

лексов, образующихся на основе взаимодействия антигенов возбудителя и образовавшихся в организме специфических антител. Этим факторам аутоиммунитета принадлежит определенная роль в развитии рецидивов брюшного тифа, что выдвигает необходимость их дальнейшего углубленного изучения.

Накопленные к настоящему времени данные о тесной связи патогенеза ряда кишечных инфекционных болезней с показателями гуморального, а также клеточного иммунитета (включая мембранно-клеточный иммунитет) выдвигают перед современной наукой настоятельную необходимость углубленного исследования проблем патогенетической иммунологии как принципиально нового направления в клинике инфекционных болезней. Развитие этого научного направления создает возможность разработки методов рациональной патогенетической терапии ряда инфекционных болезней с учетом закономерностей формирования иммунитета, использования комплексных антигенов, стимулирующих иммуногенез. Для успешного решения указанных вопросов нужны точные знания об участии биохимических факторов, особенно циклических нуклеотидов, в патогенезе и развитии мембранно-ферментного иммунитета при данном инфекционном заболевании. На пути усовершенствования комплексного лечения больных различными инфекциями, в том числе сальмонеллезами, открываются большие перспективы для стимуляции антиферментных и антиметаболических процессов, чтобы усилить защиту организма от патогенных влияний возбудителей и продуктов их жизнедеятельности. Следует ожидать, что клиника обогатится новыми эффективными методами терапии инфекционных болезней.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бунин К. В. Клин. мед., 1977, 11. — 2. Kinsey M. D. a. o. Gastroenterology, 1976, 71. — 3. Schwartzel E. H. Anal. Biochem., 1977, 78.

Поступила 17 января 1978 г.

УДК 616.981.49—053.2

## НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА TYPHI MURIUM У ДЕТЕЙ

*Т. С. Семенова*

*Детская инфекционная больница г. Казани (главрач — Г. С. Подряднов)*

**Реферат.** Обследовано 185 детей, больных сальмонеллезом. Наиболее распространенной формой была желудочно-кишечная, реже встречались нозопаразитическая, субклиническая, гриппоподобная формы. Частота и выраженность клинических симптомов находились в прямой зависимости от возраста больных: чем ниже возраст, тем более резко проявляются симптомы болезни и позже наступает нормализация стула. Осложнения наблюдались у 15,4% больных. У 62,3% обследованных была повышена СОЭ, у 28,0% выявлена лейкопения или лейкоцитоз. Бактериовыделение у  $\frac{2}{3}$  больных прекратилось в течение трех недель. Возбудитель оказался устойчивым ко многим антибиотикам.

За последнее время отмечается рост заболеваемости сальмонеллезом. Эта проблема особенно актуальна в педиатрии, так как показатели заболеваемости у детей значительно выше, чем у взрослых, а клиническая характеристика этой нозологической формы у них изучена недостаточно как в возрастном, так и в этиологическом аспектах.

Мы изучали особенности течения у детей сальмонеллеза, вызванного *S. typhi murium*. За последние 2—3 года в г. Казани этот тип возбудителя является основным. Под наблюдением находилось 185 больных. У всех диагноз был подтвержден бактериологически. 56,6% больных были в возрасте до года, 24,9% — от 1 до 3 лет и 18,5% — старше

3 лет. Большинство обследованных (58,0%) составили дети, не состоящие в организованных детских коллективах. Заболевания носили спорадический характер. У трети заболевших детей преморбидный фон был отягощен наличием предшествующих и сопутствующих заболеваний. Половина детей первого года жизни находилась на смешанном и искусственном вскармливании.

Наиболее распространенной формой сальмонеллеза у детей являлась желудочно-кишечная (67,2%), протекающая по типу гастрита, гастроэнтерита или энтероколита. У 21,1% больных, среди которых преобладали дети раннего возраста, была нозопаразитическая форма, у 9,2% — субклиническая и у 2,5% (дети первого года жизни) — гриппоподобная. Сальмонеллез нозопаразитической формы чаще наслаивался на пневмонию, сепсис, реже на колиинфекцию, дизентерию.

У 46,0% детей наблюдалась легкая форма заболевания, у 46,3% — среднетяжелая и у 7,7% — тяжелая. Тяжелые формы в 3 раза чаще встречались у детей раннего возраста, чем у детей старше 3 лет. Течение болезни было, как правило, острым, и только у 2,1% детей оно приняло затяжной характер.

У большинства больных (у 82,7%), независимо от возраста, заболевание начиналось остро, с подъема температуры (у 57,4% — до 39—40°). Продолжительность лихорадочного периода у 62,7% больных составляла 3—7 дней. Довольно частым симптомом (51,8%) была тошнота с рвотой, как правило, повторной, наблюдавшейся в течение 3—4 дней. Нарушалось общее состояние детей. У большинства отмечалась вялость (72,8%), редко беспокойство (1,2%). Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы проявлялись в бледности (23,3%), глухости тонов сердца и тахикардии (21,9%), цианотичности кожных покровов (1,9%). Потеря сознания и судороги отмечались в крайне тяжелом состоянии у 4,6% детей. Явления эксикоза установлены у 15,1% больных.

Дисфункция желудочно-кишечного тракта была одним из постоянных симптомов. У детей отмечалось понижение аппетита (55,5%), при пальпации живота определялась разлитая или преимущественно левосторонняя болезненность (43,2%), вздутие или урчание в животе (27,1%), обложенность языка (32,1%), тенезмы и зияние ануса (11,1%). Характер кала был самым разнообразным, но, как правило, в нем имелась слизь, гной, а у 45,0% больных — кровь. Примесь крови была значительной и обнаруживалась несколько дней. Характерным было учащение стула: от 3 до 6 раз в день у 51,9% больных, от 7 до 10 раз у 30,9% и чаще 10 раз — у 17,2%. Клиническое выздоровление с нормализацией стула у 63,0% больных наступило на 2—3-й неделе от начала заболевания, у 27,2% — на 4-й и у 9,8% — на 5—6-й.

Сопоставление основных проявлений клинического течения болезни в зависимости от возраста больных показало, что симптомы болезни были наиболее выраженными у детей раннего возраста. Так, гипертермия до высоких цифр у детей грудного возраста отмечалась в 61,7%, у детей 2—3 лет — в 43,7%, старше 3 лет — в 39,1%; изменения со стороны сердечно-сосудистой системы — соответственно в 54,3%; 43,5% и 34,4%. Повторная рвота у детей первого года жизни отмечалась в 2 раза, а симптомы эксикоза — в 3,6 раза чаще, чем у детей старших возрастных групп. Частый жидкий стул от 5 до 15 раз у детей до 1 года наблюдался в 81,4%, у детей 2—3 лет — в 65,1%, старше 3 лет — в 56,2%. Наличие слизи в испражнениях постоянно определялось у всех детей, а кровь — чаще у детей раннего возраста (до года — в 51,8%, 2—3 лет — в 41,3%, старше 3 лет — в 28,1%). Увеличение печени и селезенки обнаружено у 13,6% больных, преимущественно у детей до года. Выявлена зависимость сроков нормализации стула от возраста больных. Если в группе детей до года к 14-му дню заболевания

стул нормализовался только у  $\frac{1}{3}$  больных, то в группе 2—3-летних и старше 3 лет — соответственно у  $\frac{1}{2}$  и  $\frac{2}{3}$ .

Осложнения в виде пневмонии и дисбактериоза наблюдались преимущественно у детей первого года жизни (15,4%). При анализе крови у 62,3% больных установлено повышение СОЭ, у 18,0% — лейкопения и у 10,0% — лейкоцитоз. В копрограмме у половины наблюдавшихся больных были обнаружены слизь, лейкоциты, эритроциты.

Бактериовыделение прекратилось у 75,1% больных по истечении трех недель, у 20,9% — к концу месяца и у 4,0% — к 1,5 месяцам. 4,6% больных поступили в стационар повторно по поводу высева возбудителя того же серотипа. Выделенный от больных возбудитель оказался устойчивым ко многим антибиотикам (стрептомицину, неомицину, мономицину, левомицетину, тетрациклину, эритромицину).

Для лечения больных мы применяли полимиксин, ампициллин, фуразолидон, энтеросептол, сальмонеллезный бактериофаг.

Таким образом, основной клинической формой сальмонеллеза у детей была желудочно-кишечная. Более чем у половины больных наблюдалась среднетяжелая и тяжелая форма заболевания, преимущественно с острым течением. Среди заболевших преобладали дети раннего возраста, заболевание у них характеризовалось выраженными клиническими симптомами.

Поступила 28 марта 1978 г.

УДК 616.981.49—053.4

## КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА СТЭНЛИВИЛЛ У ДЕТЕЙ

*Д. Г. Ракишев, Е. М. Красильникова, В. И. Филиппова, А. Н. Сачкова, Г. А. Ротнова*

*Городская детская инфекционная больница г. Гурьева (главрач — В. Н. Филиппова)*

**Реферат.** Проанализировано течение заболевания сальмонеллезом Стэнливилл у 138 детей младшего возраста. Описаны клинические варианты течения и исходы болезни. Ведущей клинической формой заболевания являлась дизентериеподобная. Рекомендуется госпитализация больных до окончания бактериовыделения.

За последние годы возбудителем сальмонеллеза у детей наиболее часто является *typhi typhim*. Сальмонеллы Стэнливилл относятся к более редко выявляемому типу. Приводим наши наблюдения за 138 больными сальмонеллезом Стэнливилл в возрасте от 25 дней до 14 лет. В возрасте до 3 лет было 128 детей (92,7%), из них до года — 89 (69,5%), и старше 3 лет — 10 (7,3%). Преобладающей клинической формой сальмонеллеза была дизентериеподобная: она составила 69,5%; диспептическая форма наблюдалась у 7,5% больных, менингеальная — у 0,7%, субклиническая — у 0,7% и микст-инфекция — у 21,6%. Более половины пациентов с микст-инфекцией и все больные диспептической формой — дети в возрасте до года.

62,3% детей были госпитализированы на 2—7-й дни от начала болезни, 5,1% — в 1-й день и 32,6% — позже 7-го дня. С диагнозом сальмонеллеза поступило в инфекционный стационар 74,7% больных, у остальных же в направлении значилось острое респираторное заболевание, пневмония и др.

Диагноз сальмонеллеза основывался на выделении копрокультуры сальмонеллы Стэнливилл, идентифицированной в бактериологических лабораториях Гурьевской городской и областной санитарно-эпидемиологических станций и в Казахском научно-исследовательском институте эпидемиологии. У 62,5% больных сальмонеллы выделялись при первой