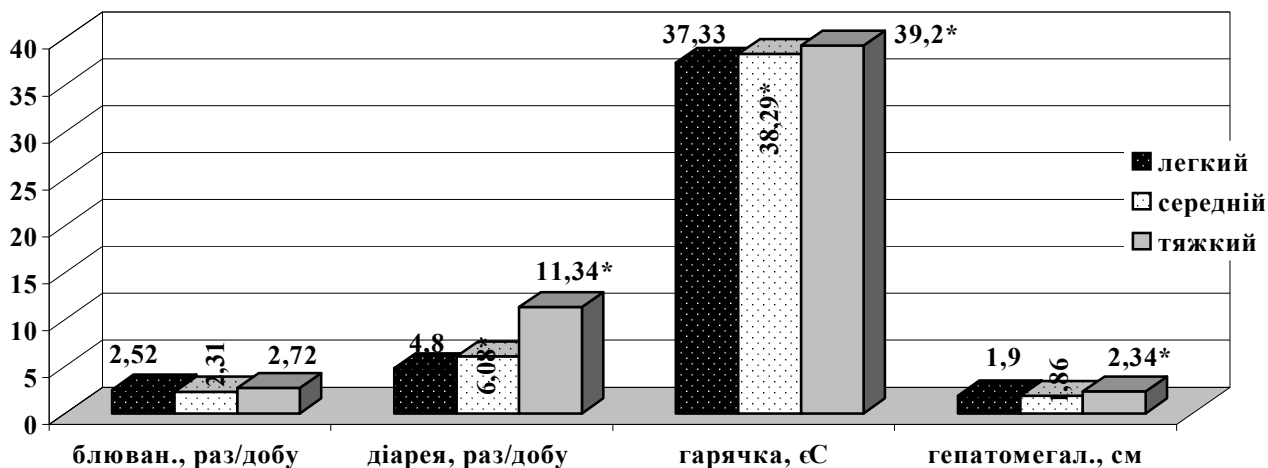


Рисунок 1 - Вираженість клінічної симптоматики при різних ступенях тяжкості СШ

Примітка. * - показник вірогідності відхилень відносно іншого ступеня тяжкості.

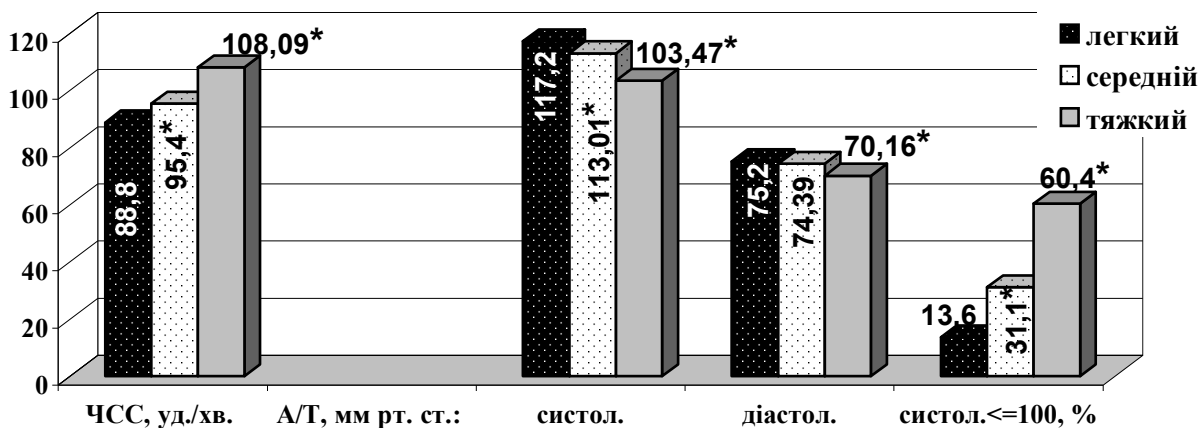


Рисунок 2 - Вираженість змін зі сторони серцево-судинної системи при різних ступенях тяжкості СШ

Примітка. * - показник вірогідності відхилень відносно іншого ступеня тяжкості.

Таблиця 6

Гематологічні показники в гострому періоді СШ залежно від ступеня тяжкості та клінічної форми

Показники	Норма	Ступінь тяжкості, клінічна форма (M±m)														
		Усі, n=2314			Легкий, n=817			Середній, n=1174				Тяжкий, n=323				
		Усі хворі	Чоловіки	Жінки	Усі хворі	К	ЕК	ГЕК	Усі хворі	К	ЕК	ГЕК	Усі хворі	К	ЕК	ГЕК
MCV, мкм	88,32±0,47	83,32±0,32 *	83,20±0,28 *	83,42±0,39 *	81,68±0,78 *	81,99±0,94 *	82,32±0,81 *	83,64±0,98 *	83,20±0,30 *	81,00±0,84 *	83,09±0,75 *	82,96±0,42 *	82,03±0,31 *	82,59±0,29 *	83,25±0,54 *	81,44±0,47 *
MCH, пг	30,45±0,24	31,65±0,16 *	31,28±0,19 *	31,74±0,21 *	31,89±0,51 *	32,81±0,65 *	30,64±0,78	31,45±0,40 *	31,86±0,19 *	31,61±0,29 *	31,86±0,41*	33,04±0,25 *	32,63±0,32 *	31,64±0,41 *	32,28±0,56 *	34,36±0,49 *
MCHC, г/л	316,39±1,59	329,04±0,56 *	331,26±0,85 *	326,85±0,79*,**	328,87±1,32 *	329,14±1,24 *	331,01±1,11 *	330,11±0,99 *	330,24±0,65 *	326,04±0,93 *	328,64±1,28 *	334,37±1,04 *	330,09±0,92 *	331,01±0,98 *	333,09±1,29 *	335,44±1,31 *
Ht, л/л	0,39±0,004	0,41±0,003 *	0,42±0,004 *	0,41±0,002 *	0,41±0,008 *	0,41±0,007 *	0,40±0,009	0,39±0,008	0,41±0,006 *	0,41±0,003*	0,41±0,007*	0,41±0,007 *	0,41±0,006 *	0,41±0,004 *	0,41±0,008 *	0,42±0,009 *
Hb, г/л	126,11±1,6	131,45±1,07 *	136,06±1,01 *	126,68±1,15 **	133,87±2,08 *	130,11±2,44	132,66±2,13 *	129,16±2,01	131,67±1,07 *	131,49±1,77 *	131,47±1,61 *	134,42±1,62 *	130,59±1,38 *	130,91±1,45 *	131,31±1,54 *	130,34±1,49 *

Примітка. Показники вірогідності відхилень: * - відносно норми; ** - відносно даних у чоловіків.

Таблиця 7

Інтегративні показники ендогенної інтоксикації при СШ у гострому періоді залежно від ступеня тяжкості та клінічної форми

Показники	Норма	Ступінь тяжкості, клінічна форма (M±m)														
		Усі, n=2314			Легкий, n=817			Середній, n=1174				Тяжкий, n=323				
		Усі хворі	Чоловіки	Жінки	Усі хворі	К	ЕК	ГЕК	Усі хворі	К	ЕК	ГЕК	Усі хворі	К	ЕК	ГЕК
ЛШ	0,70±0,05	1,91±0,06 *	1,64±0,06 *	2,19±0,11 *	1,26±0,03 *	1,28±0,03 *	1,15±0,08 *	1,25±0,07 *	1,99±0,08 *	1,40±0,05 *	2,0±0,10 *	2,84±0,11 *	3,20±0,13 *	2,85±0,16 *	4,99±0,19 *	4,83±0,23 *
ГШ	0,70±0,05	2,29±0,09 *	1,94±0,09 *	2,66±0,13 *	1,37±0,04 *	1,41±0,03 *	1,16±0,09 *	1,38±0,09 *	2,39±0,09 *	1,56±0,06 *	2,45±0,11 *	3,58±0,13 *	4,19±0,16 *	3,67±0,19 *	6,89±0,24 *	6,26±0,28 *
ІЗЛК	1,53±0,07	3,78±0,12 *	3,34±0,13 *	4,34±0,21 *	1,58±0,09 *	1,60±0,08	1,49±0,09	1,75±0,11	4,04±0,26*	3,90±0,21*	3,38±0,16*	5,0±0,18*	5,44±0,22*	5,01±0,18 *	5,61±0,19 *	6,31±0,29 *
Лімф	0,587±0,03	0,289±0,02*	0,331±0,02 *	0,251±0,03 *	0,503±0,03 *	0,498±0,02 *	0,561±0,04	0,411±0,02 *	0,231±0,02 *	0,261±0,04 *	0,240±0,02 *	0,231±0,03 *	0,139±0,01	0,144±0,01	0,138±0,01	0,121±0,02

Примітка. Показники вірогідності відхилень: * - відносно норми; ** - відносно даних у чоловіків; **5,28±0,27** - відносно даних усіх обстежених своєї групи; *** - відносно даних відповідних клінічних форм легкого ступеня; **** - відносно даних відповідних клінічних форм середнього ступеня; ***** - відносно даних інших клінічних форм відповідного ступеня тяжкості.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Андрейчин М.А. Шигельоз // Диагностика та лікування. - 2001. - № 3 – С. 33-37.
2. Васильев В.С., Комар В.И., Шейка М.И. Оценка тяжести интоксикации при острых инфекционных болезнях // Здравоохранение Белоруссии. – 1984. - №3. – С. 46-49.
3. Гебеш В.В., Сухов Ю.О. Захворюваність шигельозами та їх наслідки // Международ. науч.-практ. конф. инфекцион. и эпидем. Украины 27-29.05.1998 г.: Сб. науч. тр. – Киев. - 1998. – С. 151-152.
4. Исаков В., Архипов Г. Эффекты циклоферона при кишечных инфекциях // Врач.- 2002. – №6.- С. 42-44.
5. Кальф-Калиф Я.Я. О лейкоцитарном индексе интоксикации и его практическом значении // Врачебное дело. - 1941. -№1. - С.31-35.
6. Сергевнин В.И., Сармометов Е.В., Сквородин А.Н. Водные вспышки дизентерии Зонне не миф, а реальность // Русс. мед. сервер – Эпидем. и инфекцион. бол. – Водн. 2003. – С. 1-3.
7. Чемич М.Д., Бутко В.А. Вплив антибактеріальної терапії на перебіг гострої дизентерії // Вісник СумДУ.- 2001.- № 11(32).- С. 71-75.
8. Ющук Н.Д., Бродов Л.Е. Острые инфекционные диареи // Российс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопрокт. – 2000. - №6. – С. 22-27.

УДК: 616.926 – 07 – 036.22:579.842.15

Н.Д.Чемич

**Клинико-лабораторные
эпидемиологические
современного течения шигеллеза при
спорадической заболеваемости**

Обследовано 2314 больных шигеллезом. Заболевания носили спорадический характер. Бактериологическое и серологическое подтверждение диагноза осуществлено в 94,3 % случаях. Среди возбудителей преобладали Sh. sonnei и Sh. flexneri. Установлены характерные клинические, эпидемиологические и лабораторные признаки для различных клинических форм и степеней тяжести спорадического шегеллеза.

UDK: 616.926 – 07 – 036.22:579.842.15

N.D. Chemych

**Clinical, Laboratory and Epidemiology
Features of Modern Course of Shigellosis at
Sporadic Morbidity**

2314 patients with shigellosis were examined. The diseases were carried sporadic. Bacteriological and serologic confirmation of diagnosis was proved in 94,3 % cases. Sh. sonnei and Sh. flexneri prevailed over other causative agents. Typical clinical, epidemiology and laboratory signs were set for different clinical forms and degrees of danger of sporadic shigellosis severity.