

виділення з носа, гіперемія і набряклість слизової оболонки ротоглотки, зернистість задньої стінки глотки. Можлива гіперемія обличчя, шиї, верхньої частини грудної клітки. Часто збільшені підщелепні і задньошийні лімфатичні вузли. Захворювання короткочасне (2-5 днів) і має доброякісний перебіг. Зневоднення не розвивається.

Вірусні діареї, які викликаються дрібними вірусами (кальцивірусами, астровірусами, групою Норфолк тощо), мають перебіг у вигляді гастроентериту з помірною інтоксикацією. Випорожнення рідкі, водяві, можуть бути домішки слизу. Температура тіла субфебрильна або нормальна. Зневоднення розвивається рідко.

Діагностика вірусних діарей ґрунтується на клініко-епідеміологічних даних (епідеміологічний анамнез, сезонність, наявність, крім диспепсичного синдрому, катару верхніх дихальних шляхів). З метою лабораторного підтвердження діагнозу використовують зараження матеріалом від хворого (змиви з носоглотки, фекалії) культур клітин і новонароджених мишей з подальшим типуванням вірусів у РН, РНГА. Можна виявляти віруси за допомогою електронної мікроскопії у випорожненнях хворого. Застосовується серологічна діагностика (РН, РЗК, РГГА, РНГА, ІФА). Діагноз вважається підтвердженим при підвищенні титру специфічних антитіл у 4 рази і більше.

Л.П. Кулеш

## **КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ ПРИ ЕПІДЕМІЧНОМУ СПАЛАХУ**

Обласна клінічна інфекційна лікарня, м. Суми

За останні три роки у м.Суми відмічається зниження захворюваності на сальмонельоз, яка складає у 1998 - 20,0, у 1999 - 18,1 та у 2000 - 16,6.

У липні 2000 року був зареєстрований спалах сальмонельозу в с. Підліснівка Сумського району. Близько 60

осіб захворіли на сальмонельоз, з них 28 були госпіталізовані в СОКІЛ (10 чоловіків, 18 жінок). Захворювання переважно були середнього ступеня тяжкості - 21 (75%) хворий, у 4 (14%) спостерігали тяжкий перебіг, у 3 (11%) - легкий. Гастроентеритичний варіант відмічався у 15 осіб (53,5%), гастроентероколітичний - у 11 (39%), ентеритичний - у 2 (7,5%). У 82% діагноз було підтверджено бактеріологічно, виділена *S. enteritidis*.

У 14 хворих температура підвищувалася до 38<sup>0</sup>С, у 9 - до 39<sup>0</sup>С. У 13 чоловік спостерігались блювання, біль у животі - у 22, діарея до 10 разів на добу була у 20, більше 10 - у 8 хворих.

За 2000 рік у лікарні проліковано 9 випадків спорадичного сальмонельозу (5 чоловіків, 4 жінки). Гастроентероколітичний варіант встановлений у 6 (66,7%) випадках, гастроентеритичний у 3 (33,3%). У 3 хворих відмічено тяжкий перебіг, у 6 - середньої тяжкості. Біль у животі був у всіх хворих. Як етіологічний агент у 8 випадках виділена *S. enteritidis*, у 1 - *S. thymurium*. У 5 хворих температура підвищувалася до 38<sup>0</sup>С, у 3 - до 39<sup>0</sup>С.

При аналізі випадків спорадичної захворюваності виявлено, що 5 осіб вживали в їжу сирі яйця. При епідеміологічному розслідуванні спалаху сальмонельозу виявити джерело не вдалося, однак можливими факторами передачі були: копчена риба у 15 осіб, холодець - у 15, домашня ковбаса - у 16, паштет - 16.

У випадках спорадичної захворюваності хворим призначалася дієта № 4а, 4; патогенетична терапія: регідрон - 8 хворим, "Трисіль" - 1; етіотропна терапія: фуразолідон - 4 особам, поліміксін - 1, левоміцетин - 2, норфлуксацин - 1, поліміксін з левоміцетином - 1.

При спалаху сальмонельозу разом з оральною регідrataцією хворим з тяжким та середньотяжким перебігом проводилася парентеральна регідrataційна терапія ("Хлосіль", "Дисіль", розчин Рингера, 5% глюкоза). Двом хворим з вираженою інтоксикацією було призначено реополіглюкін.

Промивання шлунка проведено 13 хворим, очисну клізму – 25. 25 пацієнтам (з 28) було призначено препарат нітрофуранового ряду – фуразолідон, 1 хворому з тяжким перебігом та супровідною патологією (хронічний бронхіт) – норфлоксацин. 2 особам з легким перебігом антибактеріальна терапія не проводилася. Усі хворі одержували ферменти, радіолу рожеву (адаптоген). 1 хворий з тяжким перебігом приймав біфідобактерії.

На жаль, у лікарні були відсутні високоефективні сорбенти (особливо сунамол С, який містить в собі кальцій), а також еубіотики.

Всім хворим при виписуванні з стаціонару було рекомендовано приймати лактовіт, біфіформ.

Таким чином, перебіг сальмонельозу при епідемічному спалаху не відрізняється від такого самого при спорадичній захворюваності. Етіологічним фактором сальмонельозу протягом останніх років є в основному S.enteritidis.

Т.В.Зайченко

## **ЗАЛЕЖНІСТЬ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ХАРЧОВИХ ТОКСИКОІНФЕКЦІЙ ВІД ВИДУ ЗБУДНИКА**

Обласна клінічна інфекційна лікарня, м.Суми

Мета роботи - проаналізувати характер клінічних проявів харчових токсикоінфекцій залежно від збудника за даними СОКІЛ.

Останнім часом спостерігається зростання кількості гострих кишкових інфекцій, серед яких особливе місце займають харчові токсикоінфекції (ХТІ). Останні виникають при вживанні інфікованих харчових продуктів і часто обумовлені умовно-патогенною флорою.

Було проаналізовано 98 історій хвороб пацієнтів, що перебували на лікуванні в 1999-2000 рр. з приводу харчової токсикоінфекції. Серед них чоловіків - 52, жінок - 46; віковий склад пацієнтів: до 20 років - 18; 20-29 р. - 25; 30-39 р. - 23; 40-49 р. - 20; старше 50 р. - 12 чол.