

Печінка Анатолій Михайлович, Заплотна Ганна Олексіївна,  
Глей Анатолій Іванович, Артьомов Олександр Євгенович  
**ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ТАКТИКИ ВЕДЕННЯ ТЯЖКИХ  
ФОРМ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНОГО САЛЬМОНЕЛЬОЗУ**

Кафедра інфекційних хвороб,  
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,  
Міська клінічна лікарня №9, м. Київ, Україна

*Pechinka Anatolii Mykhailovich, Zaplotna Ganna Oleksiivna,  
Gley Anatolii Ivanovich, Artoymow Olexandr Evgenovich*  
**CLINICAL MANAGEMENT AND SOME FEATURES OF  
SEVERE FORMS OF GASTROINTESTINAL  
SALMONELLOSIS**

*Department of Infectious Diseases,  
National Medical University named after O. O. Bogomolets,  
City Clinical Hospital N9, Kyiv, Ukraine*  
*E-mail: [anatol.pechinka@gmail.com](mailto:anatol.pechinka@gmail.com); Pechinka A. M.*

**Актуальність.** Кишкові діарейні інфекції, які спричинюють зневоднення, є основною групою інфекційних захворювань травного тракту, що зустрічаються у нашій країні. А гастроінтестинальні форми сальмонельозу – найпоширеніша група серед етіологічно верифікованих груп кишкових діарейних інфекцій. Гастроінтестинальний сальмонельоз розвивається як у вигляді поодиноких випадків, так і масових спалахів, що накладає додаткову актуальність цієї патології.

**Мета.** Удосконалення тактики ведення тяжких форм гастроінтестинального сальмонельозу.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано результати лікування 20 хворих на тяжкі гастроінтестинальні форми сальмонельозу, які перебували на лікуванні у відділенні інфекційної реанімації міської клінічної лікарні №9 у 2014 році.

**Результати дослідження.** Усього в інфекційному відділенні проліковано за 2014 рік 145 хворих на гастроінтестинальні

форми сальмонельозу, усі вони були підтверджені бактеріологічно – виділенням збудника. У переважній більшості випадків етіологічним чинником була *S. enteritidis* (89,85 %). Тяжкий перебіг сальмонельозу зустрічався у 13,1 % хворих. Критеріями тяжкості були: розлади гемодинаміки, розвиток гострої ниркової недостатності, важкий преморбідний фон. У статевій структурі переважали чоловіки – 60 %. Вікова структура була різноманітна – від 17 до 82 років, з яких 30 % становили хворі віком понад 60 років, найбільшу частку склали особи віком від 30 до 39 років – також 30 %. Привертає увагу тенденція до пізньої госпіталізації: усі хворі поступили не раніше кінця 3-ї доби, часто на 4-5-у добу.

В усіх пацієнтів виникли ускладнення: інфекційно-токсичний шок – 2 (10 %) хворих, дегідратаційний шок – 15 (75 %), змішаний шок – 3 (15 %), гостра ниркова недостатність – 16 (80 %).

Під змішаним шоком ми розуміємо комбінацію інфекційно-токсичного шоку з дегідратаційним. Критерієм встановлення такого шоку були невідповідність глибини порушення гемодинаміки стадії зневоднення.

Гостра ниркова недостатність розвивалася лише при змішаному чи дегідратаційному шоку.

Особливості лікувальної тактики:

- у хворих із змішаним шоком у першу чергу ліквідується дегідратаційна компонента, з наступним призначенням реокоректорів, іноді глюкокортикостероїдів;
- стабілізація гемодинаміки при наявності дегідратаційного шоку з гострою нирковою недостатністю у фазі анурії у частині випадків затягується на 1-2-у доби, Регідратаційна терапія проводиться круглодобово під суворим 1-2-годинним контролем центрального венозного тиску;
- центральний венозний тиск спочатку утримується на слабо позитивному рівні (+ 1 см) з подальшим поступовим підвищенням до нижньої межі норми протягом 1-2 діб, що

пов'язано можливістю розвитку гострої серцевої недостатності за правощлуночковим типом, особливо у осіб старшого віку;

- артеріальний тиск у таких випадках утримується на рівні «робочий тиск – 20-30 мм рт. ст.). Тому обов'язковим є встановлення, за можливості, «робочого» тиску.

### **Висновки.**

1 Тяжкі форми гастроінтестинальних сальмонельозів можуть спричинювати великий спектр порушень гемодинаміки – від інфекційно-токсичного до дегідратаційного та змішаного шоків, що необхідно враховувати в проведенні протишокового лікування.

2 На тактику протишокової терапії накладає відбиток наявність та стадія гострої ниркової недостатності, яка виникає у 75 % хворих на тяжкі форми гастроінтестинального сальмонельозу.

3 В інтенсивній терапії необхідно ширше застосовувати поняття «робочий» тиск, а не «нормальний» тиск. Перший більше свідчить про гемодинамічні особливості пацієнта і необхідність його корекції.