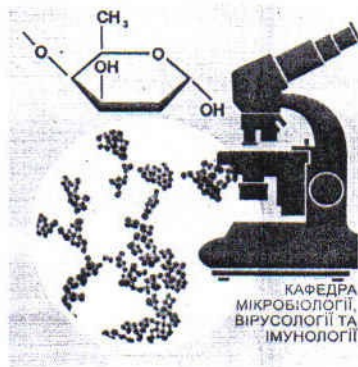




ШПИТАЛЬНІ ІНФЕКЦІЇ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ

МАТЕРІАЛИ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ



11-12 грудня 2008 року
м. Харків

СПАЛАХ НОЗОКОМІНАЛЬНОГО ШИГЕЛЬОЗУ

ЧЕМИЧ М.Д., ІЛЬІНА Н.І., ЗАХЛЄБАЄВА В.В.

Сумський державний університет, кафедра інфекційних хвороб, м. Суми

В наш час шигельоз займає одне з провідних місць у структурі гострих кишкових інфекційних захворювань. Епідемічний процес при шигельозі характеризується різною інтенсивністю – від спорадичних випадків до епідемічних спалахів. Випадки внутрішньолікарняних спалахів шигельозу внаслідок санітарно-профілактичних і протиепідемічних заходів, а також підвищення санітарної культури населення в останні роки зустрічаються не так часто, однак щорічно реєструються у різних регіонах України.

В одному із санаторіїв Сумської області зареєстрований спалах гострої кишкової інфекції. Всі хворі пов'язували захворювання з вживанням на вечерю солодкого сиру. Захворіло понад 80 осіб. У всіх хворих відмічався раптовий початок хвороби, підвищення температури тіла, блювання, діарея.

В інфекційне відділення було госпіталізовано 87 хворих у віці від 7 до 32 років, середній вік яких склав $13,9 \pm 0,8$ року. З них осіб жіночої статі було 67 %, чоловічої – 33 %. Переважна більшість хворих (96 %) була госпіталізована в перші два дні захворювання.

При госпіталізації 74 % пацієнтів скаржилися на біль у гіпогастрії, 51 % – переймоподібні болі внизу живота, 43 % - несправжні позиви на низ. У 76 % хворих був головний біль, 84 % - скаржились на слабкість, 43 % - на запаморочення. Підвищення температури тіла спостерігалось у всіх хворих у середньому до $(37,9 \pm 0,1)^{\circ} \text{C}$.

Частота випорожнень коливалась у межах від 2 до 10 на добу ($3,0 \pm 0,2$). У 86 % хворих було блювання. Майже у всіх осіб відмічалися

тахікардія та гіпотонія. У 75,4 % хворих у калі наявний слиз, у 34 % - домішки крові. Спазм сигмоподібної кишки виявлений у 73,7 % осіб.

При лабораторному обстеженні в копрограмі хворих виявлені домішки слизу, лейкоцити, еритроцити. У клінічному аналізі крові - лейкоцитоз ($10,7 \pm 0,5$) $\times 10^9$ /л; нейтрофіліоз, ШОЕ в межах норми.

На підставі клініко-епідеміологічних та лабораторних даних хворим був виставлений діагноз: гострий шигельоз.

Проведене бактеріологічне дослідження випорожнень дозволило підтвердити діагноз у 80,7 % випадків - була виділена *Sh. sonnei*. Решті хворих діагноз виставлено клініко-епідеміологічно.

Хворим проведено адекватне лікування з урахуванням ступеня тяжкості хвороби: регідратаційна терапія за допомогою перорального регідратанта - регідрону - всім хворим; інфекційна терапія з використанням сольових розчинів (39 % хворих); ентеросорбенти, пробіотики (лінекс). З етіотропних середників призначався норфлоксацин.

Зникнення клінічної симптоматики відбувалось на третю добу (3 ± 0,2). Всі хворі були виписані у задовільному стані. Тривалість перебування в стаціонарі склала ($5,9 \pm 0,4$) ліжко-дня.

Таким чином, в епідемічний спалах гострого шигельозу було втягнуто переважно дітей. Із клінічних варіантів гострого шигельозу переважав гостроентероколітний середнього ступеня тяжкості. Епідемічний спалах мав усі риси, притаманні харчовому. Етіологічним фактором були *Sh. sonnei*, фактором передавання - солодкий сир.

ХОЛЕРА НА СУМЩИНІ СПРИЧИНЕНА *V. CHOLERAE O139*

ЧЕМИЧ М.Д., ТРОЦЬКА І.О., ШЬІНА Н.І.

Сумський державний університет, кафедра інфекційних хвороб, м. Суми

Протягом усієї історії людство час від часу потерпало від руйнівних спалахів холери. В Україні також були зафіксовані великі епідемічні спалахи холери: 1970-1973 р.р., 1991 р., 1994 р., 1995 р. Рахується, що спалахи відбулися внаслідок завезення захворювання. В 1992 році в Бангладеш виявлена нова серогрупа (генетично похідна біотипу *E1-Tor*), що викликала значну епідемію. Ця серогрупа, позначена *V. cholerae O139 Bengal*, зараз виявлена в 11 країнах. Досі неясно, чи відбудеться розповсюдження *V. cholerae O139* на інші регіони. Протягом останніх десятиліть в Індії щорічно реєструється від 2527 до 7151 випадків холери, в тому числі викликаних *V. cholerae O139*. Щорічно відбувається завезення холери у Європу, але, як правило, захворювання не набуває епідемічного розповсюдження.

4 квітня 2007 року в мешканки с. Битиця Сумського району, яка повернулася з Індії, встановлено попередній діагноз: гостра кишкова інфекція, холера? При збиранні анамнезу хвороби встановлено, що хвора К., 1981 року народження, захворіла гостро. 03.04.2007 р. під час перельоту з Делі в Київ з'явився пронос (тричі за 7 годин). Калові маси водяні. Наступні 19 годин - діарея відсутня. 04.04.2007 р. відновлюється пронос - випорожнення водяні, світлого кольору, з домішками слизу у вигляді пластивців. Стілець багаторазовий (не піддається підрахунку). Приднується виснажливе блювання до 10 разів за 5 годин, блювотиння - водяне, світлого кольору з пластивцями слизу. Блювання не супроводжувалося нудотою. Швидко наростала слабкість, з'явилось

запаморочення, мерзлякуватість, підвищення температури до 37,4 °С, відчуття зтерпання рук і ніг. З метою лікування приймала таблетки, назву вказати не може. Протягом 2-х годин з моменту сповіщення про захворювання на холеру розгорнуто холерний госпіталь, ізолятор, провізорне відділення, задіяна лабораторна база, організована воєнізована охорона. Хвора доставлена в розгорнуто шпитальну базу ОНІ.

Визначені контактні за місцем проживання. 4.04 у сімейному епідосередку відібрані на наявність збудника холери змиви з кухонного посуду, предметів загального вжитку, проби з екзотичних фруктів, привезених з Індії, проби питної води. Результати негативні.

Епідеміологічний анамнез. Знаходилась з 04.12.2006 року по 03.04.2007 року в Індії, у містах Гоа, Гакарна, Делі. У друга хворої 02.04.07 року був пронос, лікувалась самостійно. В Україну прибула на літаку (рейс - Делі-Київ), переліт з 2⁴⁵ до 10³⁰ 03.04.07 року. Вийшла з аеропорту Бориспіль о 14³⁰, прибула в Суми о 17³⁰ (маршрутне таксі), у село Битиця - о 18⁰⁰ (таксі).

При огляді хворої: 04.04.07 р., 16⁰⁵, температура тіла 36,5 °С, стан хворої тяжкий, різко виражена слабкість. Шкірні покриви, слизові оболонки сухі. Тургор незначно порушений. Живіт звичайної форми, болючий при пальпації в гіпогастрії (3 доба менструації). Печінка виступає на 0,5 см з-під краю реберної дуги. Селезінка не збільшена. Межі серця в нормі. Тони серця послаблені гучності, ритмічні. Пульс 96 за хв., ритмічний, АТ 90/60 мм рт.ст. У легенях - без особливостей. Кал водяний, світло-жовтого кольору, з домішками пластивців слизу, без запаху, об'єм 450 мл. При зважуванні встановлено втрату 1,5 кг маси тіла. Встановлено діагноз: холера (клінічно, епідеміологічно), тяжкий перебіг, зневоднення II ступеня. Рекомендовано: обстеження відповідно до наказу МОЗ України від 30.05.1997 р. № 167; ведення хворої за принципом інтенсивної терапії; регідратація (перорально і внутрішньовенно) з урахуванням втрат рідини;

етіотропна терапія (норфлоксацин 0,4 двічі на день, 5 днів); лінекс 2 капсули тричі на день; мезим-форте.

Проведено лабораторне обстеження: бактеріологічне дослідження калу - забір 04.04.07 р. о 16⁰⁰ - *Klebsiella oxytoca* 5 $\times 10^6$ /г, 04.04.07 р. о 16³⁰ - результат негативний. РА з виділеною аутокультурою *Kl. oxytoca* від 07.04.07 р. - негативна, 16.04.07 р. - 1:80. Пацієнтка виписана на 12-й день перебування в стаціонарі з видужанням.