

© ТИХОНОВА Е.П., КУЗЬМИНА Т.Ю., МИНОРАНСКАЯ Е.И., ЛИПНЯГОВА С.В.,
ЛЕВИЦКИЙ С.В., ТИХОНОВА Ю.С.

**КЛИНИКО – ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ВСПЫШЕК САЛЬМОНЕЛЛЕЗА В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ**

Е.П.Тихонова, Т.Ю.Кузьмина, Е.И. Миноранская, С.В. Липнягова,
С.В.Левицкий, Ю.С. Тихонова

Красноярская государственная медицинская академия, ректор – д.м.н., проф. И.П.
Артюхов; Городская клиническая больница № 6, г. Красноярск, гл. врач – к.м.н., доц.
А.М. Чихачев.

***Резюме.** Проведен клинико-эпидемиологический анализ двух вспышек сальмонеллеза в Красноярском крае в 2006 – 07 гг., в которых пострадало 261 человек. Приведены данные клинических и лабораторных исследований, определены пути и факторы передачи кишечных инфекций.*

***Ключевые слова:** кишечная инфекция, сальмонеллез, вспышка.*

Острые кишечные инфекции (ОКИ) занимают одно из ведущих мест в структуре инфекционной заболеваемости [6]. В этиологии ОКИ сохраняют свою актуальность и сальмонеллезы, которые выходят на первые позиции среди кишечных инфекций бактериальной этиологии. При этом в течение последних 20 лет лидирует *Salmonella enteritidis*, которые составляют 80-90% всех штаммов, выделенных от людей [1,4,7]. В последние годы кишечные инфекции и сальмонеллезы в том числе, нередко регистрируются в виде вспышек во многих регионах Российской Федерации [2,3,4,5].

Несмотря на тенденцию к снижению общей инфекционной заболеваемости среди населения Красноярского края – в 1,09 раза, кишечные инфекции остаются одной из актуальных проблем инфектологии. В общей структуре инфекционных и паразитарных заболеваний ОКИ занимают второе место и составляют около 3% от общей

заболеваемости. Ежегодно в крае регистрируется от 15263 до 17741 случаев заболеваний ОКИ.

Определяющим фактором подъема заболеваемости в группе кишечных инфекций в течение последних трех лет явилось увеличение числа случаев вспышечной и групповой заболеваемости среди населения края. Так, в 2006г. на административных территориях Красноярского края было зарегистрировано 15 вспышек ОКИ, в 2005 – 15, которые возросли в 3 раза, в сравнении с 2004, когда их было только 5. При этом каждая третья вспышка была пищевого характера.

Сальмонеллез занимает особое место среди ОКИ в нашем крае, что обусловлено стабильным ростом заболеваемости, в т.ч. и групповой (рост в 2006г. 1,3 раза); широчайшим спектром клинических вариантов инфекции от гастроинтестинальных до генерализованных форм.

Целью нашей работы явилась оценка клинико - эпидемиологических особенностей двух вспышек сальмонеллеза в Красноярском крае за последние 2 года.

Материалы и методы

Был обследован 261 больной сальмонеллезом, при этом в первой вспышке (сентябрь 2006г.) пострадало 42, во второй (март 2007 г.) – 219 человек. Всем больным проводились общепринятые клинические и лабораторные методы обследования. Диагноз сальмонеллеза подтверждался бактериологическими, серологическими и ПЦР-методами исследований. Динамическое наблюдение за больными осуществлялось на протяжении всего их пребывания в стационаре.

Результаты и обсуждение

Обе групповые вспышки носили пищевой характер, т.е. были связаны с употреблением в пищу недоброкачественных продуктов. Диагноз сальмонеллеза в обоих случаях подтвержден выделением *S. enteritidis*.

В сентябре 2006 года на территории Красноярского края была зарегистрирована вспышка сальмонеллеза в коллективе взрослых. Всего заболело 42 человека в возрасте 22-58 лет, среди них 16 (38,1%) женщин и 26 (61,9%) мужчин. Женщины сотрудники птицефабрики, в том числе столовой, мужчины – механизаторы. Свое заболевание все связывали с употреблением в пищу 21.09.06г. блинчиков с творогом, приготовленных в столовой птицефабрики. Накануне вспышки (за три дня до регистрации первых больных) повар столовой приходила на работу больной: плохо себя чувствовала, имела повышенную температуру, дисфункцию со стороны желудочно - кишечного тракта, но свое заболевание скрывала, за медицинской помощью не обращалась, не лечилась и продолжала трудиться. 21.09.06г. она готовила блинчики с творогом, которые были реализованы без последующей термической обработки. Как правило, при пищевом факторе передачи инкубационный период короткий и длится несколько часов. В связи с чем, в первые часы от начала заболевания за медицинской помощью обратились 57,3% больных. В клинической картине заболевания наблюдались типичные симптомы, характерные для гастроинтестинальной формы сальмонеллеза. Острое начало заболевания с интоксикационным синдромом, сопровождающимся повышением температуры, ознобом, ломотой в теле, слабостью, головной болью, которые наблюдались у 37 (90,47%) больных. Из них повышение температуры $39,5 \pm 0,5^{\circ}\text{C}$ отмечали у 12 (28,57%) больных, $38,2 \pm 0,3^{\circ}\text{C}$ – у 7 (16,66%), $37,3 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$ – у 18 (42,85), не было повышения температуры – у 5 (11,90%). В разгар заболевания на тошноту и рвоту предъявляли жалобы 31 (73,80%) больной. Многократная рвота наблюдалась у 10 (23,80%), более 5 раз – у 15 (35,71), до 3 – у 2 (4,76%), 2-х кратная – у 1 (2,38%), однократная – у 3 (7,14%) больных. Абдоминальный синдром в виде болей в животе схваткообразного характера установлен у 32 (76,19%) больных. Жидкий стул обильный, водянистый зеленого или коричневого цвета зарегистрирован у 37 (88,09%) больных; многократный – у 6 (14,28%), до 13 раз – у 8 (19,04%), до 10 – у 7 (16,66%), до 8 – у 5

(11,90%), до 6 – у 5 (11,90%), до 5 – у 5 (11,90%), до 4 – у 3 (7,14%) и до 3 – у 2 (4,76%).

У одной больной стул был двукратно кашицеобразного характера. У двоих больных в кале отмечалась слизь. У пятерых женщин (пищевиков) дисфункции со стороны желудочно-кишечного тракта не были выявлены.

При обследовании в копрограмме выявлено повышение лейкоцитов у 21 (50,0%) больного, обследованных в первые сутки от начала заболевания. Диагноз подтвержден бактериологически выделением культуры *Salmonella enteritidis* в 52,3% случаев у обследованных, в том числе и у двоих пищевиков с легким течением заболевания. Серологическое исследование проводилось только работникам декретированной группы. При РПГА с сальмонеллезным диагностикумом у трех больных выявлены титры 1:400, 1:200, 1:100 соответственно, а у четырех – менее, чем 1:50 (все больные – пищевики). Следовательно, верифицирован диагноз сальмонеллез гастроинтестинальная форма, гастроэнтеритический вариант, среднетяжелое течение у 17 больных; сальмонеллез гастроинтестинальная форма, гастроэнтероколитический вариант, среднетяжелое течение - у 2; сальмонеллез гастроинтестинальная форма, гастроэнтеритический вариант, легкое течение - у 18; сальмонеллез, гастроинтестинальная форма, латентное течение – у 1.

В г. Красноярске была зарегистрирована вторая вспышка сальмонеллеза с 2 по 13 марта 2007 года, в результате которой было госпитализировано в стационары города 219 человек.

Диагноз заболевания подтвержден результатами бактериологического исследования (промывные воды желудка, испражнения больных) – была выделена *Salmonella enteritidis*. Бактериологическое подтверждение получено в 90% случаев (по данным 3-го инфекционного отделения составило 88,6% - у 39 из 44 больных, инфекционного отделения МУЗ ГKB №5 – 92,9% (у 52 из 56).

В клинической картине преобладали среднетяжелые формы заболевания (около 90%). Тяжелая степень течения заболевания была зарегистрирована у 4 больных. Среди

клинических вариантов течения заболевания преобладающими были гастроэнтеритический (54%), гастроэнтероколитический (24,5%), энтероколитический (15,3%). Гастритический вариант течения заболевания обнаружен в 6% случаев.

При гастроэнтеритическом варианте течения основными симптомами заболевания, наряду с лихорадкой в первые сутки заболевания регистрировалась кратковременная рвота, обильный водянистый стул от 6 до 10 раз в сутки. При гастроэнтероколитическом и энтероколитическом варианте отмечалась лихорадка, рвота, схваткообразные боли в животе, сопровождающиеся жидким стулом со слизью (гемоколит не регистрировался). При объективном осмотре больных пальпировалась спазмированная, болезненная сигмовидная кишка. При гастритическом варианте – в основном наблюдался интоксикационный синдром (лихорадка, озноб, слабость), диспепсический синдром был слабо выражен (снижение аппетита, иногда тошнота и в единичных случаях 1 – 2 х кратно рвота).

Инкубационный период составил от 3 до 24 (в среднем 13) часов. Заболевание начиналось остро с повышения температуры тела до $38,7 \pm 1,3^{\circ}\text{C}$, сроки нормализации температуры тела составили $4,2 \pm 2,1$ дня. К концу 1-х, на 2 –3-е сутки от начала заболевания к симптомам интоксикации присоединялись диспепсические расстройства – тошнота, рвота (в 30%), понос. Частота стула в зависимости от тяжести болезни от 2-3 до 10-15 (15 – у 6 больных) раз в сутки. У каждого третьего больного отмечался обильный стул с примесью слизи. Нормализация характера кала у большинства больных наступала на 4 сутки болезни, только в отдельных случаях диарея сохранялась до 8 дней. Одним из постоянных симптомов заболевания у больных сальмонеллезом являлась боль в животе (в 86%). При пальпации живота наиболее часто отмечалась разлитая боль вокруг пупка, в подвздошных областях иногда в эпигастральной области. Кроме этого, примерно в 43% случаев установлено повышение амилазы в сыворотке крови, что предполагало наличие реактивного панкреатита. У 1 больной, из

госпитализированных в инфекционный стационар МУЗ ГKB №6, сальмонеллез, вероятно, спровоцировал развитие острого аппендицита – больная была прооперирована.

В общем анализе крови определялся умеренный лейкоцитоз с выраженным нейтрофильным сдвигом влево, СОЭ у половины больных повышалось до $23,1 \pm 7,6$ мм/час.

Таким образом, особенностью как первой, так и второй вспышек явилась активизация пищевого пути передачи возбудителя инфекции с преобладанием роли продуктов питания. В первом случае, несмотря на то, что заболевание возникло на птицефабрике, где не исключена возможность инфицирования через продукты производства данного предприятия, в данном случае возникновение и распространение сальмонеллеза было связано с нарушениями санитарно – гигиенических норм, технологии приготовления пищи в столовой. Источником инфекции, вероятнее всего, стала повар, которая работала с явными симптомами кишечной инфекции, но свое заболевание скрывала. Во втором случае причиной возникновения заболевания явилось нарушение технологии приготовления продуктов питания. Что касается клинических особенностей, то у большинства больных заболевание протекало по гастроэнтеритическому варианту, со средней степенью тяжести.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ICTUS OF SALMONELLOSIS IN KRASNOYARSK TERRITORY

E.P. Tihonova, T.YU. Kuzmina, E.I. Minoranskaya, S.V. Lipnyagova, S.V. Levitskij,

YU.S. Tihonova

Krasnoyarsk state medical academy

We made clinical- epidemiological analysis of 2 flashes of salmonellosis infection in Krasnoyarsk region (2006 - 2007). 261 men were involved. We report the results of clinical

and laboratory investigations, we found the ways and factors of transmission of intestinal infection.

Литература

1. Жебрун А.Б., Лялина Л.В. Проблемы контроля инфекционных заболеваний. – СПб, 2003. – С. 185.
2. Иоанниди Е.А., Иванова Г.Ф., Обехов В.Ф. и др. Особенности вспышки острой кишечной инфекции в Волгограде // Новые технол. в диагностике и лечении инфекционных болезней: сб. тез. VII Рос. съезд инфекционистов. – Н.Новгород, 2006. – С.37-38.
3. Малова А.А., Осипов С.А., Петрова А.С. Вспышка острой кишечной инфекции в Казани в феврале – марте 2005 года // Новые технологии в диагностике и лечении инфекц. болезней: сб. тез. VII Росс.съезд инфекционистов. – Н.Новгород, 2006. – С.42.
4. Милютин Л.Н., Рожнова С.Ш., Гурьева О.В. Вопросы этиотропной терапии сальмонеллеза Enteritis у детей // Новые технол. в диагностике и лечении инфекц. болезней: сб. тез. VII Росс.съезд инфекционистов. – Н.Новгород, 2006. – С.93-94.
5. Мхитарян Д.М., Гюлазян Н.М., Асоян А.В. и др. Особенности пищевой вспышки сальмонеллеза в закрытом коллективе // Новые технол. в диагностике и лечении инфекц. болезней: сб. тез. VII Росс.съезд инфекционистов. – Н.Новгород, 2006. – С.94.
6. Онищенко Г.Г. Эпидемиологическая обстановка и основные направления борьбы с инфекционными болезнями в Российской Федерации за период 1991-1996гг // Эпидемиол. и инфекц. болезни. – 1997. – №3. – С.4-7.
7. Пак С.Г., Турьянов М.Х., Пальцев М.А. Сальмонеллез. – М.: «Медицина», 1988. – С.303.