

М.Д. Чемич

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ, КЛІНІЧНІ ТА ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІЧНОГО ШИГЕЛЬОЗУ

Сумський державний університет, кафедра інфекційних хвороб

*Проведено дослідження епідеміологічних, клінічних та лабораторних особливостей перебігу шигельозу при епідемічному спаласі, викликаному *Sh. sonnei*. У структурі уражених переважали діти. Обстежено 243 хворих у віці $24,99 \pm 1,04$. Серед госпіталізованих дорослих переважали жінки. Вивчено структуру 85 епідосередків. Встановлено, що основний шлях передавання - харчовий. Переважна кількість пацієнтів мала середньотяжкий ступінь шигельоза. Найчастіше діагностували гастроентероколітичну форму, яка переважала у жінок, у чоловіків – колітична. Виявлено також інші епідеміологічні, клініко-лабораторні особливості перебігу епідемічного шигельозу.*

Кишкові інфекційні захворювання є найактуальнішою проблемою інфекційної патології. Шигельоз займає в цій групі інфекційних хвороб чільне місце. Питання епідеміології, патогенезу, клініки, діагностики, лікування шигельозу вимагають постійного вивчення, формування нових підходів. Відбувається поступова зміна етіологічної структури шигельозу [1, 2]. Причини зміни етіології, а відповідно і причини еволюції шигельозного процесу залишаються недостатньо розкритими. Про це свідчать намагання прогнозувати близькі та віддалені напрямки змін епідемічного процесу і клінічного патоморфозу цього захворювання [3, 4, 5, 6]. Постійно реєструються епідемічні спалахи [7] із втягненням великої кількості людей: у Сумській області - 1996, 1999, 2000, 2001 роки. Залишаються недостатньо вивченими особливості перебігу епідемічного шигельозу.

Мета роботи – вивчити епідеміологічні, клінічні та лабораторні особливості сучасного перебігу епідемічного шигельозу.

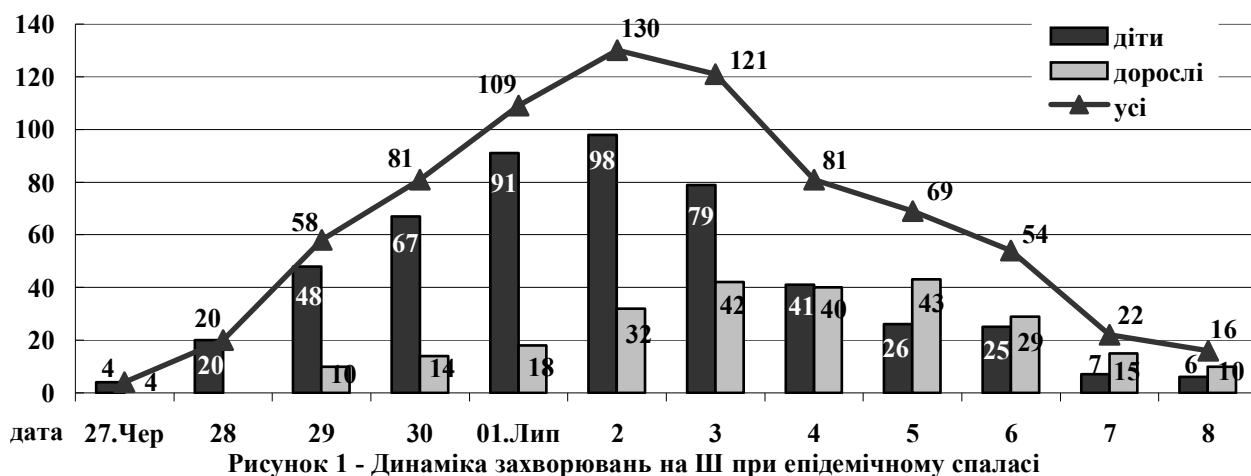
Матеріали та методи

Обстежено 243 хворих на шигельоз. Захворювання носили епідемічний характер. 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). Розраховували лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) за формулою Кальф-Каліфа [8], гематологічний показник інтоксикації (ГПІ), а

також індекс зсуву лейкоцитів крові (ІЗЛК) та лімфоцитарний індекс (Ілім) [9]. Аналіз результатів здійснювали на ЕОМ з використанням програми Microsoft Excel.

Результати та обговорення

Аналізуючи епідеміологічний спалах шигельозу (ЕШ), встановлено, що протягом 12 днів за медичною допомогою звернулось 765 осіб, з них 512 дітей та 253 дорослих. Госпіталізовано у стаціонари 654 особи, для 111 організовано стаціонар на дому. Як видно з рисунка 1 протягом 6 днів спостерігався стрімкий ріст кількості захворілих на ЕШ, найбільша кількість хворих звернулась за допомогою на 6 день від початку спалаху. У наступні 6 днів відбулось поступове зниження кількості захворілих на ЕШ із значним падінням на 11-й – 12-й дні. Слід відмітити, що при наростанні кількості хворих у щоденній структурі переважали діти і лише при значному зменшенні кількості захворілих з 9 дня починають переважати дорослі особи. В подальшому зберігалась ця тенденція та щоденно протягом місяця реєструвалось від 10 до 30 хворих на ЕШ.



Обстежено 243 хворих на ЕШ, середній вік $24,99 \pm 1,04$ роки, до групи включені дорослі пацієнти, у яких була відсутня в анамнезі супутня хронічна патологія органів травлення та інші захворювання. Діагноз ЕШ був встановлений на підставі епідеміологічних та клінічних даних, бактеріологічне підтвердження діагнозу здійснене у 230 (94,7%) пацієнтів. У всіх виділена *Sh. sonnei*. Найбільш вірогідно, що причиною масових захворювань на ЕШ стало споживання сметани АТ “ШММК”. Встановлено, що культури *Sh. sonnei*, виділені від хворих, носіїв, працівників молокозаводу та з сметани, ідентичні за культуральними, біохімічними, серологічними властивостями й антибіотикограмами.

Найбільший відсоток хворих на ЕШ звертався за стаціонарною допомогою в перший та другий дні захворювання незалежно від ступеня тяжкості, хоча при легкому перебігові в першу добу госпіталізовано більшу кількість хворих, ніж при середньотяжкому (перша доба - 46,6% та 40%, друга доба - 33% та 42,1% відповідно). Госпіталізація хворих при епідемічному спаласі Ш відбувалась в однакові терміни незалежно від ступеня тяжкості та статі. Так, при легкому ступені хворі поступали на стаціонарне лікування на

1,85±0,10 день від початку захворювання, чоловіки - на 1,70±0,13, жінки - на 1,97±0,15 дні. При середньотяжкому ступені відповідно на 1,86±0,08, 1,95±0,12 та 1,79±0,10 дні. Відсутня була також залежність терміну госпіталізації від клінічної форми. При колітичній формі ЕШ легкого ступеня хворі поступали у стаціонар на 1,98±0,18 день, при гастроентероколітичній формі - на 1,73±0,14, при ентероколітичній - на 1,89±0,28 дні. При середньотяжкому перебігові: на 2,00±0,13 день – колітична форма, 1,82±0,12 день – гастроентероколітична та гастроентеритична форми.

Факторами передачі при ЕШ, на які найчастіше вказували хворі, були сметана та інші молочні продукти у 145 обстежених, у кожного п'ятого це були фрукти та овочі, спожиті з додаванням сметани (47). Кожний десятий пацієнт вказував на контакт із подібними хворими (25). Контактували із подібними хворими переважно чоловіки з різним ступенем тяжкості ЕШ та жінки з легким перебігом. Незначна частина обстежених думала, що захворювання спричинили спожиті м'ясні продукти (6), некіп'ячена вода (2). Не вказували на будь який фактор передачі 18 хворих.

Зареєстровано 85 осередків, у яких було 173 хворих, індекс осередковості склав 0,11. При легкому ступені ЕШ було 34 осередка, що склало 33,0% від кількості захворілих даного ступеня або 14% від усіх. З них серед жінок –18 осередків (22,5%), серед чоловіків – 16 (37,2%). При середньотяжкому перебігу ЕШ зареєстровано 51 осередок, що склало 36,4% від кількості захворілих даного ступеня або 21,0% від усіх. З них серед жінок - 30 осередків (36,6%), серед чоловіків - 21 (36,2%).

Серед обстежених переважали хворі жіночої статі (142 або 58,4% жінок, 101 або 41,6% чоловіків). Середній вік коливався від 25,66±1,36 років у жінок до 24,02±1,52 років у чоловіків. Переважна кількість пацієнтів мала середньотяжкий перебіг ЕШ – 140 (57,6%) осіб, легкий ступінь встановлений у 103 хворих (42,4%). Слід звернути увагу на те, що статевий склад не залежав від ступеня тяжкості: 58,3% жінок при легкому перебігові шигельозу та 58,6% - при середньотяжкому, відповідно чоловіків 41,7% та 41,4%. При порівнянні вікової структури залежно від ступеня тяжкості та статі встановлено наступне: при легкому ступені така залежність відсутня (21,97±1,69 років – жінки, 27,07±2,47 років – чоловіки), при середньотяжкому пацієнти чоловічої статі були молодші (29,35±2,13 років – жінки, 20,97±1,77 років – чоловіки, P<0,001).

У хворих на ЕШ найчастіше діагностували гастроентероколітичну форму – в 109 (44,9%), колітичну – в 95 (39,1%), гастроентеритичну – в 21 (8,6%), ентероколітичну – в 18 (7,4%) пацієнтів. Аналізуючи залежність клінічної форми ЕШ від статі, встановлено переважну реєстрацію колітичної форми серед осіб чоловічої статі (47,5% чоловіків та 33,1% жінок), тоді як ентероколітична (3,9% чоловіків та 9,8% жінок) та гастроентеритична (5,0% чоловіків та 11,3% жінок) форма вдвічі частіше діагностувались у жінок.

Гастроентероколітична форма також частіше реєструвалась у пацієнтів жіночої статі (43,6% чоловіків та 45,8% жінок) .

Серед клінічних форм ЕШ при легкому ступені тяжкості найчастіше діагностували колітичну (38,8%) та гастроентероколітичну форми (34,0%), ентероколітичну вдвічі (17,5%), а гастроентеритичну в чотири рази (9,7%) рідше, ніж попередні форми. Звертає на себе увагу відсутність ентероколітичної форми при середньотяжкому перебігові, також значна кількість пацієнтів з гастроентероколітом (52,9%) та колітом (39,3%). Хворих з гастроентеритом була лише десята частина (7,8%). У чоловіків як при легкому, так і при середньотяжкому перебігові частіше, ніж у жінок була колітична форма шигельозу. Навпаки, гастроентерит виявляли частіше у жінок незалежно від ступеня тяжкості. Гастроентероколіт при легкому ступені частіше був у чоловіків, при середньотяжкому – у жінок.

Практично у всіх хворих легкого ступеня ЕШ незалежно від клінічної форми було підвищення температури (у 99,0% хворих), тахікардія (у 97,1%), діарея (у 97,1%). У $\frac{3}{4}$ пацієнтів виявляли больовий синдром, спазм сигми, слабкість. Кожен другий госпіталізований скаржився на головний біль, патологічні домішки у калі, у кожного п'ятого була збільшена печінка. При легкому ступені гастроентероколітичної форми Ш, крім закономірного, переважного реєстрування нудоти, блювання та болю в епігастрії, у цих хворих найбільш часто були скарги на запаморочення, підвищення температури, у всіх виявляли тахікардію. Найбільшу кількість скарг пред'являли хворі з колітом, у яких переважали діарея, біль у гіпогастрії, головний біль. А також частіше, ніж при інших клінічних формах, вони вказували на домішки слизу та крові в калі. Слабкість та біль у мезогастрії частіше відмічали хворі з ентероколітом. При об'єктивному обстеженні болі в животі, ознаки зневоднення, гарячку, лабораторно – домішки слизу та еритроцитів у калі виявляли у хворих з ентероколітом. Спазм сигми та наявність лейкоцитів у калі були більш характерні для осіб з колітом.

Вираженість клінічної симптоматики при легкому ступені ЕШ під час госпіталізації (табл. 1) не залежала від клінічної форми. Частота випорожнень коливалась від 5 до 6 разів на добу, підвищення температури було в межах 38°C , тахікардія не виражена. При вимірюванні артеріального тиску виявляли помірну гіпотензію, показники знаходились на одному рівні, за виключенням систолічного показника при гастроентероколіті, який був нижчим, ніж у хворих з колітом, хоча кількість пацієнтів з систолічним показником артеріального тиску нижче 100 мм рт.ст. була більшою при ентероколітичній та гастроентероколітичній формі. Збільшення печінки було помірним і не перевищувало 2 см. Вираженість клінічної симптоматики при легкому ступені ЕШ не залежала від статі та клінічної форми.

Вираженість клінічної симптоматики під час госпіталізації при легкому ступені ЕШ залежно від клінічної форми

Симптоми	Клінічна форма (M±m)			
	Усі хворі n=103	Коліт n=40	ЕК n=18	ГЕК n=45
Блювання, раз/добу	1,44±0,1			1,44±0,1
Діарея, раз/добу	5,40±0,22	5,29±0,24	5,64±0,30	5,37±0,24
Підвищення температури, °С	38,02±0,14	37,98±0,16	37,91±0,18	38,13±0,16
Тахікардія, уд./хв.	87,55±2,31	87,31±2,56	88,51±2,68	87,3±2,41
А/Т, мм рт. ст.: систолічний	113,18±2,11	117,25±2,46	108,44±2,01	110,85±1,98 *
діастолічний	72,54±1,78	73,89±1,97	70,11±1,68	71,85±2,08
систолічний ≤100, абс./%	23/22,3	5/12,5	5/27,8	13/28,9
Збільшення печінки, см	1,29±0,19	1,25±0,21	1,24±0,24	1,41±0,16

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

При епідемічному спаласі середньотяжкого Ш не реєструвалась ентероколітична форма. З клінічних симптомів у всіх хворих була діарея, гарячка, тахікардія. Серед скарг найчастіше зустрічались скарги на біль у гіпогастрії (у 82,1% хворих), слабкість (у 82,1%), головний біль (у 69,3%), запаморочення (у 60,7%). При об'єктивному огляді найчастіше виявляли больовий синдром при пальпації живота (у 90,7%), спазм сигмоподібної кишки (у 82,1%), наявність домішок слизу в калі (у 74,3%).

Гастроентероколіт супроводжувався у всіх хворих блюванням, нудотою, болями в епігастрії. У більшому відсотку випадків при цій формі ЕШ були скарги на біль у мезогастрії, головний біль, слабкість, запаморочення. При огляді частіше виявляли збільшення печінки, ознаки зневоднення. При коліті ж частіше виявляли притаманні цій формі симптоми: біль у гіпогастрії, спазм сигми, домішки у калі слизу, лейкоцитів, еритроцитів.

Ступінь вираженості клінічної симптоматики при середньотяжкому перебігу ЕШ (табл. 2) не залежав від клінічної форми за винятком підвищення температури, яке було значне у хворих з гастроентероколітичною формою. Слід відмітити, що у більшій половині хворих систолічний показник артеріального тиску був нижче 100 мм рт.ст.

Порівнюючи частоту виявлення клінічної симптоматики у жінок і чоловіків із середньотяжким перебігом ЕШ, встановили, що у порівнянні з чоловіками більша кількість жінок пред'являла всю масу скарг, за винятком болю в мезогастрії та наявності патологічних домішок у калі. Об'єктивна симптоматика також переважала у пацієнтів жіночої статі, лише спазм сигмоподібної кишки частіше виявлявся у чоловіків. Співставляючи відповідні клінічні форми у хворих різної статі, знаходимо більший відсоток скарг при гастроентероколіті у хворих чоловіків на нудоту, біль в епігастрії, домішки слизу і крові в калі, решта ж

скарг та об'єктивні зміни переважали у жінок. При коліті у чоловіків переважали скарги на болі в мезогастрії та гіпогастрії, патологічні домішки у калі, запаморочення. Проводячи внутрішньогруповий аналіз різних клінічних форм у хворих чоловіків, бачимо, що частота виявлення клінічних симптомів, особливо об'єктивних змін, переважає при коліті. У жінок при коліті кількість скарг була меншою, ніж при гастроентероколіті і, навпаки, об'єктивна симптоматика переважала при коліті.

Таблиця 2

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

Симптоми	Клінічна форма (M±m)		
	Усі хворі n=140	Коліт n=55	ГЕК n=85
Блювання, раз/добу	2,38±0,13		2,38±0,13
Діарея, раз/добу	8,41±0,19	8,60±0,24	8,20±0,20
Підвищення температури, °С	38,66±0,09	38,51±0,11	38,81±0,10*
Тахікардія, уд./хв.	91,67±1,43	90,49±1,55	92,84±1,81
А/Т, мм рт. ст.: систолічний діастолічний систолічний ≤100, абс./%	103,42±1,15	104,91±1,89	101,93±1,24
	65,71±1,49	66,0±1,52	65,43±1,28
	82/58,6	32/58,2	50/58,8
Збільшення печінки, см	1,92±0,15	1,79±0,14	2,06±0,18

Примітка. Показник вірогідності відхилень: * - відносно даних при коліті.

Ендогенна інтоксикація при ЕШ у загальної маси хворих була достатньо виражена, на що вказує підвищення інтегративних показників ЛШ, ГП, ІЗЛК, при чому в жінок ці показники досягали вищих значень, ніж у чоловіків. Ілімф, навпаки, знижувався у жінок більш інтенсивніше (табл. 3). Інтоксикаційний синдром при легкому ступені ЕШ за інтегративними показниками (ЛШ, ГП) був виражений лише при колітичній формі, при легкому ступені ентероколіту та гастроентероколіті зміни зі сторони формули крові були незначні. Середньотяжкий шигельоз супроводжувався вираженим інтоксикаційним синдромом, про що свідчило збільшення ЛШ, ГП, ІЗЛК та зменшення Ілімф у всіх хворих. Підвищення перших трьох інтегративних показників ендогенної інтоксикації було достовірним у порівнянні з відповідними клінічними формами легкого ступеня. Це ж стосується також Ілімф. При коліті середнього ступеня тяжкості інтегративні показники достовірно змінювались (ІЗЛК – підвищувався, а Ілімф – знижувався) відносно показників при гастроентероколіті.

Вивчаючи гематологічні показники в гострому періоді ЕШ (табл. 4), виявляємо зменшення об'єму еритроцитів у всіх хворих, яке не залежало від клінічної форми та ступеня тяжкості. Відбувалось також збільшення гемоглобіну, середньої концентрації гемоглобіну в еритроцитах у всіх хворих при легкій та середньотяжкій ступенях тяжкості шигельозу. Гематокрит підвищувався у хворих при коліті,

Таблиця 3

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

Показники	Норма			Ступінь тяжкості, клінічна форма (M+m)									
	Загальна	Чоловіки	Жінки	Усі, n=243			Легкий, n=103				Середній, n=140		
				Усі хворі	Чоловіки	Жінки	Усі хворі	Коліт	ЕК	ГЕК	Усі хворі	Коліт	ГЕК
ЛП	0,70± 0,05	0,73± 0,06	0,68± 0,08	1,16± 0,08*	1,01± 0,08*	1,31± 0,09* **	0,79± 0,04	0,89± 0,04*	0,73± 0,07	0,72± 0,05	1,74± 0,08*, ***	1,70± 0,11*, ***	1,77± 0,09*, ***
ГШ	0,70± 0,05	0,73± 0,06	0,68± 0,07	1,23± 0,09*	1,08± 0,09*	1,38± 0,10*, **	0,85± 0,03*	0,94± 0,05*	0,78± 0,05	0,80± 0,04	1,82± 0,09*, ***	1,79± 0,12*, ***	1,85± 0,09*, ***
ІЗЛК	1,53± 0,07	1,73± 0,09	1,39± 0,07	2,41± 0,13*	2,04± 0,15*	2,78± 0,16*, **	1,64± 0,08	1,71± 0,09	1,55± 0,06	1,66± 0,08	3,54± 0,13*, ***	4,48± 0,18*, ***	2,60± 0,12*, *** ****
Лімф	0,587± 0,03	0,534± 0,03	0,633± 0,04	0,440± 0,03*	0,482± 0,04*	0,401± 0,03*, **	0,533± 0,04	0,535± 0,05	0,551± 0,04	0,512± 0,03	0,301± 0,04*, ***	0,227± 0,05*, ***	0,373± 0,04*, *** ****

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 інших клінічних форм відповідного ступеня тяжкості.

Таблиця 4

Гематологічні показники у гострому періоді ЕШ залежно від ступеня тяжкості та клінічної форми

Показники	Норма	Ступінь тяжкості, клінічна форма (M±m)									
		Усі, n=243			Легкий, n=103				Середній, n=140		
		Усі хворі	Чоловіки	Жінки	Усі хворі	Коліт	ЕК	ГЕК	Усі хворі	Коліт	ГЕК
MCV, мкм	88,32± 0,47	81,32± 0,41*	81,15± 0,38*	81,49± 0,51*	80,51± 0,81*	79,91± 0,89*	80,36± 0,95*	81,25± 0,96*	82,55± 0,44*	81,10± 0,86*	83,99± 0,51*
MCH, пг	30,45± 0,24	32,04± 0,34*	31,88± 0,39*	32,20± 0,41*	31,39± 0,55	32,0± 0,74*	31,15± 0,84	31,01± 0,45	33,03± 0,29*	32,15± 0,34*	33,91± 0,28*
MCHC, г/л	316,39± 1,59	330,33± 0,81*	330,0± 0,94*	330,67± 0,98*	329,52± 0,98*	329,01± 1,19*	330,12± 1,24*	329,44± 0,94*	331,54± 0,93*	330,06± 1,01*	333,01± 1,15*
Ht, л/л	0,39± 0,004	0,41± 0,004*	0,41± 0,005*	0,41± 0,003*	0,40± 0,008	0,40± 0,008	0,41± 0,009*	0,40± 0,009	0,42± 0,004*	0,41± 0,004*	0,42± 0,006*
Hb, г/л	126,11± 1,62	133,10± 1,14*	134,16± 1,20*	132,04± 1,28*	131,41± 1,78*	131,88± 1,84*	130,84± 1,85*	131,48± 1,95*	135,66± 1,34*	134,77± 1,84*	136,54± 1,66*

Примітка. Показники вірогідності відхилень: * - відносно норми.

гастроентероколіті середнього ступеня ГШ та ентероколіті легкого ступеня. Виявлені зміни свідчать про згущення крові внаслідок втрати рідини, які більш інтенсивні при середньому ступені ЕШ.

При порівнянні частоти виявлення клінічної симптоматики при різних ступенях тяжкості епідемічного шигельозу встановлена чітка прямопропорційна залежність симптоматики від ступеня тяжкості захворювання. Така залежність спостерігається при реєстрації більшості клінічних симптомів за винятком діареї, головного болю та слабкості. Останні спостерігались практично у однакової кількості хворих незалежно від ступеня тяжкості. Тоді, як скарги на нудоту (при легкому ступені - у 38,8%, при середньому - в 55% хворих), блювання (у 40,8% та в 60,7% відповідно) , запаморочення (у 34% та в 60,7%), біль в епігастрії (у 40,8% та в 55%), мезогастрії (у 48,5% та в 60%), гіпогастрії (у 72,8% та в 82,1%), домішки слизу (у 44,7% та в 56,4%) та крові в калі (у 14,6% та в 23,6%) значно частіше виявляли при середньотяжкому ступені ЕШ ($P < 0,05-0,01$).

Із об'єктивних змін у хворих при епідемічному Ш залежність частоти виявлення симптомів від ступеня тяжкості була відсутня при гарячці, яка спостерігалась практично у всіх хворих. Подібна картина спостерігалась при визначенні частоти пульсу, він був також прискорений у всіх хворих. Спазмовану сигмоподібну кишку однаково часто пальпували як при легкому, так і при середньому ступені тяжкості. Гепатомегалія (при легкому ступені - у 20,4%, при середньому - в 40% хворих), симптоми зневоднення (у 24,3% та в 44,3% відповідно), больовий синдром (у 85,4% та в 90,7%), наявність патологічних домішок у калі (слизу – у 54,4% та в 74,3%, лейкоцитів – у 41,7% та в 49,3%, еритроцитів – у 25,2% та в 37,1%) значно частіше виявлялись при середньому ступені тяжкості Ш ($P < 0,05-0,01$).

Вираженість клінічної симптоматики при госпіталізації хворих на ЕШ залежала від ступеня тяжкості (рис. 2). Це чітко прослідковується при порівнянні частоти блювання і діареї, ступені підвищення температури та збільшення печінки, які були значно вищі при середньому ступені тяжкості ($P < 0,01$).

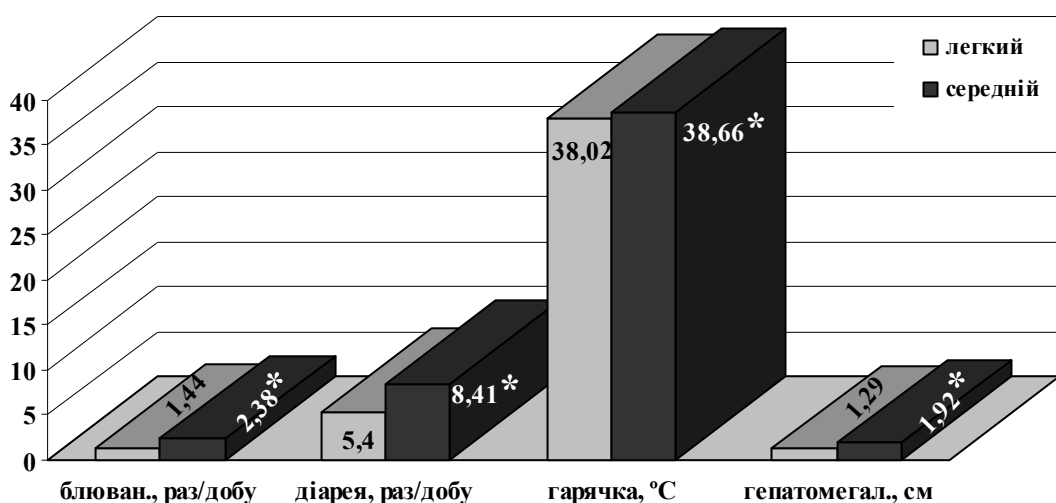


Рисунок 2 - Вираженість клінічної симптоматики при різних ступенях тяжкості ЕШ

Примітка. Показники вірогідності відхилень: * - відносно легкого ступеня тяжкості.

Зміни зі сторони серцево-судинної системи також залежали від ступеня тяжкості за винятком частоти серцевих скорочень, яка була помірно збільшена у всіх хворих (рис. 3). Спостерігалось чітке зниження, порівняно з легким перебігом, як систолічного, так і діастолічного показника артеріального тиску при

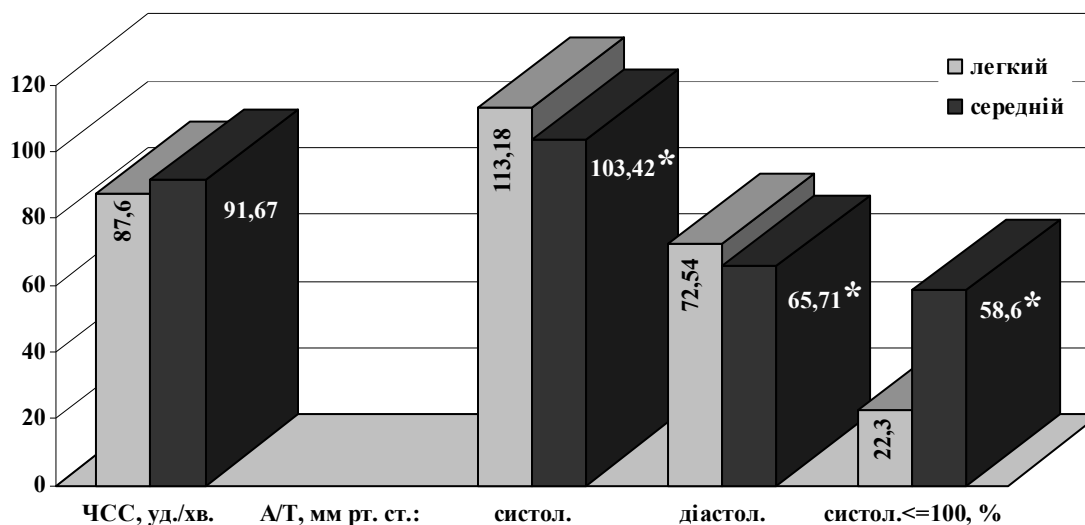


Рисунок 5 - Вираженість змін зі сторони серцево-судинної системи при різних ступенях тяжкості ЕШ

Примітка. Показники вірогідності відхилень: * - відносно легкого ступеня тяжкості. середньому ступені тяжкості Ш ($P < 0,01$). Слід відмітити, що при середньому ступені хвороби значно переважала кількість хворих, у яких систолічний показник був нижче 100 мм рт.ст. ($P < 0,01$).

Висновки

При ЕШ у структурі хворих переважають діти. Вони уражаються вдвічі частіше, ніж дорослі. Серед госпіталізованих дорослих переважають жінки. Вік дорослих пацієнтів до 30 років. Основний шлях передавання - харчовий. Контактний шлях передавання притаманний чоловікам, що підтверджує переважна кількість їх у епідосередках. Факторами передавання в основному були сметана, молочні та продукти з додаванням сметани. Слід відмітити високу осередковість при різних ступенях ЕШ. Етіологічним чинником при ЕШ була виключно *Sh. sonnei*.

Госпіталізація хворих при ЕШ відбувалася на 1 – 2 день захворювання і не залежала від статі та клінічної форми. Переважав середньотяжкий ступінь Ш. Частіше за інші реєструвалась гастроентероколітична форма і незначна кількість ентероколітичної при легкому та відсутність її при середньому ступені тяжкості. Колітичну форму діагностували частіше у чоловіків. Встановлена чітка прямопропорційна залежність основних клінічних симптомів від ступеня тяжкості захворювання. Крім загальновідомих симптомів при Ш встановлено наявність гепатомегалії, яка може бути критерієм ступеня тяжкості. Ендогенна інтоксикація більш виражена у жінок. Гематологічні показники підтверджували згущення крові внаслідок втрати рідини та можуть бути об'єктивною ознакою зневоднення.

Література

1. Луцук О.С. Сучасне лікування шигельозів // Інфекційні хвороби. – 1999. - №2. – С. 59-61.
2. Рямова Е.Л., Тельминов А.В., Земеров В.Б., Власова Э.В., Веревищikov В.К. Клинико-патоморфологические особенности дизентерии Флекснера // Инф. хв. в пр. терапевта. Харків, 2001. – С. 227-228.
3. Савицкая К.И., Миронов А.Ю., Аваш Ю.Б., Воробьев А.А., Нестерова М.В. Мониторинг возбудителей острых кишечных инфекций в регионе Московской области // Журн. микробиол., 2002, №6. – С. 10-13.
4. Сергевнин В.И., Сармометов Е.В., Комков Б.Д., Сквородин А.Н. Роль различных путей передачи возбудителей при вспышках дизентерии Зонне и Флекснера, зарегистрированных в последние годы // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2000. – №6. - С. 18-20.
5. Солодовников Ю.П. Водные эпидемии (крупные вспышки) дизентерии Зонне – миф или реальность? // Журн. микробиол. - 1998. - №5.- С. 112-118.
6. Ющук Н.Д., Бродов Л.Е. Дифференциальная диагностика и лечение острых кишечных инфекций // Росс. журнал. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2000. –№5.- С. 13-16.
7. Лапушенко О.В., Бережнов С.П., Мухарська Л.М., Падченко А.Г., Некрасова Л.С. Стан захворюваності на інфекційні та паразитарні хвороби в Україні у 2003 році // Сучасні інфекції. – 2004. - №2. – С. 4-8.
8. Кальф-Калиф Я.Я. О лейкоцитарном индексе интоксикации и его практическом значении // Врачебное дело. - 1941. -№1. - С.31-35.
9. Васильев В.С., Комар В.И., Шейка М.И. Оценка тяжести интоксикации при острых инфекционных болезнях // Здравоохранение Белоруссии. – 1984. - №3. – С. 46-49.

Epidemiological, clinical and laboratory features of the epidemic shigellosis

M.D. Chemych

SUMMARY. The research of the epidemiological, clinical and laboratory data of shigellosis current at the epidemic flash caused by *Sh. sonnei* is carried out. The children prevailed in the structure of being stroked. 243 patients at the age of $24,99 \pm 1,04$ were investigated. Among the hospitalized adults the women prevailed. It was investigated the structure of 85 epidemiological centres. The basic way of transfer was established to be food. The prevailing quantity of patients had a middle hard degree of shigellosis. The gastroenterocolitic form, which prevailed at women, was diagnosed most of all. At men it was a colitis form. The other epidemiological, clinico-laboratory features of epidemiological shigellosis current were established as well.