

Чемич, О. М. Клінічні особливості сучасного сальмонельозу [Текст] / О. М. Чемич, М. Д. Чемич // Інфекційні хвороби: поступи і проблеми в діагностиці, терапії та профілактиці: Матеріали ІХ з'їзду інфекціоністів України, м. Тернопіль, 7 - 9 жовтня 2015 р. / Ред. кол.: М. А. Андрейчин, Н. А. Васильєва, О. А. Голубовська та ін. — Тернопіль : ТДМУ, 2015. — С. 127-129.

О. М. Чемич, М. Д. Чемич

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОГО САЛЬМОНЕЛЬОЗУ

Сумський державний університет, м. Суми

Мета роботи. Встановити клінічні та лабораторні особливості перебігу сальмонельозу, спричиненого *Salmonella typhimurium* і *Salmonella enteritidis*.

Матеріали і методи. Проведено обстеження 140 хворих на сальмонельоз, які були госпіталізовані на $(1,86 \pm 0,07)$ добу від початку захворювання.

Здійснювали об'єктивне обстеження хворих, збір анамнестичних даних; клініко-лабораторні дослідження: клінічний аналіз крові (аналізатор Cobas Micros), бактеріологічне/ вірусологічне дослідження калу, серологічне та ІФА дослідження крові з метою з'ясування етіології. Також розраховували інтегральні показники ендогенної інтоксикації: лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ), гематологічний показник інтоксикації (ГПІ), індекс зсуву лейкоцитів (ІЗЛК), лімфоцитарний індекс (Лімф).

У залежності від збудника пацієнти були поділені на дві групи: *Salmonella typhimurium* (група С I S. typh.; 43 особи, 31,0 %), *Salmonella enteritidis* (С II S. ent.; 97 осіб, 69,0 %). Групу порівняння склали 20 клініко-анамнестично здорових донорів.

Результати дослідження. Переважна кількість випадків сальмонельозу зустрічалась серед чоловіків (87), у групі С I S. typh. жінок було в 5 разів менше ($p < 0.01$). Середній вік хворих склав $(43,61 \pm 1,49)$ року.

Серед клінічних варіантів хвороби в усіх групах переважав гастроентеритний (44,2 % - 46,4 %), у третьої частини хворих на сальмонельоз зустрічався гастроентероколітний (32,0 % - 44,2 %), рідше всього діагностували гастритний варіант, а у групі С I S. typh. він взагалі був відсутній.

При госпіталізації усі хворі скаржились на: слабкість, підвищення температури тіла та діарею. На другому місці серед скарг були нудота та блювання. Тоді, як нудота зустрічалась частіше в осіб групи С II S. ent. (85,6 %) ніж у С I S. typh. (76,7 %) ($p < 0.01$), залежності блювання від етіології не спостерігалось (69,1 % і 69,8 % відповідно). На біль у різних ділянках живота скаржилися усі хворі: у мезогастрії - 77,1 %, у епігастрії - 72,9 %, у гіпогастрії - 41,4 %. Локалізація болю у правій і лівій здухвинних ділянках при сальмонельозі зустрічалась у 45,0 % і 25,7 % пацієнтів відповідно. На головний біль вказувала половина хворих (С I S. typh. - 58,1 %, С II S. ent. - 55,7 %). Слиз у калі виявляли у 2,4 раза частіше (44,3 %) ніж кров (18,6 %).

Під час об'єктивного обстеження найпоширенішим симптомом був біль у животі при пальпації (С I S. typh. - 95,3 %; С II S. ent. - 99,0 %). У значній кількості хворих біль при пальпації локалізувався у декількох ділянках одночасно, але найчастіше в мезогастральній ділянці (С I S. typh. - 79,1 %, С II S. ent. - 74,2 %) та у епігастрії (С I S. typh. - 65,1 %, С II S. ent. - 72,2 %). Серед загальної кількості осіб з сальмонельозом біль у правій здухвинній ділянці зустрічався у 57,9 %, у гіпогастрії - у 40,0 %, у лівій здухвинній ділянці - у 34,3 % пацієнтів. Урчання кишечника при пальпації спостерігалось у 2/3 обстежених (С I S. typh. - 72,1 %; С II S. ent. - 76,3 % хворих). Спазм сигмоподібної кишки виявлявся у 1,3 раза частіше у хворих з групи С I S. typh. (11,6 %), ніж в осіб групи С II S. ent. (9,3 % обстежених). Ознаки зневоднення 1-го ступеня відмічались у більшості хворих на сальмонельоз (С I S. typh. - 71,1 %; С II S. ent. - 82,5 %). Спостерігалася тенденція до збільшення кількості осіб з гепатомегалією у групі С I S. typh. (41,9 % проти 29,9 % пацієнтів групи С II S. ent.; $p < 0.05$). Збільшення розмірів печінки, за даними УЗД, відбувалось на $(1,75 \pm 0,16)$ - $(1,97 \pm 0,12)$ см.

Перебіг недуги супроводжувався підвищенням температури тіла (96,4 % осіб). Слід відмітити, що в першу добу захворювання на догоспітальному етапі підвищення температури тіла було виразнішим, ніж при надходженні до стаціонару: С I S. typh. - $(38,55 \pm 0,13)$ °С, С II S. ent. - $(38,66 \pm 0,08)$ °С. У наступні

другу - третю добу виявлялася тенденція до зниження температури ($t = 0.11$; $(38,0 \pm 0,10) ^\circ\text{C}$).

ЛП при госпіталізації був підвищений у 6-6,8 раза порівняно з нормою $(0,79 \pm 0,10)$ ($p < 0,05$), С I S. typh. - $(4,61 \pm 0,56)$, С II S. ent. - $(5,36 \pm 0,46)$. Збільшення ГП відбулося у 7,4-8,6 раза порівняно з нормою $(0,79 \pm 0,10)$ ($p < 0,05$), С I S. typh. - $(5,82 \pm 0,88)$, С II S. ent. - $(6,83 \pm 0,65)$. ІЗЛК збільшений у 2,4 раза (норма $(1,83 \pm 0,10)$, $p < 0,05$), С I S. typh. - $(4,23 \pm 0,42)$, С II S. ent. - $(4,34 \pm 0,33)$. Залежності змін інтегративних показників ендогенної інтоксикації від етіології не спостерігається. Навпаки, відбувалося зменшення Ілімф порівняно з нормою $(0,51 \pm 0,030)$ у 1,8-2 раза ($p < 0,05$), у групах С I S. typh. - $(0,259 \pm 0,026)$, С II S. ent. - $(0,290 \pm 0,022)$ залежності від етіологічного чинника не спостерігалось.

Висновки. Сальмонельоз спричиняють домінантні штами *Salmonella enteritidis* (69,0 %), *Salmonella typhimurium* (31,0 %). Серед клінічних варіантів хвороби переважає гастроентеритний та гастроентероколітний. У гострому періоді недуги зростає ендогенна інтоксикація у всіх хворих ($p < 0,05-0,001$), що підтверджується наявністю інтегральних маркерів інтоксикації першого рівня (слабкість, підвищення температури тіла, діарея, рідше нудота та блювання, 100 % осіб). На виражений інтоксикаційний синдром у гострому періоді також вказують інтегративні показники ендогенної інтоксикації, які значно підвищені у всіх хворих. Натомість відбувається значне зменшення Ілімф ($p < 0,05$). Спазм сигмоподібної кишки спостерігається частіше у хворих з групи С I S. typh. Слиз у калі виявляли частіше ніж кров. Біль у животі локалізується переважно у мезогастральній і епігастральній ділянках.