

ПОЄДНАНІ  
ІНФЕКЦІЙНІ ТА  
ПАРАЗИТАРНІ  
ХВОРОБИ

8-9 жовтня  
2009 року,  
м. Чернівці

Матеріали Конгресу  
до 122-річчя  
від народження  
академіка  
Л.В. Громашевського



(Донецька, Харківська, Луганська, Одеська, Вінницька, Запорізька, м. Київ) показники захворюваності впродовж зазначеного періоду виявились значно вищими за середні по країні. Але в більшості областей показники захворюваності були значно менші, ніж по Україні, а в Чернівецькій області за 5 років ерсиніози не реєструвалися взагалі. Така відсутність зареєстрованих випадків захворювань на ерсиніози викликає певні сумніви.

У Запорізькій області щорічно реєструються захворювання на кишковий ерсиніоз, так, в окремі роки показники захворюваності перевищували середньорічні в Україні: у 2004 р. – 0,19 на 100 тис. населення в Україні і 0,21 – по області; у 2005 р. – відповідно 0,23 і 0,59; у 2006 р. – 0,17 і 0,21. У 2007 р. в області зареєстровано 7 випадків захворювань на кишковий ерсиніоз.

Лабораторна діагностика ерсиніозів серед хворих проводиться спеціалістами бактеріологічних лабораторій лікарень і санітарно-епідеміологічних станцій, відповідно до методичних рекомендацій (Київ, 1984; Москва, 1988), за допомогою бактеріологічного та серологічного методів. В останні роки в діагностиці ерсиніозів перше місце належить серологічному методу (РПГА), а не бактеріологічному. Показники виявлення при обстеженні серологічним методом значно перевищують показники бактеріологічних досліджень – 4,4 і 0,2 % відповідно. Так, за останні 5 років при обстеженні 3 479 хворих у 250 (7,2 %) осіб виявлено позитивну реакцію з ерсиніозним еритроцитарним діагностикомом, діапазони титрів варіювали від 1:100 до 1:204 800. Серед цієї групи хворих у 160 (64,0 %) осіб при повторному дослідженні спостерігалось підвищення титрів антитіл у 2-4 рази. Рівень титрів антитіл 1:400 і вище реєструвався у 93 (37,2 %) хворих у РПГА з кишково-ерсиніозними діагностикомом та у 7 (2,8 %) – з псевдотуберкульозним діагностикомом, але обстеження в більшості випадків проводилось одноразово. Бактеріологічне обстеження цієї групи хворих мало позитивний результат лише у 5 випадках – було виділено культури *Y. enterocolitica* (при тому, що в області за період з 2004 по 2008 рр. зареєстровано 27 випадків захворювань на кишковий ерсиніоз). Така недостатня ефективність бактеріологічного методу дослідження зумовлена багатьма причинами, серед яких тривалість (до 15-21 доби) і складність дослідження, відсутність

ефективних поживних середовищ. Також відомо, що культуру можна отримати при умові, якщо в досліджуваному матеріалі знаходиться велика кількість життєздатних форм ерсиній ( $>2 \times 10^4$  клітин).

Ерсиніоз є не тільки медичною проблемою, а й соціальною. Необхідність подальшого вивчення збудників ерсиніозів і удосконалення існуючих методів їх діагностики вельми актуальні і не залишають сумнівів.

К.С. Полов'ян, О.М. Чемич, С.Д. Бончев, С.О. Коломійченко

### ФАКТОРИ РИЗИКУ ПЕРЕБІГУ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ

Університет, Медичний інститут, м. Суми

В Україні спостерігається погіршення епідемічної ситуації щодо гострих кишкових інфекцій, спричинених патогенною та умовно-патогенною флорою. Це дуже часто пов'язано зі змінами умов праці, харчування, санітарної культури населення.

Мета роботи – дослідити клініко-епідеміологічні особливості перебігу сальмонельозу у хворих, госпіталізованих у Сумську обласну клінічну інфекційну лікарню ім. З.Й. Красовицького за період 2006-2008 рр.

Проаналізовано анамнез, об'єктивні клінічні дані, лабораторні показники (інтегративні показники ендогенної інтоксикації: лейкоцитарний індекс інтоксикації – ЛІІ, гематологічний показник інтоксикації – ГПІ, індекс зсуву лейкоцитів – ІЗЛК, лімфоцитарний індекс – ЛіІм; показники ШОЕ, лейкоцитозу).

Обстежено, проаналізовано і статистично оброблено 117 медичних карт хворих на сальмонельоз, з яких було 54 (46 %) жінки і 63 (54 %) чоловіки. Середній вік склав  $(42,8 \pm 18,1)$  року. Більшість хворих звертались за медичною допомогою на другий день від початку захворювання; переважали особи, госпіталізовані за направленням швидкої медичної допомоги – 98 (84,0 %). Серед госпіталізованих більшість склали хворі зі середньотяжким перебігом – 85,5 %. Тяжкий стан (у 14,5 %) в основному супроводжувався зневодненням II ступеня. Гастроентеритна форма сальмонельозу складала 52,0 %, гастроентероколітна – 34,0 %, ентероколітна – 14,0 %. За результатами бактеріо-

логічного дослідження випорожнень хворих, у 94,0 % випадків сальмонельоз був спричинений *Salmonella enteritidis*, у 6,0 % – *S. typhimurium*.

Проаналізовано структуру супровідної патології шлунково-кишкового тракту і гепатобіліарної системи у хворих на сальмонельоз. Супровідна патологія виявлена в 56 (47,9 %) пацієнтів. Хронічний гастродуоденіт був у 13 (11,0 %) випадках, хронічний панкреатит – у 4 (3,4 %). В 11 (9,4 %) хворих діагностовано дискінезію жовчовивідних шляхів, хронічний холецистит – у 15 (12,8 %). У 4 (3,4 %) хворих сальмонельоз перебігав на тлі хронічного гепатиту В, у 2 (1,7 %) – хронічного гепатиту С. Токсичний гепатит спостерігався у 5 (4,2 %) пацієнтів, стеатогепатоз – у 2 (1,7 %).

На початку лікування ЛПІ склав 7,28; ГПІ – 5,86; ІЗЛК – 4,61; Ілім – 0,29; середні значення ШОЕ і кількість лейкоцитів становили відповідно 14,2 мм/год і  $8,21 \times 10^9$  /л.

Усім хворим було призначено регідратативні, ферментні, антибактерійні препарати (норфлораксацин), ентеросорбенти. При виписці зі стаціонару ЛПІ знизився до 1,5; ГПІ склав 1,87; ІЗЛК – 2,07, Ілім – 0,64. Після проведеного лікування ШОЕ зросла до 15,2 мм/год, кількість лейкоцитів незначно знизилась до  $7,08 \times 10^9$  /л.

На тлі лікування у хворих спостерігали зникнення блювання на  $(2,3 \pm 1,5)$  добу, болю в животі на  $(5,1 \pm 2,6)$  добу, випорожнення нормалізувались на  $(6,6 \pm 3,0)$  добу, температура тіла знижувалась до нормальних значень на  $(3,7 \pm 1,5)$  добу, спазм сигмоподібної кишки зникав на  $(3,1 \pm 1,8)$  добу. Середній ліжко-день склав  $10,1 \pm 2,7$ .

Таким чином, можна зробити висновок про те, що на Сумщині випадки сальмонельозу переважно зумовлені *S. enteritidis*; частіше хворіють особи середнього віку, наявність супровідної патології шлунково-кишкового тракту і гепатобіліарної системи є обтяжуючим фактором перебігу недуги.

О.К. Полукчи, В.В. Кондратюк

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЕШЕРИХІОЗУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Медична академія післядипломної освіти,  
Військово-медичний клінічний центр Північного регіону,  
м. Харків

Метою нашої роботи була клініко-лабораторна оцінка перебігу гострого ешерихіозу, що спричинений ентероінвазивною кишковою паличкою O124 при епідемічному спалаху у військовій частині.

Спостерігали 50 хворих на гострий ешерихіоз, які перебували на стаціонарному лікуванні у Військово-медичному клінічному центрі м. Харкова. Це були чоловіки, військово-службовці строкової служби віком від 18 до 20 років. Діагноз підтверджено клініко-епідеміологічно і бактеріологічно у 16 (32 %) хворих і клініко-епідеміологічно у 34 (68 %). Спалах захворювання був пов'язаний із вживанням недоброякісної питної води (індекс бактерій групи кишкової палички (БГКП) – 23 КУО, норма – до 3 КУО; загальне мікробне число води – 155, норма – до 100). Усі хворі були госпіталізовані в 1-у добу захворювання.

Основну групу склали пацієнти з легким перебігом ешерихіозу – 47 (94 %), середньої тяжкості перебіг був у 3 (6 %). Тяжкого перебігу хвороби в жодного пацієнта не відзначали. Серед форм захворювання у більшості випадків переважав ентероколітний варіант – 45 (90 %) пацієнтів, гастроентероколітний варіант ешерихіозу реєстрували у 5 (10 %).

Серед клінічних симптомів переважали симптоми ентероколіту: метеоризм, спазм сигмоподібної кишки, діарея від 3 до 10 разів за добу. Такі симптоми спостерігалися майже в усіх пацієнтів. Значно рідше зустрічались симптоми інтоксикації: біль голови (14 %), слабкість (54 %), запаморочення (6 %). Підвищення температури тіла до субфебрильних цифр було встановлене у 12 (24 %) пацієнтів. Больовий синдром різної інтенсивності виникав практично в усіх пацієнтів з локалізацією переважно в мезогастрії – у 50 % осіб. Ознаки гастриту (нудота, тяжкість в епігастрії) спостерігали у 10 % хворих. Блювання було лише у 2 (4 %) пацієнтів. Синдром спазму кишок