

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

групп населения; считавшееся ранее закономерным нарастание заболеваемости в теплые месяцы года сейчас не характерно. Большая часть заболеваний обусловлена *S. typhi* *muirium*.

Из 100 детей, находившихся на стационарном лечении в детской инфекционной больнице г. Казани, 66 были в возрасте до 1 года, 17 — от 1 года до 3 лет и 17 — старше 3 лет. Только 28 детей посещали организованные детские коллективы. Диагноз сальмонеллеза у всех пациентов был подтвержден бактериологическим высевом *S. typhi* *muirium* из испражнений. Передача инфекции осуществлялась контактно-бытовым путем. У большинства заболевших установлен отягощенный преморбидный статус: гипотрофия I—II степени выявлена в 22%, рахит I—II степени — в 10%, экссудативно-катаральный диатез — в 7%; на раннем и искусственном вскармливании находилось 43% детей. У 25 больных сальмонеллезу сопутствовали острые респираторно-вирусные инфекции и пневмония.

У 53% больных установлена дизентериеподобная форма заболевания, у 20% — диспептическая, у 21% — стертая и у 6% — септическая. У 66% детей было среднетяжелое течение болезни, у 25% — легкое и у 9% — тяжелое.

Общим клиническим симптомокомплексом, характерным для всех форм сальмонеллезной инфекции, было острое начало, значительное повышение температуры, выраженные явления интоксикации (вялость, бледность кожных покровов, анорексия, тошнота, рвота, обложенность языка, боли в животе и метеоризм, жидкий стул зеленого цвета с примесью слизи, частотой от 5 до 10 раз в сутки). В тяжелых случаях увеличивались печень и селезенка. У 27 больных наблюдались симптомы эксикоза. У больных дизентериеподобной формой в 9% наблюдались тенезмы, в 63% — болезненность в области сигмовидной кишки и в 70% — примесь крови в стуле. Типичной для этой формы сальмонеллеза является большая продолжительность кишечного синдрома. У 17% больных нормализация стула наступила к концу 1-й недели после начала лечения, у 32% — к концу 2-й недели и у 51% — к концу 3-й недели. Лихорадочный период у 62% больных длился до 5 дней, у 30% — до 10 дней и более.

Диспептической формой сальмонеллеза болели преимущественно дети первого года жизни. Заболевание протекало по типу простой или токсической диспепсии. Токсическая диспепсия с выраженными явлениями токсикоза и эксикоза установлена у 30% наблюдаемых нами больных. Длительность лихорадочного периода при этой форме в 70% была до 5 дней, в 10% — до 10 дней. Нормализация стула наступила в 25% на 1-й неделе болезни, в 35% — на 2-й, в 40% — на 3-й и позднее.

Стертая форма сальмонеллеза наблюдалась в основном у детей старше года. Как правило, она протекала легко, при нормальной или субфебрильной температуре. Кишечная дисфункция была кратковременной (1—2 дня), стул сохранял каловый характер и был не более 2—3 раз в сутки.

Септическая форма сальмонеллеза, наиболее тяжелая, встречалась исключительно у детей первого года жизни. У всех больных заболевание начиналось остро, протекало тяжело, при высокой лихорадке, с нарушениями в сердечно-сосудистой системе и увеличением печени и селезенки. У всех детей клинически и рентгенологически диагностировалась пневмония. Симптомы желудочно-кишечной дисфункции были выражены слабее — наблюдался энтеритный стул с примесью слизи до 5—7 раз в сутки. Заболевание протекало длительно, лихорадочный период продолжался более 1—2 недель, нормализация стула наступила на 2-й неделе болезни. Исход заболевания у всех детей был благоприятным.

Лечение больных сальмонеллезом складывалось из диеты, этиотропных, патогенетических средств и стимуляции защитных систем организ-

ма. Этиотропное воздействие осуществлялось назначением таких антибиотиков, как мономицин (внутрь), полимиксин, левомецетин, препаратов нитрофуранового ряда. Чаще использовали сочетание препаратов — полимиксин с фуразолидоном или мономицин с полимиксином. При отсутствии эффекта через 5 дней производили смену антибактериальных средств. Курс лечения, в зависимости от тяжести течения болезни, составлял от 7 до 14 дней. При выраженных явлениях токсикоза и эксикоза проводили дезинтоксикационную и регидратационную терапию под контролем показателей электролитного состава плазмы, кислотно-щелочного равновесия, гематокрита. Для стимуляции иммунологических процессов применяли гемотрансфузии (преимущественно методом прямого переливания крови от родителей или других доноров), вводили витамины, гамма-глобулин. Из специфических средств применяли сальмонеллезный бактериофаг.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воротынцева Н. М. и соавт. Педиатрия, 1975, 9. — 2. Златковская Н. М. и соавт. Материалы краевой эпидемиологии и гигиены. Том 14, Фрунзе, 1975. — 3. Matejovska D. Ж. гиг., эпидемиол., микробиол., иммунол. (Прага), 1970, т. 14. — 4. Mühlenberg W. e. a. Gesundwes. Desinfekt., 1973, Bd. 5.

Поступила 29 декабря 1977 г.

УДК 616.921.5—053.2—036.22

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИКИ ГРИППА У ДЕТЕЙ ВО ВРЕМЯ ТРЕХ ВСПЫШЕК

Проф. Е. В. Белогорская, канд. мед. наук О. И. Пикуза, канд. мед. наук Л. Я. Александрова, С. Х. Мухтарова, Ф. Ф. Гильмутдинова

Кафедра детских болезней (зав.— проф. Е. В. Белогорская) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова, 2-я детская клиническая больница (главврач — Н. П. Иванцова) г. Казани

Реферат. Представлены результаты сравнительного изучения клиники гриппа у детей во время вспышек 1969, 1974—1975 и 1976 гг. Для предотвращения осложнений, среди которых основное место занимает пневмония, детям раннего возраста и с отягощенным преморбидным фоном показано введение противогриппозного гамма-глобулина в ранние сроки заболевания.

С 1957 г. вспышки гриппа в нашей стране этиологически обусловлены преимущественно вирусом А-2 разновидностей А-Гонконг, А-Виктория и др. (Т. П. Ятель и соавт., 1975). Различные антигенные варианты обуславливают своеобразие клинической картины болезни. В связи с этим представляет интерес изучение особенностей клиники гриппа у детей в каждую эпидемию.

Исследования проводились в периоды трех вспышек гриппа в г. Казани. Под наблюдением было 216 больных, находившихся на стационарном лечении: в 1969 г.— 57, в 1974—1975 гг.— 89, в 1976 г.— 70. Диагноз был поставлен на основании эпиданамнеза, клинических данных и во всех случаях подтвержден лабораторными исследованиями — методом иммунофлуоресценции с флуоресцирующим гриппозным гамма-глобулином А-2, серологически, а в ряде случаев и вирусологически (в 1969 г. был выделен штамм А-2 Гонконг).

Больные поступали в стационар в ранние сроки от начала болезни: в первые три дня госпитализировано от 58% до 69,9% детей. Статистический анализ показал, что состав детей по возрасту и преморбидному фону (наличие рахита, гипотрофии, анемии и экссудативного диатеза) в сравниваемых группах был однородным.