

УДК 616.988.55-036.2:616.988.55-097

Ю. П. Харченко, д-р мед. наук, проф., А. М. Михайлова, д-р мед. наук, проф.,  
Г. О. Борисова, канд. мед. наук, доц., Г. А. Шаповалова, канд. мед. наук,  
С. О. Костенко, І. В. Юрченко, канд. мед. наук, доц.

## СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЧЕРЕВНОГО ТИФУ

*Одеський державний медичний університет, Одеса, Україна*

УДК 616.988.55-036.2:616.988.55-097

Ю. П. Харченко, А. М. Михайлова, Г. А. Борисова, А. А. Шаповалова,  
С. А. Костенко, І. В. Юрченко

### СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРЮШНОГО ТИФА

*Одесский государственный медицинский университет, Одесса, Украина*

Изучены клинические и эпидемиологические особенности современного течения брюшного тифа у 32 больных. Выявлено, что острое начало, наличие симптомов гастроэнтероколита, высокая степень интоксикации, наличие гепатолуэнального синдрома на фоне эпидемиологической ситуации позволяют своевременно поставить диагноз брюшного тифа и начать лечение.

**Ключевые слова:** брюшной тиф, эпидемиология, клиника, современное течение.

UDC 616.988.55-036.2:616.988.55-097

Yu. P. Kharchenko, A. M. Mikhaylova, G. O. Borisova, G. A. Shapovalova,  
S. O. Kostenko, I. V. Yurchenko

### THE MODERN FEATURES OF ABDOMINAL TYPHUS

*The Odessa State Medical University, Odessa, Ukraine*

The clinical and epidemiological features of abdominal typhus modern course were studied in 32 patients. The result was the following: an acute onset, symptoms of gastroenterocolitis, high level of intoxication, hepatolienal syndrome based on epidemiological situation make it possible to diagnose abdominal typhus and start treatment.

**Key words:** abdominal typhus, epidemiology, clinical picture, modern course.

Вперше черевний тиф був описаний на початку XIX ст. Впродовж XIX і на початку XX ст. це було дуже поширене захворювання, яке нерідко набувало характеру епідемії й досі залишається серйозною проблемою охорони здоров'я багатьох країн, у першу чергу тих, що розвиваються. Щороку в світі реєструється близько 16 млн хворих на черевний тиф, 600 тис. хворих умирає. Найбільша кількість хворих — у країнах Південно-Східної Азії й Африки. В СРСР з 1949 по 1977 рр. відзначалася незмінна тенденція до зниження захворюваності на черевний тиф [1–3].

У 90-ті роки у зв'язку з втратою країнами СНД єдиної санітарно-епідеміологічної структури збільшилася захворюваність на гострі кишкові інфекції, зокрема на черевний тиф. Це пов'язано з наявністю черевного тифу в колишніх республіках Радянського Союзу (Азербайджан, Таджикистан, Туркменістан, Казахстан, Киргизія). Захворюваність зумовлена й

міграцією людей як із вищезгаданих країн, так і з держав далекого зарубіжжя — Південно-Східної Азії й Індії. Все це створює загрозу занесення черевного тифу в Україну й виникнення локальних спалахів. Механізм зараження — фекально-оральний. Шляхи передачі — водний, аліментарний, контактано-побутовий. Найважливішим фактором передачі є вода. Забруднення вод річок, озер, іригаційних каналів і ариків відбувається при систематичному зливі неочищених стічних і каналізаційних вод. Подібне забруднення можливе при змиві нечистот зливовими і талими водами, пранні білизни, скиданні у водойми побутових нечистот від хворих. Вода шахтних колодязів забруднюється в результаті просочування нечистот із близько і неправильно розташованих убіралень, відвідуваних носіями інфекції. Це нерідко призводить до групових захворювань, переважно в сільській місцевості. Велику небезпеку становить забруднення води центральних водопроводів, яке

може трапитися при аваріях на головних спорудах, негерметичності водопровідної мережі, оглядових колодязів, нерегулярній подачі води і перепадах її тиску у мережі. В цих випадках можливий підсос поверхневих стоків нечистот в мережу питної води. Великою небезпекою є вживання води з так званих технічних водопроводів. Таким чином, саме водний фактор є провідним і викликає епідемічні спалахи черевно-го тифу, особливо у містах [4; 5].

Менше значення мають харчові продукти. Проте небезпечним фактором передачі збудника черевно-го тифу може бути молоко, інфіковане, як правило, бактеріоносіями при доїнні, транспортуванні, реалізації.

Контактно-побутова передача частіше відбувається в сімейному колі, місцях колективного мешкання людей (гуртожиток, пансіонат і т. п.) при недотриманні правил особистої гігієни [6].

**Мета** даної роботи — аналіз і виявлення клініко-епідеміологічних особливостей спалаху черевно-го тифу в Одесі, зареєстрованого на початку літа минулого року і такого, що поки не має тенденції до загасання.

Черевнотифозна інфекція потрапила до Одеси, напевно, з Молдови. Її завезли торговці сільськогосподарськими продуктами. Ця інфекція розповсюджується дотепер переважно серед людей, що мають за родом своєї діяльності відношення до ринку «Привоз» (продавці, прибиральники, складальники вторинної сировини), й осіб без певного місця проживання. Проте більше 1/3 хворих — люди з соціально благополучних сімей, які до ринку «Привоз» не мають ніякого відношення. Джерела інфекції у цих випадках залишилися нез'ясованими.

Враховуючи виражене неблагополуччя щодо розповсюдження черевно-го тифу останніми роками, в першу чергу пов'язане із міграцією населення з країн, ендемічних за черевним тифом, становить значний інтерес опис особливостей клінічного перебігу захворювання на сучасному етапі. Важливість детального опису клінічної картини сучасного черевно-го тифу перш за все пов'язана з тим, що виросло кілька поколінь лікарів, які не стикалися з цим тяжким захворюванням, у зв'язку з чим почастишали випадки діагностичних помилок на догоспітальному етапі.

Нами спостерігалися 32 хворих, що знаходилися на лікуванні в інфекційній клініці м. Одеси. В основному це люди від 16 до 40 років (70%), із них дітей — 6. Кількість чоловіків і жінок майже однакова.

На догоспітальному етапі тифопаратифозне захворювання було запідозрено всього у 8 хворих (25%). У 12 — помилково діагностовано гострий гастроентерит, харчову токсикоінфекцію, у 7 — ГРВІ, ангіну, бронхіт, 5 — направлені без діагнозу. Навіть на етапі приймально-

го відділення інфекційної клініки захворювання на тиф запідозрили лише в 20 випадках.

За медичною допомогою звернулися запізно: в перші 3 дні — 6 хворих, протягом першого тижня — 9, до 2 тиж — 6, а 9 — навіть після 10-го дня хвороби.

Увесь цей час хворі перебували у контакті з іншими людьми, будучи джерелом інфекції.

Черевний тиф маніфестував підвищенням температури: у 7 хворих — висока (39,0–40,5 °С) вже протягом першої доби, у 20 — зростала протягом 3–4 днів, лише у 5 — підіймалася поступово, впродовж тижня, що найбільш типове для цього захворювання. Всі хворі скаржилися на слабкість, стомлюваність, зниження апетиту, помірний головний біль, сонливість, пригнічений настрій, запаморочення. Порушення свідомості до ступеня оглушення відзначено у 4 хворих, статус тифозус — у одного.

У 14 найтяжчих випадках на початку захворювання спостерігалися озноб, ломота в суглобах. У більшості випадків (75%) відзначалася дисфункція шлунково-кишкового тракту — блювота (у 15), нудота (у 8), діарея (у 24), причому у 12 хворих діарея виникала з перших днів хвороби, у 12 — розвинулася пізніше. Випорожнень було від 3 до 8 на добу у вигляді рідких фекалій із водними домішками. У 6 хворих спостерігалися симптоми ентероколіту — слиз у калі. В літературі є вказівки на можливість розвитку коліту при черевному тифі, проте в описі спалахів хвороби в Україні та країнах СНД за останні роки ми таких даних не зустріли. Тривалість діареї — від кількох днів до 3 тиж.

Типові для тифу запор і метеоризм спостерігалися лише у 7 хворих.

Біль у животі — малоінтенсивний, розлитий був у 2/3 хворих.

У 7 пацієнтів у перші дні захворювання переважали симптоми запалення верхніх дихальних шляхів — кашель, гіперемія зів (ангіна Дюге).

Лише у 5 осіб черевний тиф починався з поступового підйому температури без чіткої органної патології.

У всіх хворих шкірні покриви були бліді, сухі. Типовий розеолезний висип спостерігався у 5 пацієнтів. Характерного для тифу «смаженого» язика — розпластаного, сухого, з коричневим нальотом біля кореня і відбитками зубів — не виявлено у жодного хворого. Язик у всіх інфікованих був сухим, обкладеним біля кореня білим нальотом.

Характерні для тифу брадикардія, артеріальна гіпотонія зафіксовані у 16 осіб.

Симптом Падалки виявлено у 7 хворих, бурчання саесум — у 16, гепатолієнальний синдром — у 29 хворих. Печінка пальпувалася на 1–2,5 см нижче краю реберної дуги, край — ела-

стичний, закруглений, селезінка — м'яка, до 2 см нижче ребра.

Температурна крива в спостережуваних нами випадках мала боткінський характер у 28 хворих. Класичної вундерліхівської кривої не зафіксували у жодного хворого. Тривалість гарячки до 1 тиж зареєстрована у 2, до 2 тиж — у 16, від 2 до 3 тиж — у 9 і понад 3 тиж — у 5 хворих.

За виразністю інтоксикації, органною патологією, тривалістю перебіг захворювання розцінений як тяжкий у 6, середньої тяжкості — у 26 хворих.

У 24 випадках черевний тиф перебігав без ускладнень, у 2 осіб ускладнився перфорацією черевнотифозної виразки в ділянці клубової кишки, фіброзно-гнійним перитонітом. У 4 хворих була незначна кишкова кровотеча без клінічних проявів, виявлена лише під час визначення прихованої крові в калі.

Трофічних порушень у хворих не було, але у 5 діагностовано афтозний стоматит.

У 2 випадках ми спостерігали рецидив черевного тифу, який наступив на 3-му і 4-му тижнях після нормалізації температури і характеризувався як укорочений первинний симптомокомплекс.

Аналіз перебігу черевного тифу у дітей не виявив істотних клінічних відмінностей від перебігу у дорослих. У 5 дітей синдром інтоксикації був виражений значно більше, у всіх — проноси, у 2 — з ознаками коліту. В одній 14-річній дитині трапився рецидив.

Отже, аналіз спалаху черевного тифу в Одесі показав:

— основним осередком інфекції став ринок «Привоз»;

— хворіють переважно соціально неблагополучні верстви населення;

— клінічними особливостями даного спалаху стали гострий початок, частота і вираженість симптомів гастроентериту і навіть ентероколіту, що утрудняло своєчасну клінічну діагностику.

Проте такі дані, як тривала інтоксикація з вираженою температурною реакцією без чіткої органної патології або інтоксикація, не відповідає ступеню наявної органної патології, блідість, сухість шкіри і слизових оболонок, наявність гепатолієнального синдрому з урахуванням епідеміологічної ситуації, все ж таки дозволяють рано запідозрити хворобу, почати адекватну терапію, тим самим уникнути тяжких ускладнень, а також своєчасно провести невідкладні протиепідемічні заходи.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Брюшной тиф / В. Лучшев, Л. Соколова, В. Володина, С. Бурова // Мед. газета. — 2001. — № 57 (3). — С. 43.
2. Покровский В. И., Малеев В. В. Клинические и эпидемиологические особенности вирусного гепатита А и брюшного тифа // Вакцинация. — 1999. — № 3 (3). — С. 46-48.
3. Возианова Ж. И. Инфекции в прошлом, настоящем и будущем // Медицинский всевіт. — 2002. — № 1-2. — С. 86-87.
4. Учайкин В. Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей. — М.: ГЭОТАР-МЕДИЦИНА, 2002. — С. 428-440.
5. Самарина В. Н., Сорочкина О. А. Детские инфекционные болезни. — Изд. 2-е. — СПб.; М.: Нев. диалект; Изд-во БИНОМ, 2000. — С. 131-160.
6. Руководство по инфекционным болезням / Под ред. Ю. В. Лобзина, А. П. Казанцева. — СПб., 2000. — С. 198-205.

УДК 616.12-005.4:615.838:615.825

О. Г. Юшковська, канд. мед. наук, доц.

## КОНЦЕПТУАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ САНОГЕНЕТИЧНОЇ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ САНАТОРНО-КУРОРТНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

*Одеський державний медичний університет, Одеса, Україна*

УДК 616.12-005.4:615.838:615.825

О. Г. Юшковская

## КОНЦЕПТУАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ САНОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*Одесский государственный медицинский университет, Одесса, Украина*

В статье представлены современные взгляды на процессы восстановления здоровья с позиций саногенеза. Саногенетическая концепция реабилитации — это научно обоснованный подход к оценке состояния здоровья человека с учетом наследственных, морфофункциональных, психофизиологических особенностей конкретного индивидуума. Разработана, обоснована и предложена система саногенетической оценки основных критериев, отражающих степень напряжения функциональных систем, которые обеспечивают поддержку и восстановление здоровья.

**Ключевые слова:** саногенез, саногенетическая оценка, ишемическая болезнь сердца.