

УДК 616.935-036.2

## КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ШИГЕЛЛЕЗА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

М.И. Богуцкий, к.м.н., доцент; И.И. Богданович, врач-ординатор

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ «Гродненская областная инфекционная клиническая больница»

В работе представлена клиничко-эпидемиологическая характеристика течения шигеллеза у 104 больных. Показано, что в эпидемический процесс при шигеллезе в современный период вовлекаются преимущественно лица пожилого возраста, чаще женщины. Отсутствует выраженная сезонность, характерная для шигеллеза в прошлом. Среди факторов передачи инфекции преобладают молочные продукты. Доминирующей нозологической формой является шигеллез Флекснера. Клинически шигеллез Флекснера характеризуется среднетяжелым течением, преобладанием колитических форм болезни с наличием лихорадки, схваткообразных болей в животе с типичной для шигеллеза локализацией, частым отсутствием тенезмов и наличием скудного стула с примесью слизи. В периферической крови в 74,1% случаев отсутствует лейкоцитоз, однако лейкоцитарная формула носит нейтрофильный характер и наблюдается палочкоядерный сдвиг.

**Ключевые слова:** эпидемический процесс, сезонность, клиника, шигеллез Флекснера.

*Clinical-epidemiologic characteristics of the course of shigellosis in 104 patients are presented in the article. It is shown, that epidemic process in shigellosis in modern period involves mainly elderly people, more often women. Significant seasonal prevalence, so characteristic of shigellosis in the past, is absent. Dairy products prevail among factors of transmission. A predominant nosologic form is Flexner shigellosis. Clinically Flexner shigellosis is characterized by medium severity, prevalence of colitis forms with fever, spasmodic abdominal pain of typical localization, frequent absence of tenesmus and presence of poor stool with mucus. There is no leucocytosis in peripheral blood of 74.1% of patients and the leucocyte formula shows neutrophilic character with shift to the left.*

**Key words:** epidemic process, seasonal prevalence, clinical picture, Flexner shigellosis.

### Введение

Сохраняющийся высокий уровень заболеваемости острыми кишечными инфекциями требует особого внимания к изучению этиологической структуры их возбудителей, особенностей эпидемиологии и клинических проявлений в современный период. Доминирующей нозологической формой шигеллеза в 70-80 годы XX века была дизентерия Зонне [2,3,4,5]. Однако с середины 90-х годов в этиологической структуре шигеллезом преобладают Sh.Flexneri [1,5]. За этот период изменилась возрастная структура населения, улучшились качество водоснабжения и питания, жилищно-коммунальные условия жизни людей, что определяет особую актуальность изучения данной инфекции.

Цель исследования: определить клиничко-эпидемиологические характеристики шигеллеза Флекснера в современный период.

### Материалы и методы исследования

Материалом для анализа стали данные историй болезни 104 больных старше 15 лет, находившихся на стационарном лечении в Гродненской областной инфекционной клинической больнице (ГОИКБ) в 2007 году. Обследование больных проводилось согласно клиническим протоколам, утвержденным Министерством здравоохранения Беларуси. Метод работы – сравнительно-статистический ретроспективный анализ. Для оценки различий в полученных выборках использовали t-критерий Стьюдента, а для определения средней ошибки процентной частоты (m) использован прием И.А. Ойвина.

### Результаты и их обсуждение

В ходе исследования установлено, что средний возраст больных составил  $49,8 \pm 0,83$  года. Преобладали женщины – 67 (65,4%,  $P < 0,01$ ). Жителей сельской местности было 57 (54,8%), города – 47 (45,2%). Социальный состав больных представлен в табл. 1.

Как видно из табл. 1, наиболее многочисленную группу больных шигеллезом Флекснера составили лица пен-

**Таблица 1** – Социальный состав больных шигеллезом Флекснера, лечившихся в ГОИКБ (n=104)

Социальная группа	M±m, %
Рабочие	18,3±2,21
Колхозники	5,8±1,68
Служащие	11,5±2,38
Безработные	8,6±1,23
Пенсионеры	55,8±3,41

сионного возраста, из них 22 (37,9%) одиноко проживающие, то есть малообеспеченный слой населения, не всегда соблюдающий сроки реализации продуктов, а порой и санитарно-гигиенические условия их хранения. Среди работающих на предприятиях чаще болели лица, которые в обеденное время питались вне дома.

Большинство больных было доставлено в ГОИКБ бригадами скорой медицинской помощи – 74 (71,2±3,07%), врачами поликлиник направлено 20 (19,9±2,15%) больных, переведены из других стационаров города и области – 2 (1,9±0,59%) и 8 больных (7,7±1,44%) обратились в приемный покой стационара самостоятельно. Высокий процент вызова врачей скорой помощи был обусловлен острым началом болезни, наличием болевого синдрома в животе и диареи.

Причиной заболевания, по данным эпидемиологического анамнеза, чаще всего было употребление больными опасных в эпидемиологическом отношении молочных продуктов, преимущественно сметаны – 51 (49,0±4,8%), реже – у 14 больных (10,0±1,57%), употребление мясных продуктов, преимущественно колбасных изделий. При этом среди лиц пенсионного возраста связывали свое заболевание с употреблением молочных продуктов 61,9% больных и лишь двое указали на употребление колбасных изделий. На контакт с больными, у которых имели место диспепсические расстройства, указали 33 (31,7±2,54%) больных. В остальных случаях путь инфицирования не был установлен.

Поступление больных шигеллезом Флекснера в стационар по сезонам года было достаточно равномерным,

незначительный подъем был в апреле, июне и сентябре. В указанные месяцы поступило 41,3±5,69% больных.

Сопутствующую патологию имели 55 больных (52,9±4,41%), при этом сопутствующая патология у лиц пенсионного возраста была у всех больных. Преобладали ишемическая болезнь сердца (16 больных, 15,4%), артериальная гипертензия – 15 больных (14,4%), сахарный диабет – 6 (5,8%). По 2-3 случая регистрировались хронический бронхит, хронический гепатит, желчнокаменная болезнь, опухоли толстого кишечника и анемия.

Инкубационный период продолжительностью до 2-х дней наблюдался у 57,7±6,30% больных, у остальных – не превышал 5 дней. Среди жалоб больных, предъявляемых при поступлении, наиболее частыми были лихорадка (78,8±6,23%), боли в животе (75,0±5,86%) и диарея (100%). Субфебрильная температура наблюдалась у 35,0±6,23% больных, фебрильная – у 38,5±5,78%. У остальных больных температура тела была нормальной. Продолжительность лихорадки в 69,2±5,94% случаев не превышала 3-х дней, у остальных лихорадящих – 7 дней. На тошноту жаловались 41,3±6,07% больных, на наличие рвоты – 37,5±5,94%. Рвота однократно отмечалась у 10,6±9,80%, до 5 раз – у 26,9±10,04% больных. Головная боль беспокоила 52,9±6,07%, а у 17,3±5,37% больных, преимущественно пенсионного возраста, наблюдались головокружения. Боли в животе у 6,4±1,82% носили постоянный характер, у остальных больных с болевым синдромом в животе – схваткообразный – и были умеренными по своей интенсивности, локализовались в 43,6±5,69% в левой подвздошной области, а у 52,6±6,16% больных носили разлитой характер и лишь в последующем смещались в левую подвздошную область. Продолжительность болевого синдрома у 85,9±6,20% больных не превышала 5 дней.

Позывы на дефекацию сопровождалась тенезмами лишь у 9,0±3,36% больных, в то время как ложные позывы имели место у 25,0±5,52% больных. Скудный стул со слизью был у 93,3±2,68% больных, у 50,9±6,12% – с прожилками крови. Частота стула до 5 раз в сутки отмечена у 6,7±1,22%, до 10 раз в сутки у 65,4±5,94%, до 20 раз в сутки – у 27,9±6,06% больных.

При обследовании пониженный тургор ткани наблюдался у 27,9±4,07% больных, тахикардия была отмечена у 72,1±5,37%, нарушения сердечного ритма у 3,84±0,88%. Снижение АД наблюдалось у 25,0±5,24% больных, повышение – у 24,0±5,78%. Спазмированная и болезненная сигмовидная кишка пальпировалась в 51,9±6,26% случаев.

Средние статистические показатели содержания лейкоцитов в периферической крови составили 6,65±0,39·10<sup>9</sup>/л. Умеренный лейкоцитоз при поступлении был у 25,9±2,36% больных. У большинства больных отмечались нейтрофильный характер формулы крови с палочкоядерным сдвигом (12,9±1,95%) и токсическая зернистость нейтрофилов, средние показатели СОЭ – 18,7±1,52 мм/час.

Заболевание протекало в легкой форме у 1,9±0,62% в среднетяжелой – у 89,4±3,36% в тяжелой – у 8,7±2,41% больных. Колитическая форма наблюдалась в 62,5±5,37% случаев, гастроэнтероколитическая в 26,9±4,95% и энтероколитическая в 10,6±2,68% случаев. Бактериологичес-

ки диагноз шигеллеза Флекснера подтвержден в 81,7% случаев (серовар Sh.Flexneri 2a), в остальных случаях – клинически, эпидемиологически и серологически.

Длительность инфузионной терапии составила в среднем 3,2±0,3 дня, а этиотропной терапии 5,7±0,2 дня. Длительность лихорадочного периода с момента поступления в стационар 2,15±0,22 дня. Нормализация стула наступила в среднем на 5,5±0,25 дня, купирование болевого синдрома в среднем на 4,2±0,28 дня. Продолжительность стационарного лечения в среднем составила 8,1±0,30 дня. Все случаи закончились выздоровлением. Реконвалесцентного бактериовыделения при выписке из стационара не наблюдалось.

### Заключение

Приведенные данные свидетельствуют о том, что в эпидемический процесс при шигеллёзе в современный период вовлекаются преимущественно лица пожилого возраста, чаще женщины. Среди работающих на предприятиях болели преимущественно лица, питающиеся в обеденное время вне дома. Факторами передачи были чаще всего опасные в эпидемиологическом отношении молочные продукты, преимущественно сметана. Выраженной сезонности, столь характерной для шигеллёза в прошлом, нами не установлено. Доминирующей нозологической формой шигеллёза в современный период является шигеллёз Флекснера.

Клиническими особенностями шигеллёза Флекснера в современный период являются острое начало, наличие лихорадки (у 78,8% больных) и схваткообразных болей в животе (у 75% больных) с характерной для шигеллёза локализацией, скудного стула со слизью (у 93,3% больных), отсутствие тенезмов (у 91% больных) и, в тоже время, наличие ложных позывов у каждого 4-го пациента. Доминирует среднетяжелое течение болезни (89,4%) и преобладают колитические формы шигеллёза (62,5%). Обращает на себя внимание отсутствие в периферической крови лейкоцитоза у 74,1% больных шигеллёзом, однако лейкоцитарная формула сохраняет нейтрофильный характер и наблюдается палочкоядерный сдвиг (12,9±1,95%).

### Литература

1. Зуева, Л.П. Эпидемиология: учебник / Л.П. Зуева, Р.Х. Яфаев. – СПб., 2006. – С. 238-252.
2. Позняк, С.Б. Этиология и клинко-эпидемиологическая характеристика дизентерии в г.Гродно в 1965-2002 гг. / С.Б. Позняк [и др.]. // Инфекционные болезни человека: материалы V съезда инфекционистов Республики Беларусь; редкол.: В.М.Семенов (гл. ред.) [и др.]. – Минск: ООО «Доктор Дизайн», 2003. – С. 56-58.
3. Покровский, В.И. Дизентерия (шигеллезы) / В.И. Покровский [и др.]. – Рига: Зинатне, 1979. – 346 с.
4. Ставицкая, Е.Л. Социальная характеристика больных дизентерией в Санкт-Петербурге / Е.Л. Ставицкая, А.Т. Журкин // Здравоохранение Российской Федерации. – 1997. - №4. – С. 49-51.
5. Устюжанин, Ю.В. Проявления эпидемического процесса при шигеллезах Флекснера и Зоне в Северной регионе Западной Сибири. Особенности эпидемического процесса при шигеллезах / Ю.В. Устюжанин, В.В. Мефодьев, Е.В. Сперанская // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2007. - №2. – С. 11-16.

Поступила 18.09.09