

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Кировская государственная медицинская академия

Проблема сальмонеллеза остается актуальной на протяжении последних трех десятилетий. В связи с тем, что в Российской Федерации увеличивается число лиц старше 60 лет, особое значение приобретает исследование кишечных инфекций, в частности, сальмонеллеза, у лиц пожилого и старческого возраста. Возрастные изменения со стороны многих органов и тканей определяют снижение способности организма человека препятствовать проникновению патогенных микроорганизмов и противостоять развитию инфекционного процесса [1,2,6]. Бактериальные инфекции представляют серьезную проблему в пожилом возрасте и оказывают существенное влияние на течение многих хронических заболеваний, приводя к увеличению сроков госпитализации, ухудшению прогноза и росту летальности у этой категории больных [1].

Цель нашего исследования: изучение течения сальмонеллеза у пациентов старше 60 лет, а также его особенностей на фоне различных хронических заболеваний.

Материалы и методы

В данной работе были проанализированы клинические проявления сальмонеллеза у 125 больных от 60 до 86 лет (41 мужчина и 84 женщины). Для контрольной группы было взято 30 пациентов в возрасте от 20 до 40 лет (12 мужчин и 18 женщин). Все больные находились на стационарном лечении в Кировской городской инфекционной больнице в 1997-2000 гг. и были сформированы в группы по мере поступления методом сплошной случайной выборки. Диагноз сальмонеллеза подтвержден у всех больных бактериологически и серологически в реакции РТГА (нарастание титра антител в четыре раза в динамике заболевания). У всех пациентов основной группы имела место та или иная сопутствующая патология. По наличию сопутствующих заболеваний больные 1-й группы были разделены на три подгруппы: пациенты с патологией желудочно-кишечного тракта - 45 человек (хронический гастрит, колит, гепатит, холецистит, желчнокаменная болезнь); патологией сердечно-сосудистой системы - 50 человек (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца); с эндокринными заболеваниями, в частности, сахарным диабетом - 30 человек.

Результаты и обсуждение

В подавляющем большинстве случаев возбудителем сальмонеллеза являлась *Salmonella enteritidis*, лишь у 9,5% лиц старше 60 лет и у 3,3% молодых заболевание было вызвано *Salmonella typhimurium*. У двух пациентов старше 60 лет заболевание протекало в генерализованной септической форме (1,6%). У остальных больных (98,4%) выявлена гастроинтестинальная форма болезни (гастроэнтерит - 10,2%, энтероколит - 26%, гастроэнтероколит - 62,2%).

У всех пациентов основной группы предполагался пищевой путь заражения. Большинство больных старше 60 лет (60,8%) связывают заболевание с употреблением в пищу сырых яиц и мяса кур. Этот факт, в случае тщательного собранного эпиданамнеза, помогает уже на ранних стадиях заподозрить у пожилых пациентов сальмонеллез. На основании клинико-эпидемиологических данных предварительный диагноз «сальмонеллез» был поставлен в приемном покое 30% пациентов старше 60 лет. Остальным больным был выставлен посиндромальный диагноз.

В большинстве случаев у пожилых людей отмечалась средняя степень тяжести сальмонеллеза (74,8%), легкая степень тяжести выявлена в 2,3%, тяжелая - в 22,8%. Лихорадка отмечалась у большинства пациентов старше 60 лет и характеризовалась подъемом температуры тела до максимальных цифр в течение первых суток болезни. Средняя продолжительность лихорадки составила $2,7 \pm 0,8$ дней. У трети больных было зарегистрировано афебрильное течение сальмонеллеза (таблица 1).

Поражение желудочно-кишечного тракта проявлялось, в первую очередь, тошнотой, рвотой, поносом и болями в животе. Тошнота и рвота встречались в 55,9% случаев. Боли в животе в 62,1% носили постоянный характер и сохранялись в течение $6,0 \pm 1,2$ дней. Расстройство стула наблюдалось у 97,7% пациентов. Почти у трети пациентов частота стула составила более 10 раз в сутки. Нормализация стула происходила к $6,0 \pm 1,8$ дню болезни.

В общем анализе крови у трети пациентов был зарегистрирован лейкоцитоз. У большинства больных отмечался сдвиг лейкоцитарной формулы влево и ускорение СОЭ. В то же время лейкопения отмечена у 15,7% пациентов. В целом заболевание характеризовалось умеренным лейкоцитозом и незначительным повышением СОЭ (таблица 1).

У 41% пациентов старше 60 лет сальмонеллез сопровождался осложнениями. В 24,4% случаев отмечались признаки дегидратации I-III ст. Инфекционно-токсический шок развивался у 6,2% больных, острая почечная недостаточность - у 6,2%, дисбактериоз кишечника - у 2,0% и пневмония - у 2,2% пациентов.

Таким образом, сальмонеллез у пациентов пожилого и старческого возраста сопровождается умеренно выраженной лихорадочной реакцией, преимущественным развитием гастроэнтероколита средней степени тяжести. Более чем у трети больных зарегистрированы разнообразные осложнения.

Приведем пример из практики. Больной П., 69 лет. Поступил в городскую инфекционную больницу 1.09.1999 г. Заболел остро, 31.08.99 г. утром. Заболевание связывает с употреблением в пищу омлета. Сначала

появилась головная боль, слабость, температура тела 37,8°C. Затем присоединилась тошнота и однократная рвота. Жидкий стул более 10 раз в сутки, обильный с примесью слизи. К вечеру беспокоила сильная слабость, головокружение, сильная сухость во рту. Была вызвана бригада скорой помощи. Госпитализирован в стационар.

При осмотре состояние тяжелое. Больной вялый, заторможен. Температура тела 37,6°C. Кожные покровы бледные, суховаты. Язык сухой, обложен серым налетом. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД - 90/60 мм.рт.ст., живот мягкий, чувствителен при пальпации во всех отделах. Печень на 1 см выше тупает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии, плотноэластической консистенции, безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, диурез 650 мл. Стул на приеме: обильный, коричневого цвета, с большим количеством слизи.

В общем анализе крови: лейкоциты - $4,0 \cdot 10^9/\text{л}$, палочкоядерные - 21%, сегментоядерные - 56%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 16%, моноциты - 6%, СОЭ - 5 мм/ч. В общем анализе мочи: протеинурия - 0,099 г/л, лейкоциты - 2-5 в п/зр, эритроциты - 0-1 в п/зр. Копрограмма: слизи много, реакция Грегерсена отриц., эритроциты - 0-3 в п/зр., лейкоциты - 60-80 в п/зр.

При бак. посеве кала высеив *Salmonella enteritidis* гр. Д.

Больному выставлен диагноз: сальмонеллез, вызванный *Salmonella enteritidis* гр. Д, гастроинтестинальная форма, гастроэнтероколитический вариант, тяжелое течение. Дегидратация II ст. Сопутствующий диагноз: ИБС: стенокардия на фоне ИФК. НКР.

Больной получал этиотропную терапию - ципрофлоксацин по 0,5х2 раза в сутки в течение 7 суток, инфузионную терапию - глюкозо-солевые растворы с целью регидратации, антидиарейные препараты - индометацин по 0,025х2 раза в сутки, ферменты - мезим-форте по 1 драже 3 раза в сутки, позднее были назначены био препараты. После проведенного лечения состояние больного улучшилось. Температура тела нормализовалась к четвертому дню болезни, стул к седьмому. Больной был выписан на четырнадцатый день болезни в удовлетворительном состоянии.

Результаты наших исследований показывают, что сальмонеллез у лиц старше 60 лет не всегда протекает типично (афебрильное течение, отсутствие воспалительных изменений со стороны крови), что подтверждается данными литературы [3,6].

При сравнительном анализе течения сальмонеллеза у лиц старше 60 лет и молодых людей нами были выявлены следующие различия (таблица 1). У молодых пациентов реже зарегистрировано афебрильное течение сальмонеллеза ($p < 0,001$). Боли в животе у лиц от 20 до 40 лет в

большинстве случаев носят схваткообразный характер, а у лиц старше 60 лет преобладают постоянные боли разлитого характера. Болевой синдром менее продолжительный. Частый стул (более 10 раз в сутки) реже встречается у молодых пациентов ($p<0,01$). Нормализация стула происходит быстрее у молодых пациентов ($6\pm1,2$ дней и $3\pm1,0$ дня соответственно). В крови у пациентов старше 60 лет достоверно чаще встречаются лейкопения ($p<0,01$) и ускорено СОЭ ($p<0,001$). У лиц пожилого и старческого возраста осложнения встречаются чаще (36,8% и 19,9% у пациентов молодого возраста).

В ходе нашего исследования мы изучили клинические проявления сальмонеллеза у больных пожилого и старческого возраста с различной хронической сопутствующей патологией (таблица 2). У больных с сахарным диабетом по сравнению с пациентами других групп чаще встречаются тяжелые формы сальмонеллеза, афебрильная реакция, лейкопения. У пациентов с патологией со стороны желудочно-кишечного тракта наиболее выражены воспалительные изменения со стороны крови. Кроме того, следует отметить, что у больных с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы чаще встречаются такие осложнения, как инфекционно-токсический шок и острая почечная недостаточность.

Выводы

1. Течение сальмонеллеза у пациентов пожилого и старческого возраста имеет отличия по сравнению с молодыми пациентами: достоверно чаще отмечается афебрильное течение, выраженный диарейный синдром, лейкопения и в два раза чаще выявляются осложнения (признаки дегидратации I-III ст., инфекционно-токсический шок, острая почечная недостаточность).

Клинико-лабораторные показатели	Больные	
	1-я группа (старше 60 лет) n=125, %	2-я группа (20-40 лет) n=30, %
Афебрильное течение	30,6 $\pm$ 4,1**	3,3 $\pm$ 3,3
Субфебрильная лихорадка	26,0	36,6
Фебрильная лихорадка	43,3	60,0
Судороги	6,2	0
Боли в животе: схваткообразные постоянные	80,3	86,3
	37,9	63,5
	62,1	46,5
Частота стула:	26,7	40,0
до 5 раз в сутки		
5-10 раз в сутки	43,3	46,6
более 10 раз в сутки	27,5 $\pm$ 3,9*	10 $\pm$ 5,4
Стул с примесью крови и слизи	64,4	54,4
Увеличение печени	11,8	6,6
Признаки дегидратации	24,4	16,6
ИТШ	6,2	3,3
ОПН	6,2	0
Лейкопения ($L<4*10\%$)	15,7 $\pm$ 3,3*	3,3 $\pm$ 3,3
Лейкоцитоз ($L>9*10\%$)	30,7	26,6
Нейтрофильный сдвиг влево ($ПЯ>7\%$)	85,0	90,0
Ускорение СОЭ 1 ($СОЭ>15$ мм/ч)	66,1 $\pm$ 4,2**	33,3 $\pm$ 8,6

Течение сальмонеллеза у п

Таблица 1

пациентов различного возраста

ИТШ - инфекционно-токсический шок. ОПН - острая почечная недостаточность. * - $p<0,01$ ** - $p<0,001$

2. При изучении клиники сальмонеллеза у лиц пожилого и старческого возраста в зависимости от сопутствующей патологии было выявлено, что для пациентов с сахарным диабетом характерно отсутствие лихорадки и лейкопения, а в случае сопутствующей сердечно-сосудистой патологии сальмонеллез чаще протекает с осложнениями.

Литература

- Аверецкий Л. И., Лабезник Л. Б., Яковлев С. В. Диагностика и лечение бактериальных инфекций у пожилых. М: Универсум Паблишинг. - 1997-238 с.
- Бухарин О. В., Коган Ю. Д., Бурмистрова А. Л. Сальмонеллы и сальмонеллезы. Екатеринбург. - 2000. - 254 с.
- Дунаевский О. А., Постовит В. А. Особенности течения инфекционных болезней у лиц пожилого и старческого возраста. Л. - Медицина - 1982. - 283 с.
- Ключарев А. А., Новиков П. А. Сальмонеллез (клиника, диагностика, лечение). Здоровоохранение Белоруссии. - 1990. - № 3. - С. 50-54.
- Пак С. Г., Турьянов М. Х., Пальцев М. А. Сальмонеллез. М. - 1988. - 304 с.
- Юцук Н. Д., Бродов Л. Е., Ахметов Д. Р. Диагностика и дифференциальная диагностика острых кишечных инфекций. М. - 1998. - С. 115.

PECULIAR PROPERTIES OF SALMONELLOSIS IN ELDERLY PATIENTS

A. L. Bondarenko, E.O. Ytenkova, V.I. Zhuikova, A. N. Krasnykh, O.N. Lubeznova

Kirov state medical academy

The article presents peculiar clinical features of salmonellosis in elderly patients. The clinical picture of salmonellosis was studied in three groups of patients with different attendant chronic diseases (diabetes mellitus, cardiovascular diseases, gastrointestinal diseases). The clinical analysis indicates that the disease is characterized by specific features in this group. All patients had gastrointestinal form of salmonellosis. Gastroenterocolitis was registered in 62, 2%. The portion of patients with afebrile clinic of salmonellosis was 30%. The abdominal pains had atypical character. Complications were detected in 41%. There were dehydration, septic shock, acute renal insufficiency and pneumonia. Diabetes mellitus patients had the most severe forms of salmonellosis.

Течение сальмонеллеза у пациентов пожилого и старческого возраста с различными сопутствующими заболеваниями

Признаки	Больные с сопутствующими заболеваниями		
	Желудочно-кишечного тракта п=48,%	сердечно-сосудистой системы п=50,%	сахарным диабетом п=30,%
Средняя степень тяжести	75,0	81,4	68,0
Тяжелая форма	23,0	17,1	30,0
Слабость	57,0	86,2	90,0
Афебрильное течение	14,6±5,0*	14,9±5,0*	34,0±8,6
Субфебрильная лихорадка	25,0	27,1	45,0
Лихорадка более 38°C	44,0	54,0±7,0**	21,0±7,4
Тошнота и рвота	56,3	68,0	67,0
Жидкий стул до 5 раз в сутки	17,0	21,4	10,0
Жидкий стул от 5 до 10 раз в сутки	29,2	22,9	45,0
Лейкоцитоз (L>9*10%)	31,0± 6,5*	21,4	10,0±5,4
Лейкопения (L<4*107л)	8,3	4,2*	11,0
Палочкоядерный сдвиг (палочкоядерные нейтрофилы>7%)	77,0	51,4	58,6
Ускорение СОЭ СОЭ>15 мм/час	50,0	47,2	56,0
Признаки дегидратации	12,0	20,0	12,3
ОПН	0	7,1	0
ИТШ	0	1,4	0

ЖКТ - желудочно-кишечный тракт.

ИТШ - инфекционно-токсический шок.

ОПН - острая почечная недостаточность.

* - p<0,05 по сравнению с больными сахарным диабетом

** - p<0,01 по сравнению с больными сахарным диабетом