

1. Покровский В.И., Черкасский Б.Л. Сальмонеллез. – М., АО «Медицинская газета», 1995. – 224 с.
2. Пак С.Г., Данилкин Б.К., Волчкова Е.В., Аленов М.Н. Инфекционные болезни: справочник. – ОО Медицинское информационное агентство», 2008. – 386 с.
3. Лобзин Ю.В., Филогеев Ю.П., Захаренко С.М. Справочник семейного врача. Инфекционные болезни. СПб.: Издательство «Диля», 2005. – 464 с.
4. Богомолов Б.П. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. – М.: ООО «Дизайн-Пресс», 2000. – 232 с.
5. Васильев Б.Я., Васильева Р.И., Лобзин Ю.В. Острые кишечные заболевания. Ротавирусы и ротавирусная инфекция. – Серия «Мир медицины». – СПб: Издательство «Лань», 2000. – 272 с.

Тұжырым

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫНДАҒЫ САЛЬМОНЕЛЛЕЗДІҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЖӘНЕ БАКТЕРИОЛОГИЯЛЫҚ МІНЕЗДЕМЕСІ

(Алматы қаласы И.Жакенова атындағы ҚКИА мәліметтері бойынша)

Е.М. Смаил, И.Л. Кадышева, Б.Д. Даутканова

С.Д. Асфендияров атындағы қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы қаласы

И.С. Жакенова атындағы қалалық клиникалық жұқпалы аурулар ауруханасы, Алматы қаласы

Статьяда Алматы қ. И. Жакенова атындағы ҚКИАның №4 дифференциальды-диагностикалық бөлімшесінің мәліметтері бойынша сальмонеллезді инфекциямен госпитализациялаған науқастардың анализінің нәтижелері берілген. Бөлімшеде 2006-2010 жылдардағы сальмонеллезге қатысты барлық жағдайлардың құжаттары қарастырылып, осы кезеңдегі бактериологиялық зертханалардың есептері анализден өткізілген.

2006-2010 жж. берілген есептер бойынша ҚКИА ішекті инфекциясының бөлімінің бактериологиялық зертханасының бактериологиялық зерттеуінің ұсынған деректері, келесіні айғақтайды, 2006 ж сырқаттанудың төмендеуіне қарамастан, 2007ж үрдістің өсуі, және 2008ж тіркелгендер науқастар саны азаюын, сальмонеллезді инфекцияның этиологиялық құрылымда *S. enteritidis* доминерленген, оның сыбасына 71,7% уақиғалар сәйкес келеді, жастық құрылымда белгіленген: 16-23 жас арасындағы жастар, 60 жастан жоғары қарттар ең жиі сальмонеллезбен ауыруына қауып тобына жатады, және сальмонеллезге маусымдық мінездеме тән емес.

Summary

EPIDEMIOLOGICAL AND BACTERIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF SALMONELLOSIS IN ALMATY

(according to the I. Zhakenova MCID, Almaty)

E.M. Smail, I.L. Kadysheva, B.D. Dautkanova

S.D. Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty

I. Zhakenova Municipal Clinical Hospital of Infectious Diseases, Almaty

The analysis of hospitalized patients with Salmonella infection based on the differential-diagnostic department № 4 Municipal Clinical Hospital for Infectious Diseases, Almaty presented in this paper. Documentation of all cases of salmonellosis in the department in 2006-2010 is considered. Records of bacteriological laboratory analyzed over the period.

The data presented in reports for 2006-2010 indicate that in 2006 there was a certain reduction in the incidence, in 2007 remains a tendency to increase, in 2008 - a decrease in the number of registered patients. In the etiological structure of Salmonella infection was dominated by *S. enteritidis* (71,7% of cases). The age structure indicated that young people aged 16-23 years and persons over 60 years most at risk of contracting salmonella. The seasonal nature of the disease is not always typical of salmonellosis.

УДК 616.831-002-616.523

Ф.Г. Сайфуллина, С.К. Дуkenова, А.К. Бекжанова, Н.М. Сапаргалиева, Б.Б. Кужахметова

КГП на ПХВ «Городская больница №1» УЗ ВКО Акимата, г. Усть-Каменогорск

ВИРУСНЫЕ ЭНЦЕФАЛИТЫ, КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

Аннотация

В данной статье отражена актуальность герпетической инфекции на современном этапе. Приведены клинические примеры герпетических энцефалитов, как проявление тяжести течения заболевания. Обращено внимание практических врачей на возможные диагностические ошибки.

Ключевые слова: инфекционные болезни, вирусные энцефалиты, герпетическая инфекция, диагностические ошибки

Герпетическая инфекция объединяет группу заболеваний, возбудителями которых являются вирусы простого герпеса (ВПГ-1 и ВПГ-2) и характеризующихся преимущественно поражением кожи, слизистых обо-

лочек, ЦНС и склонностью к хроническому, рецидивирующему течению.

Заболевания, вызванные ВПГ-1 и ВПГ-2, отличаются полиморфизмом клинических проявлений.

Так, ВПГ-1 является причиной таких заболеваний как острый герпетический гингивостоматит, Herpes labialis et nasalis, кожные поражения (герпетический дерматит, герпетическая экзема, травматический герпес), поражение глаз (конъюнктивит, кератоконъюнктивит, кератит, иридоциклит), энцефалит, гепатит, генерализованная герпетическая инфекция.

ВПГ-2 является причиной таких заболеваний, как: генитальный герпес, герпетическая диссеминированная инфекция новорожденных, энцефалит. Герпетические заболевания протекают по двум вариантам: I - острые формы, которые имеют либо локализованный, либо генерализованный характер; II - хроническая, рецидивирующая форма. Данная форма герпетической инфекции трудна в диагностике, встречается в любом возрасте у лиц, ранее перенесших бессимптомную или острую форму герпеса. Рецидивы встречаются на фоне циркулирующих противовирусных антител в связи с реактивацией вируса, находящегося в организме в неактивном состоянии. В процессе реактивации снимается регуляторная блокировка, которая приводит вирус в активное состояние. Механизм этого процесса еще не изучен достаточно. Предрасполагающими факторами являются: другие острые респираторные инфекции, обострение тяжелых соматических заболеваний, физический и эмоциональный стресс, другие факторы, способствующие снижению иммунитета [1].

Как первичная, так и рецидивирующая инфекции внутри нервной системы вызывают быстро протекающие тяжелые энцефалиты с высоким процентом летальности.

Наиболее четко статистика герпетических инфекций налажена в США, где ежегодно регистрируется 98 000 000 случаев, из них 5 000 герпетических энцефалитов.

Не является исключением и Республика Казахстан. Ежегодно по области и городу регистрируются серьезные менингиты, этиологический фактор которых не установлен в связи с трудностями лабораторной и инструментальной диагностики. Герпетические энцефалиты входят в эту группу заболеваний. Судить о частоте герпетических энцефалитов сложно, так как трудно установить этиологический фактор. Большинство авторов считают, что причиной тяжелых вирусных энцефалитов является ВПГ-1 а ВПГ-2 представляет угрозу для репродуктивного здоровья населения.

По данным Департамента здоровья США, герпетические энцефалиты составляют 5% от всей герпетической инфекции [2].

Герпетические энцефалиты не имеют четкой сезонности, не зависят от пола и возраста, хотя дети младшего возраста наиболее уязвимы для данной инфекции.

ВПГ вызывает грубые деструктивные изменения в мозговой ткани и периферической нервной системе в виде глиофиброза. Единственным источником и резервуаром герпетической инфекции является человек (вирусоноситель или больной любой формой заболевания). Воратами инфекции служат слизистые оболочки и кожа. Основными путями передачи являются: воздушно-капельный, половой, трансплацентарный (ВПГ-2), контактно-бытовой. Герпетическая инфекция имеет широкое распространение и регистрируется повсеместно. Инфицированность населения ВПГ - 90% среди взрослых, однако проявляется клинически лишь у 20%.

В настоящее время имеется тенденция к росту герпетической инфекции во всем мире, что в первую очередь связано с нарушениями в иммунной системе. К сожалению, на территории СНГ нет четкой статистики герпетической инфекции. В основном учитываются та-

кие формы заболевания, как ветряная оспа, опоясывающий лишай, инфекционный мононуклеоз, возбудители, которых также относятся к группе герповирусов.

Что касается заболеваний, вызванных ВПГ-1 и ВПГ-2 то многие их формы статистически не учитываются. Поэтому актуальность данной патологии имеет значение в современной диагностике, лечении и прогнозе [3, 4].

Практические врачи любой специальности сталкиваются с герпетической инфекцией и обязаны знать эту патологию.

Предлагаем к Вашему рассмотрению 2 случая герпетической инфекции протекающих, в форме герпетического энцефалита с тяжелым течением. В обоих случаях имеет место позднее поступление в неврологический стационар, трудности как клинической, так и лабораторной диагностики. В одном случае - тяжелое течение с выраженными остаточными явлениями со стороны нервной системы, в другом - летальный исход.

Больная М. 43-х лет поступила через 2 недели от начала заболевания в неврологическое отделение БСМП с DS «Острое нарушение мозгового кровообращения».

Жалобы при поступлении на общую слабость, головокружение, нарушение работоспособности, дезориентацию, шаткость походки. Началось заболевание постепенно с недомогания, умеренных катаральных проявлений со стороны ротоглотки, субфебрильной температуры.

Ни с чем связать заболевание не может, но отмечала наличие герпетических высыпаний на лице на фоне ранее перенесенных ОРИ.

При объективном осмотре обращает на себя внимание неврологический статус: заторможена, память снижена. Зрачки D=S, центральный парез мимических мышц слева, язык по средней линии. Проба Барре слабо положительна слева. Парез в левых конечностях слева легкой степени, сухожильные рефлексы S>D. Координационные пробы нарушены, геминестезии слева.

Выставлен предварительный DS «ОНМК по типу ишемии в вертебро-базиллярном бассейне с мнестическими нарушениями. Легкий левосторонний гемипарез, атеросклероз магистральных сосудов головного мозга».

В ОАК в день поступления умеренная гипохромная анемия, умеренная лейкопения (α - $3,2 \times 10^9$), СОЭ 12 мм/ч. Существенных сдвигов в формуле нет.

ОАМ - без выраженных отклонений. Функциональные пробы печени, почек сохранены.

Ликвор прозрачный, бесцветный. Цитоз 2/3 за счет лимфоцитов, белок 0,066 г/л, реакция Таката-Ара - отрицательная, туберкулезная сетка - отрицательная, хлопиды и сахара в пределах нормы.

Осмотрена окулистом, на глазном дне ангиопатия сетчатки с венозным полнокровием.

Исходя из выставленного диагноза назначена патогенетическая терапия: сосудистые препараты, антиоксиданты, антигипоксанты, витамины группы В.

На фоне проведенного лечения состояние больной ухудшилось, через неделю со стороны неврологического статуса нарастает отрицательная динамика: дезориентирована, неадекватна. Зрачки D=S. Недоведение взора в сторону, речь смазана, нарастает парез в левых конечностях до 2 баллов, появляется слабость в правых конечностях. Сухожильные рефлексы S>D. Глотание не нарушено. Соматический статус стабилен.

Продолжено обследование с целью верификации диагноза. R-графия грудной клетки - без патологии, R-графия черепа - признаки внутричерепной гипертензии.

В ОАК в динамике нарастает лейкоцитоз до 10×10^9 г/л, СОЭ до 25 мм/ч без существенных изменений в формуле. В ликворе через 2 недели цитоз не нарастает, количество клеток 3/3, за счет сегментоядерных. Белок 0,099 г/л, уровень хлоридов и сахаров не изменен. Проведено исследование ликвора на спирохеты для исключения нейросифилиса - результат отрицательный.

На 8-й день госпитализации и через 3 недели от начала заболевания проведена КТ головного мозга, в результате которой в заднелобном отделе, справа, в левой теменной области выявлены гипотензивные участки неправильной формы, без четких контуров, общими размерами 36x34x40 мм, 34x42x40 мм, плотностью +25, +26 Ег Н.

Заключение: необходимо дифференцировать некротический энцефалит и димиелинизирующий процесс в полушариях головного мозга, КТ - через 1 месяц.

Учитывая тяжесть клинического течения заболевания, нарастание грубой неврологической симптоматики, протекающей на фоне выраженного интоксикационного синдрома с субфебрильной лихорадкой и полученные инструментальные и лабораторные данные, отсутствие эффекта от лечения, диагноз ОНМК снят и предположена вирусная этиология заболевания. Назначена консультация инфекциониста и обследование на нейроинфекции, в том числе и вирус герпеса.

Проведен ИФА крови в парных сыворотках. 1-я сыворотка взята через 1,5 месяца от начала заболевания, в которой обнаружены антитела класса G к ВПГ, титр антител составляет 1:800; 2-я сыворотка исследована через 3 недели, в которой титр антител возрос и составлял 1:1600. Данное исследование подтверждает активность герпетической инфекции. Учитывая клиническое течение и данные КТ, выставлен клинический диагноз «Хроническая герпетическая инфекция, герпетический энцефалит, тяжелое течение, спастический тетрапарез, грубее слева, псевдо-бульбарный синдром».

В клиническом течении заболевания на фоне стабильного соматического статуса прогрессирует отрицательная динамика со стороны ЦНС: сознание soporозное, дизартрия, через месяц от начала заболевания нарушается глотание, тетрапарез глубокий, сухожильные рефлексы высокие, отведение взора в сторону ограничено. Неврологическая симптоматика протекает на фоне интоксикации, сопровождающейся субфебрильной температурой и мелкоточечными герпетическими высыпаниями на губах и крыльях носа.

По установлению этиологического диагноза и через 1,5 месяца от начала заболевания начата противовирусная терапия: лавир по 800 мг 6 раз в день через зонд. Через 5 дней от начала лечения появилась позитивная динамика: снизилась температура, больная стала более контактной. Через 10 дней от начала лечения начала самостоятельно глотать; через 2 недели к лечению добавлен 2-й противовирусный препарат «Завиракс» в суточной дозе 500 мг в/в капельно, курсом 10 дней. Параллельно проводилась патогенетическая терапия и антибактериальная терапия, симптоматическое лечение.

Выписана через 51 день от момента госпитализации с выраженным регрессом со стороны неврологического статуса: восстановилось сознание, глотание, частично восстановилась речь, восстановились глазные симптомы, снизились сухожильные рефлексы, при сохраняющемся тетрапарезе мышечная сила в конечностях возросла до 3,5-2 баллов.

Контрольная КТ головного мозга с интервалом 40 дней без выраженных существенных изменений. **Заключение:** зоны пониженной плотности полушарий мозга инфекционного, ишемического характера.

Выписана домой с рекомендациями продолжить лечение амбулаторно.

Второй случай герпетической инфекции, закончившийся летально, протекал на фоне выраженных остаточных явлений ранее перенесенного туберкулеза позвоночника.

Приводим клинические наблюдения по второму случаю.

Больная К., 60 лет, поступила в неврологическое отделение БСМП с жалобами на слабость в ногах, головную боль, общую слабость, снижение остроты зрения, задержку мочеиспускания.

Первые симптомы заболевания отмечались 6 месяцев назад, когда появилась слабость в ногах, боли в поясничном отделе позвоночника, онемение в ногах. 3 месяца назад имел место эпизод падения на спину, после чего состояние ухудшилось, последние 1-2 месяца нарастает слабость в ногах, присоединились нарушения функции тазовых органов. Последнюю неделю перестала ходить, со слов родственников у больной была температура.

В анализе - туберкулез позвоночника с последующим кефосколиозом, перенесенный в детстве. Частые ОРВИ с герпетическими высыпаниями на губах, крыльях носа.

При осмотре состояние средней тяжести, оглушена, частично заторможена, речь вялая, смазанная, глотает самостоятельно. Зрачки D=S, горизонтальный нистагм, краевое недомывание взора, расходящееся косоглазие. Сухожильные рефлексы с рук - живые торпидные, с ног - отсутствуют. Тонус мышц диффузно снижен, сила в руках 4-5 баллов, в ногах до 1-2 баллов, расстройство чувствительности по проводниковому типу от уровня L5, положительны симптомы натяжения, нарушение функции тазовых органов.

Проведены лабораторные и инструментальные исследования. В ОАК отмечается умеренный лейкоцитоз $17,5 \times 10^9$ г/л, СОЭ 10 мм/ч, Hb 151 г/л, формула без существенных сдвигов.

В ОАМ - определяется белок 0,165 г/л. В Б/Х анализе - уровень мочевины до 7,5 ед.

В ликворе в первые дни пребывания в стационаре определяется цитоз 102/3, из них лимфоцитоз 25, белок 0,66 г/л, цвет ксантохромный. Сеточка через 24 ч отрицательна. Уровень хлоридов и сахаров в пределах нормы. Глазное дно - ангиопатия сетчатки по гипертоническому типу. Р-графия легких - патологии не выявлено. КТ головного мозга - гидроцефалия. УЗИ почек - хронический 2х-сторонний пиелонефрит.

Осмотрена фтизиатром: туберкулезный спондилит - клиническое излечение. Обследована на нейроинфекции. В исследовании крови методом ИФА обнаружены антитела класса G к ВПГ, положительные в титре 1:3200.

Осмотрена инфекционистом. Выставлен клинический диагноз: хроническая персистирующая герпетическая инфекция. Герпетический менингоэнцефалит, тяжелое течение, нижний парапарез. Нарушение функции тазовых органов по типу задержки мочи. Отек головного мозга.

С первого дня госпитализации проводилась патогенетическая, антибактериальная терапия. Противовирусная терапия начата на 4-й день пребывания в ста-

онаре. Больная получала лавир по 400 мг 4 раза в сутки.

Проведенное лечение не дало эффекта. Состояние больной ухудшается. Нарастает расстройство сознания по типу глубокого сопора, инструкции не выполняет, дисфагия, дизартрия, парепарез, сухожильные рефлексы снижены. Появляется ригидность затылочных мышц.

Состояние ухудшается с появлением пролежней. В ОАК сохраняется умеренный L-циоз 10,5х10⁴, СОЭ 25 мм/г, существенных изменений в формуле нет. В ликворе цитоз на уровне 122/3, сегментоядерных 107, белок 0,825 г/л, уровень сахаров снижен до 0,5 ммоль/л.

На 18-й день пребывания в стационаре на фоне нарастающей клиники отека головного мозга происходит остановка сердечной деятельности. Констатирована смерть.

Выводы:

1. В рассмотренных клинических случаях имеет место тяжелое течение хронической герпетической инфекции, протекающей по типу энцефалита и менингоэнцефалита.

2. В обоих случаях имело место позднее поступление больных в стационар, что отразилось на тяжести течения заболевания и связано с поздней диагностикой на амбулаторном этапе, поэтому этиотропное лечение начато в поздние сроки от начала заболевания.

3. В первом случае противовирусная терапия дала положительный эффект, так как сроки диагностики и длительность заболевания были короче. Во втором случае заболевание диагностировано спустя 6 месяцев от его начала, что способствовало отсутствию эффекта от этиотропного лечения. Кроме того, тяжелая сопутствующая патология и возраст больной снизили иммунную защиту организма.

4. Данные случаи расценены как спорадические, а об истинной распространенности герпетической инфекции судить сложно в связи с отсутствием настороженности практических врачей к этой группе заболеваний, трудностью лабораторной и инструментальной диагностики, которая обусловлена высокими затратами, кроме того, не налажен статистический учет герпетических заболеваний.

5. Ранняя диагностика и своевременное противовирусное лечение любых форм герпетических инфекций, но особенно острых форм, снижает процент тяжелых и летальных случаев, риск осложнений и нежелательных последствий после перенесенного заболевания.

6. Больные, перенесшие генерализованные формы заболевания, требуют длительного диспансерного наблюдения и реабилитации.

7. Для эффективности лабораторной диагностики необходимо использование современных методов, таких как ИФА, ПЦР, РИФ, цитологические. Из инструментальных методов диагностики наиболее информативными являются компьютерная томография и магнитно-резонансная томография.

Литература:

1. Лобзина Ю.В. Руководство по инфекционным болезням. - СПб.: Фолиант, - 2000. - с. 220.
2. Зинченко А.П. Острые нейроинфекции у детей: Руководство для врачей. - Л.: Медицина, - 1986. - с. 110.
3. Зуев В.А. Медленные вирусные инфекции человека и животных. - М.: Медицина, - 1986. - С. 27 - 38.
4. Безнощенко В.Г., Долгих Т.И. Беременность и оппортунистические инфекции (вопросы диалектики и врачебной тактики). - Омск, - 2002. - С. 14-26.

Тұжырым

ВИРУСТЫҚ ЭНЦЕФАЛИТ, СИЯҚТЫ ГЕРПЕТИЯЛЫҚ ИНФЕКЦИЯНЫҢ АУЫР АҒЫСЫНЫҢ АЙҚЫНДА

Ф.Г. Сайфуллина, С.К. Дукенова, А.К. Бекжанова, Н.М. Сапарғалиева, Б.Б. Кужахметова

Герпетиялық инфекцияның қазіргі кезеңдегі өзектілігі көрсетілген. Мысал ретінде Герпетиялық энцефалиттің клиникалық ағысы келтірілген. Практикалық дәрігерлерге ықтимал диагностикалық қателерге көңіл аудару.

Summary

VIRAL ENCEPHALITIS AS A MANIFESTATION SEVERE COURSE OF HERPETIC INFECTION

F.G. Saifullina, S.K. Dukenova, A.K. Bekzhanova, N.M. Sapargaliyeva, B.B. Kuzhakhmetova

Urgency of herpetic infection in the modern period is represented. Clinical examples of herpetic encephalitis as a presentation of disease's severity are outlined. Attention of general practitioners on the potential diagnostic pitfall is drawn.

УДК: 616-03:574 (043) (574)

А.А. Бекжигитова

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті

ӘРТҮРЛІ ЭКОЛОГИЯЛЫҚ ҚОЛАЙСЫЗ АЙМАҚТАРДАҒЫ ЖАЛПЫ ӨЛІМДІЛІКТІҢ ЖАҒДАЙЫ МЕН ДИНАМИКАСЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Аннотация

Бұл мақалада өлімділік пен мүгедектік демографияның негізгі көрсеткіші, бұл халықтың санитарлы жағдайын сипаттайды. Бұл көрсеткіштер қоршаған орта факторларына байланысты өзгеріп отырады, табиғи климаттық, социалды экономикалық және экологиялық жағдай, өңірлік және жасқа байланысты патологиялар жайында талқылауға мүмкіндік береді.

Негізгі сөздер: Өлімділік пен мүгедектік демографияның негізгі көрсеткіштері, факторлар.

Өлімділік пен мүгедектік демографияның негізгі көрсеткіші, бұл халықтың санитарлы жағдайын сипаттайды. Бұл көрсеткіштер қоршаған орта факторларына байланысты өзгеріп отырады, табиғи климаттық, социалды экономикалық және экологиялық жағдай, өңірлік және жасқа байланысты патологиялар жайында талқылауға мүмкіндік береді. Денсаулықты бағалау барысында демографиялық көрсеткіштер ішінен өлімділік деңгейін есептеу арқылы баға беріледі. Жүргізілген зерттеу қортындысы бойынша Семей