

Среди заболеваний чаще всего встречались обострение хронических бронхитов, назофарингитов, трахеитов, пневмонии, астмы – 28% (199 чел.), острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей, тонзиллиты и гастроэнтериты – 20% (146 чел.), обострение гастритов, панкреатитов, холециститов и др. – 12% (89 чел.), далее следуют госпитализации по поводу гинекологических и сердечно-сосудистых заболеваний – по 6% (по 40 чел.) и др.

Среди травм, требующих стационарного лечения, закрытые черепно-мозговые травмы, сотрясения головного мозга, ушибы мягких тканей головы и шеи, переломы мелких костей лицевого черепа составляют 38% (38 чел.), травмы нижних конечностей – 33% (33 чел.), травмы верхних конечностей – 17% (17 чел.) и др.

В олимпийских больницах 3,5 тысячи пациентов обследованы на компьютерном томографе, 700 пациентов – на магнитно-резонансном томографе, также проведено около 7 тысяч УЗ-исследований. За время Олимпийских и Паралимпийских игр проведено порядка 400 оперативных вмешательств.

В преддверии Олимпийских и Паралимпийских игр проведен комплекс мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распро-

странения инфекций. В частности, вакцинировано более 8 тысяч человек. Предпринятые меры позволили избежать групповых и массовых заболеваний. За время проведения Игр количество обращений за медицинской помощью по поводу инфекционных заболеваний не превышало среднестатистических показателей. В структуре заболеваемости преобладали воздушно-капельные инфекции (60%), кишечные инфекции (29%) и заболевания органов дыхания (4%). Среди спортсменов случаев подтвержденных инфекционных заболеваний не было.

Под руководством краевой администрации и под пристальным вниманием Министерства здравоохранения Российской Федерации министерством здравоохранения Краснодарского края в предшествующие 4 года была проведена комплексная работа по подготовке к медицинскому обеспечению Олимпийских игр. Результатом проведенной работы стала высокая оценка уровня организации и качества оказания медицинской помощи со стороны Международного олимпийского комитета, АНО «Оргкомитет «Сочи-2014», спортсменов, болельщиков и участников XXII Олимпийских зимних игр и XI Паралимпийских зимних игр 2014 года в г. Сочи.

Поступила 14.01.2015

З. Ю. ХУРУМ, Е. Г. ШАПРАН, Н. В. ГОРБУЛИНА

САЛЬМОНЕЛЛЕЗ ПОД МАСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения Краснодарская городская клиническая больница скорой медицинской помощи,
Россия, 350035, г. Краснодар, ул. 40 лет Победы, 14. E-mail: zarema_hur@mail.ru*

Изучены особенности клинических проявлений у больных сальмонеллезом с подозрением на хирургические заболевания и тактика ведения таких больных.

Проведен анализ историй болезни у 13 больных с подтвержденным сальмонеллезом (с гастроинтестинальной формой – 10, генерализованной формой – 3), предварительно госпитализированных в хирургический стационар с подозрением на различные хирургические заболевания. Проведенные исследования установили сложность дифференциальной диагностики на первичном этапе в связи со схожестью клинических проявлений болезней. И только динамическое наблюдение за больными, а в ряде случаев необходимость хирургического вмешательства позволяли уточнять диагноз.

Ключевые слова: сальмонеллез, хирургические заболевания.

Z. Y. KHURUM, E. G. SHAPRAN, N. W. GORBULINA

SALMONELLOSIS UNDER A MASK OF SURGICAL DISEASES

*Municipal budget establishment of public health services the Krasnodar city clinical hospital of the first help,
Russia, 350035, Krasnodar, str., 40 let Pobedy, 14. E-mail: zarema_hur@mail.ru*

Features of clinical displays at sick by a salmonellosis with suspicion on surgical diseases and tactics of introduction of such patients are studied.

At 13 patients with the confirmed salmonellosis (with gastrointestinal the form-10, generalized the form-3) preliminary hospitalized the analysis of the case record is lead to a surgical hospital with suspicion on various surgical diseases. Carried out researches have established complexity of differential diagnostics at a primary stage in communication with similarity of clinical displays of illnesses. And only dynamic supervision over patients, and in some cases necessity of surgical intervention allowed to specify the diagnosis.

Key words: salmonellosis, surgical diseases.

В настоящее время заболеваемость острыми кишечными инфекциями в мире продолжает оставаться на высоком уровне. Большую долю в ней занимает сальмонеллез, заболеваемость которым также не имеет устойчивой тенденции к снижению. Причина этого явления, по мнению большинства исследователей, связана с интенсификацией животноводства на промышленной основе, изменившимся характером и масштабами реализации пищевых продуктов, значительным увеличением экспортно-импортных связей между странами, интенсификацией миграционных процессов [3, 4]. Другой эпидемиологической особенностью сальмонеллеза в настоящее время является преимущественно спорадический характер его распространения. Установлено, что спорадическая заболеваемость по существу является следствием возникновения вспышек сальмонеллеза, характер которых изменился, вследствие чего эпидемиологическая расшифровка их затруднена. Они возникают преимущественно в результате поступления в торговую сеть различных пищевых продуктов, инфицированных сальмонеллами [8].

Так, в 2013 г. в Краснодарском крае зарегистрировано 20 932 заболевания острыми кишечными инфекциями установленной и неустановленной этиологии, интенсивный показатель – 472,6 на 100 тыс. населения, что выше на 10,52% уровня заболеваемости за аналогичный период 2012 г. (интенсивный показатель – 427,6, а за 2011 г. – 405,9). Средний удельный вес сальмонеллез в структуре кишечных инфекций составил 5,2%. В последние годы в Краснодарском крае показатель заболеваемости сальмонеллезами повысился на 2,49% в 2013 г. и составил 22,67 на 100 тысяч населения (1188 случаев), в 2012 г. – 22,12 (172 случая), в 2011 г. – 18,4 (944 случая) [7].

Основным путем передачи инфекции по-прежнему остается пищевой, преобладающими факторами передачи – продукты птицеводства. Болеет преимущественно городское население (более 80%). В этиологической структуре сальмонеллеза, как и в предыдущие годы, преобладают сальмонеллы группы D (*S. enteritidis*), в среднем 77,6% от всех диагностированных случаев. Удельный вес сальмонелл группы С, выделяемых от больных, составил 6,5%, в первую очередь *S. infantis* [3, 7].

Источниками инфекции являются в основном домашние животные и птицы, однако определенное значение играет и человек (больной, носитель) как дополнительный источник [4].

Известно, что 95% заболеваемости сальмонеллезом составляет гастроинтестинальная форма инфекции, клиническая диагностика которой не представляет особых затруднений у практических врачей. Однако боли в животе бывают настолько выраженными и разными по локализации, что заставляют врачей и самих больных обращаться в хирургические отделения с различными диагнозами [1].

Исключительное значение имеет дифференциальная диагностика пищевых токсикоинфекций и заболеваний, при которых ошибки в диагностике могут иметь особенно тяжелые последствия. Это заболевания, при которых, как правило, необходима срочная хирургическая помощь: острый аппендицит, перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, острый холецистит, тромбоз мезентериальных сосудов, кишечная непроходимость, острый панкреатит, пельвиоперитонит генитального происхождения, нарушенная внематочная беременность, некоторые заболевания органов мочеполовой системы, а также инфаркт миокарда и пневмония [2].

По имеющимся сведениям, больным, обращающимся за медицинской помощью по поводу сальмонеллеза, ставят до 35 ошибочных диагнозов. По данным Б. Л. Осповата, А. И. Копылкова, среди больных, поступивших в Московскую больницу им. С. П. Боткина с диагнозом пищевой токсикоинфекции, у 8,6% в дальнейшем было диагностировано острое хирургическое заболевание. Остальные 10% составляли больные перитонитами на почве перфорации органов пищеварительного аппарата, пельвиоперитонитом генитального происхождения, внематочной беременностью, с ущемленными грыжами [6]. А среди больных, поступивших в стационар по поводу острых хирургических заболеваний, 9,9% страдали пищевой токсикоинфекцией. А. М. Карякин, разбирая причины ошибок в распознавании сальмонеллеза, на основании анализа историй болезни 3513 больных с экстренными хирургическими заболеваниями отметил 8 заболевших (0,2%), у которых сальмонеллезная инфекция создавала картину острого хирургического заболевания [5].

В связи с этим мы проанализировали клиническое течение сальмонеллеза по историям болезни всех больных, выписавшихся из МБУЗ КГК БСМП с диагнозом «сальмонеллез» за последние 3 года.

В 2011 г. поступило 2 больных, в 2012 г. – 4, в 2013 г. – 7 (всего 13 больных). Направлены больные: приемным отделением СКИБ (Специализированной клинической инфекционной больницы) – 6, бригадами «Скорой медицинской помощи» – 3, поликлиникой – 3 и самообращение – 1. Из них 7 женщин и 6 мужчин. Средний возраст составил 47 лет. Максимальный срок наблюдения и обследования больной с гастроинтестинальной формой сальмонеллеза составил 5 суток от момента поступления в больницу. Больная А. 28 лет, госпитализирована с диагнозом «острый аппендицит» (при лапароскопии выявлен острый мезаденит, после антибактериальной терапии выписана с выздоровлением); с генерализованной формой – 36 дней. Больной Б. 62 лет, с сопутствующими заболеваниями (сахарный диабет, ИБС, стенокардия, ХСН-II), госпитализирован с диагнозом «острый тромбоз глубоких вен». Средний койко-день при гастроинтестинальной форме (10 больных) составил 2,7 дней, при генерализованной форме (3 больных) – 17,3. С диагнозом «острый аппендицит» поступило 5 больных, что составило 38% от общего количества больных с сальмонеллезом, с острым панкреатитом – 3 (23%), с перитонитом – 2 (15,2%), с острым холециститом – 1 (7,6%), с нагноившейся гематомой ягодицы – 1 (7,6%), с острым тромбозом глубоких вен – 1 (7,6%). С сопутствующими заболеваниями поступило 8 больных (хроническое воспаление матки и придатков – у 3, ИБС, стенокардия, ХСН-II – у 3, ЖКБ – у 2, хронический панкреатит – у 2). Больные поступали в стационар на 1–6-е сутки болезни (в 1-е сутки – 3 больных, на 2-е сутки – 4 больных, на 3-и сутки – 4 больных и на 6-е сутки – 2 больных).

Легкое течение болезни наблюдалось у 2 (15,5%) больных, средней тяжести – у 8 (61,5%) больных, у 3 (23%) больных – тяжелое течение (1 – с гастроинтестинальной формой сальмонеллеза, у 76-летней женщины, поступившей в стационар с диагнозом «острый холецистит», которая переведена через 3 дня в СКИБ, и у 2 больных с генерализованной внекишечной формой сальмонеллеза, которые лечились в БСМП в среднем 23 дня).

У 11 больных заболевание начиналось остро с болей в животе. Боли в животе носили периодический характер, локализовались преимущественно в правой подвздошной области, усиливались при движении у 5 больных, боли в эпигастрии и левом подреберье наблюдались у 3 больных,

боли по всему животу с перитонеальными знаками – у 2 больных и в правом подреберье – у 1 пациента. Отсутствовали боли в животе у 2 больных с генерализованной (внекишечной) формой сальмонеллеза.

У 3 больных (23% от общего количества больных) отмечена отчетливая положительная динамика уже в первые часы от начала консервативного лечения (дезинтоксикационное, антибактериальное и спазмолитическое): уменьшение болей в животе, исчезновение перитонизма, снижение выраженности интоксикационного синдрома, что позволило воздержаться от операции и через сутки динамического наблюдения перевести их в инфекционную больницу с диагнозом «бактериальная кишечная инфекция неуточненной этиологии». У 6 больных (46%) явного эффекта от проводимой медикаментозной терапии в течение 4–6 ч получено не было. Более того, нередко отмечали усиление болей в правой подвздошной области и правом подреберье, что и послужило основанием для оперативного вмешательства (диагностическая лапароскопия). У 3 оперированных больных выявлен острый мезаденит, у других хирургической патологии не обнаружено.

Рвота пищей до 3–4 раз в сутки наблюдалась у 3 больных в течение первых дней болезни, она обусловлена интоксикацией и сочеталась с энтеритом, энтероколитом. В основном рвота предшествовала другим расстройствам пищеварения, в частности поносу. У поступивших к нам больных в 100% случаев при гастроинтестинальной форме сальмонеллеза (10 случаев) был жидкий стул – от кашицеобразного до водянистого, от 3–4 до 10 раз в сутки, в копрограмме – консистенция жидкая, с зеленью (у 3 больных), слизь++++, лейкоциты сплошь в поле зрения, эритроциты в большом количестве. У 3 больных с внекишечным сальмонеллезом (экстраинтестинальной формой) стул был оформлен.

У всех госпитализированных больных была лихорадка от 37,8° до 39°, которая купировалась в течение 2–3 дней на фоне проводимой антибактериальной и дезинтоксикационной терапии. Следует уточнить, что температура, как правило, редко поднимается выше 37°–37,5° при хирургических заболеваниях и выраженная общая реакция организма при хирургической патологии может быть предвестником серьезного осложнения – перитонита.

Количество лейкоцитов в крови варьировало от 3,2 до 26,7х10⁹/л, остальные показатели, включая биохимические, в пределах нормы.

Ультразвуковое исследование брюшной полости проведено 6 больным (46% от общего количества). У 3 больных выявлены признаки гидроперитонеума, у 2 – диффузных изменений

паренхимы поджелудочной железы и холецистолитиаза, у 1 – локального энтеростаза.

У 12 больных диагноз подтвержден бактериологически (копрокультура), у 1 серологически в диагностическом титре (1:200). Превалировал штамм *S. enteritidis* – 7 больных, *S. London* – 3, *S. braudenburg* – 1, *S. typhimurium* – 1. Осмотрены инфекционистами в приемном отделении 10 больных с гастроинтестинальной формой. У них заподозрена острая кишечная инфекция, даны рекомендации по изоляции в отдельные палаты, лечению в зависимости от тяжести болезни (внутривенные инфузии кристаллоидов от 800 мл до 2 л в сутки, фторхинолоны в среднетерапевтических дозах), обследованию (бактериологическое исследование кала на кишечную патогенную флору и серологические исследования на сальмонеллез и дизентерию). После динамического наблюдения (1–5 дней) и исключения хирургической патологии, еще до получения результатов бактериологических исследований, они переведены в СКИБ с диагнозом «бактериальная кишечная инфекция».

Значительную трудность для диагностики, лечения и профилактики представляет собой генерализованная форма сальмонеллеза (по нашим данным, 3 больных). Зарубежные авторы выделяют в ней отдельную группу – внекишечный (экстраинтестинальный) сальмонеллез [9, 10]. В нашем случае у 2 больных, поступивших с диагнозами «нагноившаяся гематома правой ягодицы» и «нагноившаяся гематома брыжейки тонкой кишки», из раны и выпота брюшной полости выделена *S. London*, у 3-го больного с диагнозом «нагноившаяся гематома левой голени» из раны выделена *S. enteritidis*.

Исходя из вышеизложенного можно сделать следующие выводы:

– при острых кишечных заболеваниях (чаще всего сальмонеллезе) нередко развиваются симптомокомплексы, характерные для некоторых хирургических заболеваний, требующие госпитализации в хирургический стационар;

– состояние такой группы больных оценивается чаще как средней тяжести (61,5%). Средний койко-день при гастроинтестинальной форме составил 2,7, при генерализованной форме – 17,3. Наибольшее количество больных поступало на 2-е сутки болезни (4 больных – 31%) и с подозрением на острый аппендицит (5 больных – 38%). Динамическое наблюдение за больными длилось от 1 до 5 суток. Хирургическому вмешательству из-за болевого синдрома подверглись 46% (6) больных, у 50% оперированных выявлен острый

мезаденит, у остальных хирургической патологии не обнаружено. У всех больных с гастроинтестинальной формой сальмонеллеза (10 больных) хирургическая патология не подтвердилась;

– при наличии несомненных признаков острого инфекционного кишечного заболевания с симптомами хирургических заболеваний допустима активно-выжидательная тактика. Однако отсутствие явного эффекта от непродолжительной интенсивной терапии требует экстренного хирургического вмешательства;

– после диагностической лапароскопии или аппендэктомии по поводу катарального аппендицита, особенно сопровождающегося мезаденитом, часто имеющего специфическую природу, необходимо бактериологическое обследование больного (посевы кала и содержимого червеобразного отростка) для этиологической расшифровки диагноза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грицюк А. И., Нетяженко В. З., Пелещук А. П. и др. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней. – Киев: Здоровья, 1985. – 196 с.
2. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней: Руководство для врачей / Т. М. Зубик, К. С. Иванов, А. П. Казанцев, А. Л. Лесников. – Ленинград: Медицина, 1991. – 341 с.
3. Инфекционные болезни: Учебник / Под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – Издание 2-е. – 704 с.
4. Инфекционные болезни. Национальное руководство для системы последилового образования / Под ред. Н. Д. Ющука. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1056 с.
5. Карякин А. М. Седьмая Российская гастроэнтерологическая неделя (29.10–02.11.2001 г., Москва // Вестник хирургии им. И. И. Грекова / А. М. Карякин, М. А. Иванов. – 2002. – № 4. – С. 112–113.
6. Ословат Б. Л., Копылов А. И. Острые заболевания брюшной полости под маской пищевой токсикоинфекции // Библиотека практического врача. – М.: Медицина, 1971. – 196 с.
7. О состоянии инфекционной заболеваемости и инфекционной службы в Краснодарском крае в 2013 году и задачах на 2014 год (<http://www.pandia.ru/text/77/515/14906.php>).
8. Руководство по инфекционным болезням / Под ред. В. М. Семенова. – М.: ООО «Миа», 2009. – 752 с.
9. Wilkins E. G., Roberts C. Extraintestinal salmonellosis // Epidemiol. infect. – 1988. – Vol. 100. – P. 361–368.
10. Zaidi E., Bachur R., Harper M. Non-typhi Salmonella bacteremia in children // Pediatr. infect. dis. j. – 1999. – Vol. 18. – P. 1073–1077.

Поступила 15.12.2014