

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

госпитализации в больницу и у 34,8% — при повторном поступлении или при контрольных анализах.

Кратность высева сальмонелл была неодинаковой при различных клинических формах и зависела также от тяжести течения болезни. Более 3 высевок сальмонелл было при дизентериеподобной (21,9%) и микст-форме (10%). После повторного курса антибактериальной терапии сальмонеллы выделялись соответственно у 21,8% и у 13,3% больных. У детей с диспептической и субклинической формами бактериовыделение было кратковременным и прекращалось после первого курса лечения. У выписанных из стационара с тремя отрицательными бактериологическими посевами за время диспансерного наблюдения не было высева сальмонелл. Характер испражнений оказывал влияние на частоту высева сальмонелл. При отсутствии патологических примесей в кале сальмонеллы были выделены в 43% из кашицеобразных, в 30% — из жидких и в 27% — из густых испражнений, при наличии патологических примесей — соответственно в 43,4%; 51,8% и 4,8%. В большинстве случаев (60,4%) сальмонеллы выделялись при удовлетворительном самочувствии больных или на спаде клинических признаков заболевания.

Клинические проявления сальмонеллеза Стэнливилл соответствовали формам заболевания. Дизентериеподобная форма, самая частая в наших наблюдениях, имела тяжелое течение в 37,5%, среднетяжелое — в 56,2% и легкое — в 6,3%. Токсикоз сопровождался эксикозом II—III степени у 44,8% больных. При диспептической форме тяжелое течение было у 40% больных, среднетяжелое — у 10% и легкое — у 50%. У 60% детей токсикоз сочетался с эксикозом II—III степени. У 19,8% больных дизентериеподобная и диспептическая формы развивались по типу острого респираторного вирусного заболевания или пневмонии. У 1 больного наблюдались проявления клиники острого живота. Лихорадка в начале болезни была у 75,5% больных, диарея — у 54,7%, рвота и диарея одновременно — у 45,3%. Дизентериеподобная форма сальмонеллеза сопровождалась гемоколитом в 25%, микроскопически примесь эритроцитов в испражнениях была выявлена в 17,7% анализов. Спазмированная сигма определялась у 11,4% больных, явные тенезмы — у 2,1%, эквиваленты тенезмов — у 17,7%, податливость ануса — у 5,2%.

Ректороманоскопия проведена у 45 детей: в возрасте до 1 года — у 24, до 2 лет — у 14, до 3 лет — у 5, старше 3 лет — у 2. У 39 больных выявлено катарально-геморрагическое, эрозивное или фолликулярное воспаление слизистой кишки. У одного ребенка, 1 г. 1 мес., обнаружено эрозивно-геморрагическое поражение слизистой с пленчатыми наложениями. Лишь у 4 детей слизистая кишки оказалась неизменной. Осложненное течение болезни было у 48,4% больных (пневмония, бронхит, острые респираторные вирусные заболевания, фурункулез, ангина).

Микст-сальмонеллез (нозопаразитическая форма), как правило, наблюдался у детей, длительно находившихся в стационаре. У 16 чел. сальмонеллез сочетался с дизентерией, у 12 — со стафилококковым сепсисом и у 2 — со стафилококковым энтероколитом. В этой группе у 15 больных сальмонеллез протекал в тяжелой форме, у 6 в среднетяжелой и у 8 в легкой. У 8 больных клиника сальмонеллеза носила стертый характер. Тяжелое течение сальмонеллеза было главным образом у детей в возрасте до года. Явления гемоколита при сочетанном течении сальмонеллеза отмечены у 5 детей, а у 8 примесь эритроцитов обнаруживалась микроскопически.

Исход сальмонеллеза Стэнливилл определялся формой и тяжестью заболевания. К концу лечения стул оставался неустойчивым у 37,5% детей. У 10,8% не восстановилась масса тела соответственно возрастной норме. Умерло 9 больных в возрасте до 1 года: 4 с дизентериеподоб-

ной формой сальмонеллеза, 4 с сальмонеллезом и стафилококковым сепсисом и 1 с сальмонеллезным менингитом.

Ввиду редкости менингеальной формы сальмонеллеза приводим краткую выписку из истории болезни.

М., 7 мес., поступил в стационар на 15-й день болезни в тяжелом состоянии с предположительным диагнозом «воспаление легких». При обследовании были выявлены симптомы менингита. На 16-й день болезни произведена люмбальная пункция. Ликвор мутный, белка 26,7 мг/л, нейтрофильный плеоцитоз 2277 в мкл, реакция Панди положительная. Анализ крови: Гем. 93 г/л, Э.  $3,28 \cdot 10^6$  в 1 мкл, цв. п. — 0,8, Л.  $35,7 \cdot 10^3$  в 1 мкл, СОЭ 60 мм/час. Из ликвора была выделена культура сальмонеллы Стэнливилл. Ребенок умер на 17-й день болезни. Заболевание протекало по типу септикопиемии без диареи. В испражнениях больного при 3-кратном исследовании патогенная микрофлора не обнаружена.

#### ВЫВОДЫ

1. Сальмонеллез Стэнливилл встречается преимущественно у детей младшего возраста. Ведущей клинической формой является дизентериеподобная (69,7%).

2. Сальмонеллез в сочетании со стафилококковым сепсисом имеет тяжелое течение и заканчивается летальным исходом в 13,3%

Поступила 10 июня 1977 г.

УДК 616.981.49—053.2

## КЛИНИКА САЛЬМОНЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ

*Н. А. Романова, Р. М. Газиева, Т. С. Семенова*

*Кафедра детских инфекций (зав.— проф. Н. П. Кудрявцева) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

**Реферат.** У детей первого года жизни преобладают диспептические и септические формы сальмонеллеза, которые характеризуются длительным и упорным течением. Дизентериеподобная форма встречается во всех возрастных группах. Эта форма в трети наблюдений протекает с выраженными симптомами токсикоза и эксикоза и требует применения неотложной интенсивной дезинтоксикационной и регидратационной терапии.

В ТАССР за 1976 г. отмечена тенденция к росту заболеваемости сальмонеллезами с максимумом распространения в октябре — марте. Причинами являются большая распространенность возбудителя во внешней среде [4], возрастание устойчивости сальмонелл к факторам внешней среды [3], высокая контагиозность, разнообразие путей инфицирования и склонность к нозопаразитическому распространению. Имеет значение и улучшение клинико-лабораторной диагностики, особенно в случаях легких, стертых форм болезни.

Целью настоящей работы было изучение клинических особенностей сальмонеллеза у детей в период роста заболеваемости. Имеющиеся в литературе данные по этому вопросу противоречивы. Одни авторы [2] указывают на высокий процент (39,9) генерализованных форм сальмонеллеза у детей, по данным других [1] преобладающей формой у детей является энтероколитическая (60%).

Эпидемиологический анамнез позволил нам выделить ряд существенных особенностей сальмонеллезной инфекции в настоящее время: рост заболеваемости сальмонеллезом идет за счет увеличения числа спорадических случаев, а не за счет всплеск пищевых токсикоинфекций, как в прошлые годы; возрастает частота бессимптомного носительства сальмонелл, что выявляется при случайных обследованиях различных