

Наши исследования показали, что однократная интраназальная ревакцинация дифтерийно-столбнячным анатоксином на фоне первичной троекратной иммунизации АКДС-вакциной высокоэффективна. Процесс иммуногенеза, развивающийся под влиянием интраназальной аппликации антигена, подчиняется общим иммунологическим закономерностям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амфитеаторова Н. Ф. Цитологические реакции лимфоидных органов в процессе формирования противоклошного иммунитета. Автореф. канд. дисс., Казань, 1965. — 2. Колпачихин Ф. Б., Алатырцева И. Е. Материалы итоговой научной конференции КНИИЭМ. Казань, 1965.

УДК 616.981.49

КЛИНИКА ПИЩЕВЫХ ТОКСИКОИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ УСЛОВНО ПАТОГЕННЫМИ БАКТЕРИЯМИ

А. Д. Брискер

Кафедра инфекционных болезней (зав. — доц. А. Д. Брискер)

Челябинского медицинского института

Научный консультант работы — член-корр. АМН СССР проф. К. В. Бунин (Москва)

Несмотря на обилие работ, посвященных пищевым токсикоинфекциям, клиника и вопросы патогенеза этих заболеваний в тех случаях, когда они вызваны условно патогенными микробами, особенно протеем, палочкой Моргана или некоторыми вариантами кишечной палочки, изучены далеко не полно. Это ограничивает возможности этиотропной и патогенетической терапии (В. Н. Азбелев, 1952; К. В. Бунин, 1957, 1960; А. Ф. Билибин, 1962; В. П. Машиллов, 1962).

Нами изучена клиническая картина у 139 больных пищевой токсикоинфекцией, в том числе вызванной кишечной палочкой и ее разновидностями — у 54, протеем — у 40 и палочкой Моргана — у 45. Диагноз у всех больных был подтвержден клинико-эпидемиологическими данными, бактериологическими находками указанных микроорганизмов в промывных водах и рвотных массах заболевших, а также положительной реакцией агглютинации с автоштаммами, которая ставилась повторно в доказательных титрах. Для исключения сальмонеллеза параллельно ставилась реакция агглютинации с сальмонеллезными диагностикумами; она во всех случаях была отрицательной. Отсутствие дизентерии доказано многократными бактериологическими исследованиями.

Пищевые токсикоинфекции, вызванные условно патогенными микроорганизмами, носили характер групповых заболеваний (вспышек). Эпидемиологическое обследование показало, что причиной токсикоинфекции у 87 больных явились мясные продукты, у 17 — рыбные, у 16 — молочные и у 16 прочие. У 3 пострадавших непосредственную причину заболевания выяснить не удалось.

93 больных были госпитализированы в первый день заболевания, остальные 46 — во второй. 63 больных были госпитализированы с диагнозом «пищевая токсикоинфекция» или «пищевое отравление», 59 направлены с диагнозами «гастроэнтерит», «гастроэнтероколит», 11 — с диагнозом «дизентерия», 6 — с различными другими диагнозами.

Мужчин было 77, женщин — 62. В возрасте от 18 до 50 лет было 120 больных. Длительность инкубационного периода колебалась от 1 до 12 час. У 3 больных выяснить длительность инкубационного периода не удалось.

У всех больных, вне зависимости от этиологического фактора, начало заболевания характеризовалось бурным развитием клинических проявлений. У большинства больных сразу же возникали тошнота, рвота и понос. Чаще рвота была повторной, а иногда многократной на протяжении нескольких часов. Рвотные массы вначале содержали остатки пищи, а затем лишь желудочный сок, иногда с примесью желчи. Наряду со рвотой был жидкий стул. Как правило, жидкие каловые массы не содержали патологических примесей, иногда же стул был со слизью, и только у двух больных (с пищевой токсикоинфекцией, вызванной протеем и палочкой Моргана) — со слизью и кровью. Стул был 5—10 раз в сутки. Нормализация его происходила по мере выздоровления, в большинстве случаев с 1-го по 10-й день. Позже 10 дней стул нормализовался у одного больного пищевой токсикоинфекцией, вызванной палочкой Моргана.

Язык у 110 больных был обложен бело-серым налетом, у 40 — был сухим. Боли в животе, и в частности в эпигастральной области, отмечались всеми больными.

При копрологических исследованиях, проведенных в первые дни заболевания, слизь, лейкоциты и эритроциты были обнаружены у 9 больных пищевой токсикоинфекцией, вызванной кишечной палочкой, у 7 — протеем и у 10 — палочкой Моргана. При ректороманоскопическом исследовании, проведенном в разгар заболевания, из 44 больных

пищевой токсикоинфекцией, вызванной кишечной палочкой, у 8 обнаружен катаральный и у одного — катарально-слизистый проктосигмоидит. Аналогичное исследование у 28 больных пищевой токсикоинфекцией, вызванной протеем, и у 28 больных с палочкой Моргана выявило катаральный проктосигмоидит у 3 из первой группы и у 6 из второй. Катарально-слизистый проктосигмоидит был найден у 3 больных с протеем и у 2 — с палочкой Моргана. Исследования желудочного сока, проведенные фракционным методом, выявили уменьшение свободной HCl у 68 и полное отсутствие ее у 45 больных.

В разгар пищевой токсикоинфекции, вызванной кишечной палочкой, палочкой Моргана и протеем, отмечается статистически достоверное ($P < 0,001$) уменьшение суточного диуреза, количества хлоридов в крови и моче по сравнению с соответствующими показателями у здоровых лиц. Большие потери жидкости, наблюдаемые в разгар заболевания, приводят к сгущению крови, что подтверждается данными гематокрита и определением вязкости крови ($P < 0,001$).

Температурная реакция была выражена почти одинаково часто во всех трех группах больных. Длительность повышения температуры в 1—2 дня была у 23 больных пищевой токсикоинфекцией, вызванной кишечной палочкой, у 10 — протеем и у 15 — палочкой Моргана; продолжительность лихорадки в 3—4 дня имела соответственно у 1, 6 и 6; в 5—6 дней — у 1 больного пищевой токсикоинфекцией, вызванной кишечной палочкой. Наряду с повышенной температурой, у части больных отмечались головная боль, головокружение, слабость. При тяжелых формах наблюдались судороги мышц конечностей, потеря сознания, заторможенность.

На высоте заболевания кожа была сухая, бледная.

У части больных в разгар заболевания, вне зависимости от этиологического фактора, мы находили приглушенность сердечных тонов, легкий систолический шум на верхушке сердца. С большим постоянством отмечалось снижение артериального и венозного давления, замедление скорости кровотока.

При осциллографии среднее АД при пищевых токсикоинфекциях условно патогенными бактериями изменяется незначительно. Показатели средней арифметической (M) среднего АД оказались в пределах нормы у больных с легкой и средней тяжести формами пищевой токсикоинфекции независимо от этиологического фактора. При тяжелых формах эти показатели снижаются. У больных с тяжелыми формами пищевой токсикоинфекции вне зависимости от возбудителя нередко наблюдался атонический тип осциллографических кривых.

Было проведено ЭКГ-исследование у 31 больного пищевой токсикоинфекцией, вызванной кишечной палочкой, у 24 — палочкой Моргана и у 20 — протеем.

В разгар болезни у 12 больных пищевой токсикоинфекцией, вызванной кишечной палочкой, у 10 — палочкой Моргана и у 7 — протеем была зарегистрирована синусовая брадикардия. У 20 больных с пищевой токсикоинфекцией, вызванной кишечной палочкой, у 15 — палочкой Моргана и у 9 — протеем регистрировалось изменение зубца T (уплощенный, двухфазный, отрицательный). Часто отмечалось снижение интервала S—T. У 16 больных пищевой токсикоинфекцией, вызванной кишечной палочкой, у 12 — палочкой Моргана и у 8 — протеем наблюдались изменения зубца P (уплощение и расширение) как в стандартных, так и в грудных отведениях. Удлинение электрической систолы (QT) обнаружено у 4 больных с пищевой токсикоинфекцией, вызванной кишечной палочкой, у 2 — палочкой Моргана и у 3 — протеем.

Таким образом, обезвоживание и потеря минеральных солей, наступающие у больных вследствие многократной рвоты и частого жидкого стула, вызывают сгущение крови, что приводит к нарушениям гемодинамики и затрудняет работу сердца. Возникают ацидоз, гипоксия тканей, сопровождающиеся паретическим расширением сосудов брюшной полости и депонированием в них крови. Эти факторы могут привести к развитию коллапса. Мы наблюдали коллапс у 3 больных с пищевой токсикоинфекцией, вызванной кишечной палочкой, у 2 — палочкой Моргана и у 2 — протеем.

ВЫВОДЫ

1. Пищевые токсикоинфекции, вызванные кишечной палочкой, протеем и палочкой Моргана, протекают по типу острого гастроэнтерита.

2. В клинической картине заболевания ведущими являются симптомы поражения желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и нервной систем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азбелев В. Н. Пищевые токсикоинфекции и интоксикации, вызванные аэробными бактериями. Медгиз, М., 1952. — 2. Бунин К. В. Сердечно-сосудистая система при инфекционных болезнях. Медгиз, М., 1957; Ранняя дифференциальная диагностика инфекционных болезней. Медгиз, М., 1960. — 3. Билибин А. Ф. В кн.: Руководство по инфекционным болезням. Под редакцией А. Ф. Билибина и Г. П. Руднева. Медгиз, М., 1962. — 4. Машин В. П. В сб.: Лечение инфекционных больных (кишечные инфекции). М., 1962, вып. V.