

В связи с этим возникают предпосылки для разработки единых подходов к патогенетической терапии указанных острых кишечных инфекций, направленные на восстановление функционального состояния тонкой кишки. Особенно важно это предусмотреть при санации реконвалесцентов сальмонеллеза и острой дизентерии, среди которых часто встречаются лица с нарушением функций тонкой кишки. Используемые нами функциональные тесты, характеризующие состояние тонкой кишки, могут применяться в любой инфекционной больнице и кабинете инфекционных заболеваний для улучшения качества стационарного и диспансерного наблюдения за больными и реконвалесцентами.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Блюгер А. Ф., Новицкий И. Н., Теребкова З. Ф. Сальмонеллез. Рига, 1975.—2. Бунин К. В., Соринсон С. Н. Клин. мед., 1975, 3.—3. Бунин К. В., Федоров Н. А., Рябов В. И. и др. Сов. мед., 1977, 5.—4. Лукомский И. С., Городецкий В. К. Биохимия, 1961, 3.—5. Покровский В. И., Блюгер А. Ф., Солодовников Ю. П., Новицкий И. Н. Дизентерия: шигеллы. Рига, 1979.—6. Уголев А. М. Физиология и патология пристеночного пищеварения. Л., Медицина, 1967.—7. Fordtran J. S., Soergel K. A., Ingelfinger F. J. New Engl. J. Med., 1962, 267, 6.—8. Roe J. H., Rise E. W. J. Biol. Chem., 1948, 173, 507.

Поступила 17 февраля 1982 г.

УДК 616.34—008.87—053.2

### ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРОЙ

Г. Г. Надырова, Г. С. Подряднов, Л. М. Устименко, Т. Д. Пахорукова,  
Т. С. Семенова, В. К. Николаева, Ф. Ф. Низамова

*Кафедра детских инфекций (зав.—доц. А. Д. Царегородцев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова, детская инфекционная больница (главрач—Г. С. Подряднов) г. Казани*

**Реферат.** У 89 детей диагностированы желудочно-кишечные заболевания, обусловленные условно-патогенной микрофлорой. Тяжесть заболевания и выраженность отдельных симптомов могут варьировать от легких до тяжелых токсических форм. При лечении таких больных следует, по возможности, ограничивать антибиотики, широко применять биопрепараты: бактериофаги, колибактерин, бифидумбактерин, витамины.

**Ключевые слова:** условно-патогенная микрофлора, желудочно-кишечные заболевания у детей.

1 таблица. Библиография: 1 название.

За последние годы в этиологической структуре желудочно-кишечных заболеваний у детей все большую роль начинают играть условно-патогенные бактерии. Целью настоящей работы явилось изучение этиологических факторов и особенностей клинического течения у детей желудочно-кишечных заболеваний, обусловленных условно-патогенной микрофлорой.

В 1979—1980 г. проведены клинические наблюдения за 89 детьми, находившимися на стационарном лечении.

Больные поступили со следующими диагнозами: диспепсией, кишечной инфекцией невыясненной этиологии, дизентерией, энтероколитом, сепсисом, острой респираторно-вирусной инфекцией.

70% детей имели неблагоприятный преморбидный фон. В анамнезе были указания на асфиксию при родах, недоношенность, раннее искусственное вскармливание, анемию, рахит, гипотрофию, экссудативный диатез и др.

Одним из основных критериев этиологической значимости условно-патогенной флоры при выделении ее из фекалий является степень обсемененности: число микробных клеток более чем  $10^3$ — $10^5$  на 1 г. Идентификацию условно-патогенных бактерий осуществляли с помощью таблиц-ключей для бактерий семейства Enterobacteriaceae [1].

Условно-патогенные бактерии чаще всего вызвали желудочно-кишечные заболевания у детей первого года жизни (77 пациентов).



**Условно-патогенные бактерии, выделенные у детей с желудочно-кишечными заболеваниями**

Возбудители	Частота выделения
Proteus . . . . .	48
Klebsiella . . . . .	15
Citrobacter . . . . .	15
Arizona . . . . .	2
E. coli гемолитическая . . . . .	3
Edwardsiella . . . . .	1
Ps. aureoginosa . . . . .	4
Alcaligenes faec. . . . .	1
Всего . . . . .	89

Как видно из таблицы, чаще всего острые желудочно-кишечные заболевания были связаны с родом протей (53,9%), клебсиеллы (16,9%) и цитробактер (16,8%). Другие представители условно-патогенной микрофлоры были выделены в 12,4%.

Клинически больные разделены на 2 группы. В 1-ю (44 чел.) включены дети, у которых заболевание начиналось остро — с появления симптомов общей интоксикации, дисфункции кишечника, с выделением условно-патогенных бактерий из фекалий в первые же дни. Очевидно, для них был характерен экзогенный путь инфицирования. Об этом свидетельствовало наличие повторных случаев и групповых вспышек в отдельных детских учреждениях. У больных 1-й группы были выделены протей (20), клебсиелла (8), цитробактер (14), аризон (2).

Более чем у половины детей отмечалось повышение температуры (до 38° — у 20, выше 38° — у 4 больных). Признаки умеренного нейротоксикоза в виде гипертермии, возбуждения или вялости, снижения аппетита, изменений со стороны сердечно-сосудистой системы (тахикардия, приглушение тонов сердца) установлены у 2 детей. У 5 больных явления нейротоксикоза сочетались с повторной рвотой и развитием явлений эксикоза в последующие дни, у 13 отмечалось вздутие живота, у 8 — податливость ануса. Изменения сигмовидной кишки не выявлены ни в одном случае.

Что касается характера стула, то у 30 больных он был жидким, обильным, зеленого цвета со слизью. Жидкий, водянистого характера стул наблюдался у 11 человек; скудный, с примесью слизи и крови — у 3 детей.

Учитывая выраженность симптомов общей интоксикации и нарушений функций кишечника, можно различать легкие, средней тяжести и тяжелые формы болезни.

При легких формах состояние больных заметно не нарушалось, температура чаще была субфебрильной или не повышалась; у некоторых детей отмечалась однократная рвота или срыгивание, они вяло сосали грудь, несколько снижался аппетит. Стул был обычно обильным, жидким до 3—5 раз в день, иногда с примесью слизи. Клиническое выздоровление наступало в течение 5—7 дней.

Среднетяжелые формы заболевания начинались более остро, температура поднималась до 38—39°, наблюдалось возбуждение или вялость. Кожные покровы были бледными. Отмечалась повторная рвота в течение 3—5 дней, анорексия. Пульс был частым. Тоны сердца приглушены. Язык обложен белым налетом. Живот чаще вздут. Стул жидкий, водянистый с примесью слизи до 6—8 раз в день. Длительность заболевания составляла в среднем 15—20 дней.

Тяжелые формы заболевания возникали с резкого повышения температуры до 39—40°, многократной рвоты, вялости, снижения аппетита. Пульс был частым, слабого наполнения. Тоны сердца значительно приглушены, тахикардия. Наблюдались жажда, быстрое наступление обезвоживания организма. Отмечались вздутие живота и податливость ануса. Стул был частым, жидким или водянистым с примесью слизи, у 3 детей — с примесью крови. Длительность заболевания составляла в среднем 15—20 дней.

У больных 2-й группы (45 чел.) дисфункция кишечника развивалась на фоне других тяжелых заболеваний — сепсиса, пневмонии, сальмонеллеза. Диарея появлялась после 10—40 дней, а иногда через 2—8 мес. от начала заболевания. Эти больные длительно и многократно получали различные антибиотики. У детей 2-й группы мы предполагали дисбактериоз с самого начала нарушения функции кишечника. У них были выделены следующие представители условно-патогенной микрофлоры: Proteus (28), Klebsiella (7), Citrobacter (1), E.coli гемолитическая (3), Edwardsiella (1), Ps.aureoginosa (4) и Alc.faecalis (1). Следовательно, у больных этой группы чаще всего обнаруживались протей и клебсиеллы.

При развитии дисбактериоза состояние ухудшалось, температура повышалась у половины детей до 38—39°. У 1/3 больных появились срыгивания, повторная рвота. Отмечалось вздутие живота. Стул был жидким, неомогенным с примесью слизи до 8—15 раз в день, дисфункция кишечника — более длительной (до 25—35-го дня).



Восстановление функции кишечника обычно совпадало с нормализацией состава микрофлоры кишечника.

При лечении широко применяли биопрепараты: сальмонеллезный и колипротейный бактериофаги, колибактерин, бифидум и лактобактерин, бификол. Указанные препараты назначали в течение 10—15 дней, иногда повторно.

При остром начале заболевания с явлениями интоксикации, тяжелыми сопутствующими заболеваниями (сепсисом, пневмонией) пользовались также антибактериальными препаратами: фуразалидоном, левомицетином, неомицином, полимиксином, карбенициллином, гентамицином, энтеросептолом курсами по 5—7 дней. По показаниям проводили дезинтоксикационную, регидратационную терапию с учетом тяжести обезвоживания. Назначали комплекс витаминов (С, В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>, РР, А, Е), стимулирующее и общеукрепляющее лечение. Дети, находящиеся на искусственном вскармливании, получали кислые молочные смеси (кефир, пахтање).

На основании проведенного анализа можно заключить, что кишечные инфекции, обусловленные условно-патогенной микрофлорой, могут протекать при явлениях нейротоксикоза и токсикоза с эксикозом в сочетании с энтеритом или энтероколитом. Клиника заболевания может варьировать от легких до тяжелых токсических форм. В диагностике значительная роль принадлежит своевременному и качественно проведенному бактериологическому исследованию испражнений детей с дисфункцией кишечника, особенно длительно леченных антибактериальными препаратами.

По нашим наблюдениям, заболевание, вызванное условно-патогенной микрофлорой, может развиваться двумя путями: при попадании бактерий извне через рот (что подтверждают групповые заболевания детей в детских учреждениях) и в результате развития дисбактериоза у детей, длительно и тяжело болеющих, многократно леченных антибактериальными препаратами. Чаще всего желудочно-кишечные заболевания были обусловлены протеем и наблюдались у детей первых месяцев жизни на неблагоприятном преморбидном фоне. При заражении бактериальной флорой извне заболевание развивается более остро, с выраженными симптомами интоксикации и нарушениями функций кишечника, в то же время клиническое выздоровление наступает быстрее — на 5—15-й день. При развитии дисбактериоза на фоне других заболеваний интоксикация была менее выраженной, однако нормализация стула наступала позже — лишь на 25—35-й день.

#### ЛИТЕРАТУРА

Устименко Л. М. В кн.: Эпидемиология и профилактика кишечных инфекций. М., 1978.

Поступила 1 декабря 1981 г.

УДК 615.596—002.828—08

#### КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОНИХОМИКОЗОВ

Е. Т. Артемьева, Н. Н. Мантурова, Л. В. Гесс,  
О. И. Зеленина, В. И. Ходырева

*Кафедра кожных и венерических болезней (зав.—проф. Г. Э. Шинский) Ижевского медицинского института и республиканский кожно-венерологический диспансер (главврач — В. А. Мерзляков)*

**Реферат.** Приводятся отдаленные результаты комплексного лечения антибиотиками и местной терапией 131 больного онихомикозом. Эти наблюдения свидетельствуют об удовлетворительных результатах терапии онихомикозов. Излечение достигнуто при локализации заболевания на руках в 96,2—100%, на ногах — в 74,2—81,5%.

**Ключевые слова:** онихомикоз, гризеофульвин, нистатин.

Несмотря на широкое применение антибиотиков противогрибкового действия (гризеофульвина, нистатина), лечение микозов ногтей до сих пор остается довольно трудной задачей в практике дерматомиколога. В какой-то степени это объясняется тем, что в последнее время наиболее частым возбудителем микоза ногтей является трихофитон рубрум, более устойчивый к терапии. Кроме того, нет препаратов, которые бы проникали в ногтевую пластинку, не разрушая ее и действовали бы фунгицидно. При всех методиках лечения необходимы удаление ногтевых пластинок, тща-