

© Колектив авторів, 2006
УДК 616.981.49 (477.85)

Н.А. Богачик, Я.В. Венгловська, В.Д. Москалюк, А.Г. Трефаненко, Г.І. Печенюк
СПАЛАХ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ ЯВА НА БУКОВИНІ

Буковинський державний медичний університет

Гострі кишкові інфекції є одними з найбільш поширених захворювань у всіх вікових групах [1, 2]. З настанням літа зростає і рівень захворюваності на кишкові інфекції на всій території України, що пов'язано з порушенням технології приготування та правил зберігання їжі, термінів її реалізації, особливо під час проведення урочистих подій тощо [3]. У нашому регіоні частіше спостерігаються спорадичні випадки цих захворювань, хоча нерідко реєструються й спалахи. В останні роки значно змінилась етіологічна структура кишкових інфекцій. В літературі знайдені поодинокі роботи, присвячені вивченню сальмонельозу Ява, що обумовлює актуальність дослідження цієї патології.

Мета дослідження – вивчити клініко-епідеміологічні особливості спалаху сальмонельозу Ява на Буковині.

При госпіталізації діагноз сальмонельозу був встановлений у 33 хворих, у решти – харчова токсикоінфекція, сальмонельоз?

Вивчення епідеміологічного анамнезу показало, що всі пацієнти захворіли після споживання різноманітних страв на весіллі, переважно м'ясних виробів (фаршировані курячі стегенця, студень).

У всіх хворих зафіксований гострий початок хвороби. Інкубаційний період коливався в межах від 12 год до 2 діб. Захворювання починалось з підвищення температури тіла від 37,4° до 39,5 °С. Субфебрильна температура тіла зареєстрована у 15 осіб, фебрильна – у 18. Тривалість гарячки, в середньому, становила 2-4 дні. Лише у 2 пацієнтів гарячка утримувалась на високих цифрах упродовж 5 діб. Інтоксикаційний синдром у вигляді загальної слабості, болю голови, зниження апетиту відмічався у всіх пацієнтів. У більшості з них (25) спостерігались нудота та багаторазове блювання. На переймоподібний біль в епігастрії та в ілеоцекальній ділянці скаржились 24 хворих, решта – на біль за ходом товстої кишки. В кінці пер-

шої доби захворювання приєднались рідкі випорожнення, смердючі, пінисті, без патологічних домішок, слизу та крові. У 2 хворих випорожнення були кашкоподібні. Частота дефекації за добу у більшості пацієнтів становила 5-6 разів, в окремих пацієнтів – 10-15 разів. Тривалість проносу була від 1 до 5 діб.

При аналізі результатів периферичної крові, взятої при ушпиталенні, у 3 осіб відмічено лейкоцитоз з вираженим паличкоядерним зсувом вліво, у 4 – лейкопенію, у решти пацієнтів кількість лейкоцитів була в межах норми.

При дослідженні загального аналізу сечі в окремих хворих відмічені сліди білка.

Патологічні зміни у копроцитогамі (наявність слизу, лейкоцитів та еритроцитів) виявлені у 36,3 % обстежених, з них – у третини кількість лейкоцитів була від 15 до 30 у полі зору, у решти – до 50 і більше. Одночасно з підвищеною кількістю лейкоцитів знаходили еритроцити – від поодиноких до 15-20 у полі зору.

У 24 хворих при бактеріологічному дослідженні випорожнень виділена культура сальмонели Ява, у 9 пацієнтів діагноз встановлений клініко-епідеміологічно.

Тяжкість хвороби оцінювали залежно від ступеня інтоксикації, наявності больового синдрому та частоти випорожнень за добу. Легкий перебіг недуги встановлено у 4 осіб, середньої тяжкості – у 27, тяжкий – у 2 пацієнтів.

На відміну від даних літератури про те, що сальмонельоз, викликаний збудником Ява, нерідко перебігає у вигляді генералізованих форм, ми спостерігали лише локалізовані форми, переважно – гастроентеритний варіант (18 хворих), гастроентероколітний (12), гастритний (3).

Лікування проводилось за загальноприйнятою схемою: промивання шлунка, призначення регідраційної терапії, ентеросорбентів, спазмолітиків та антибактерійних засобів [4].

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

Аналіз клінічних і лабораторних даних дозволив відмітити, що у жодного з обстежених хворих не було погіршення стану в процесі лікування. Перебіг хвороби у всіх пацієнтів був сприятливий.

Виписка здійснювалася після зникнення клінічних ознак захворювання за негативних результатів контрольного бактеріологічного дослідження випорожнень.

Висновки

1. Сальмонельоз Ява зберігає типовий перебіг з переважанням середньотяжких гастроентеритних форм.

2. Основними факторами передачі сальмонел були м'ясні продукти (холодець і фаршировані курячі стегенця).

3. Особливістю цього спалаху при дослідженні периферичної крові були нормальні показники лейкоцитів у більшості хворих і тільки в окремих осіб – з тенденцією до лейкопенії.

Література

1. Андрейчин М.А., Ивахив О.Л. Бактериальные диареи. – Киев: Здоров'я, 1998. – С. 11-12, 207-210.
2. Бродов Л.Е., Ющук Н.Д., Малеев В.В. Диагностика и лечение острых кишечных инфекций // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 1997. – № 4. – С. 4-6.
3. Айдинов Г.Т., Швагер М.М. Вспышка сальмонеллезной инфекции в детском образовательном учреждении Азова // Там же. – 2001. – № 5. – С. 45.
4. Воротынцева Н.В., Горелов А.В. Клинические особенности пищевой вспышки сальмонеллеза у детей // Там же. – 2003. – № 5. – С. 51-54.