

защиты, что выражалось в изменении содержания иммуноглобулинов в сыворотке крови и копрофильтратах. Характер этих нарушений зависел как от периода и тяжести пневмонии, так и от выраженности дисбактериоза. С нарастанием последнего достоверно увеличивалась концентрация IgA и M в копрофильтратах. Включение в комплексную терапию эубиотиков повышало концентрацию IgA в копрофильтратах и IgM в сыворотке крови, что подтверждает теоретическое обоснование их применения.

УДК 616.981.49

### Л. Л. Гельфанд, А. А. Сорокин (Казань). Гастроинтестинальные формы сальмонеллеза, вызванного *S. infantis* и *S. typhimurium*

Мы изучали особенности клиники сальмонеллеза, вызванного *S. infantis* и *S. typhimurium*. Первый тип сальмонеллеза был диагностирован у 160 больных (1-я группа), второй — у 56 (2-я группа). Примерно половина больных была в возрасте от 21 года до 40 лет. Заболеваемость наблюдалась равномерно в течение года и носила спорадический характер. Инкубационный период колебался от 2 до 24 ч независимо от вида возбудителя.

Разнообразие клинических форм у больных обеих групп затрудняло первичную диагностику — лишь 13,7% больных 1-й группы и 7,2% из 2-й поступили в клинику с диагнозом сальмонеллеза. По тяжести течения заболевания преобладали легкие формы. У пациентов обеих групп были преимущественно гастроэнтеритические и энтеритические формы болезни. Заболевание начиналось остро с развития желудочно-кишечного и инфекционно-токсического синдромов. Клинические проявления у больных сальмонеллезом в зависимости от вида возбудителя представлены в таблице.

Сравнительная частота симптомов при сальмонеллезе (%)

| Симптомы                            | <i>S. infantis</i> | <i>S. typhimurium</i> |
|-------------------------------------|--------------------|-----------------------|
| Острое начало . . . . .             | 80,0               | 85,0                  |
| Головная боль . . . . .             | 83,2               | 85,0                  |
| Слабость . . . . .                  | 86,9               | 94,0                  |
| Озноб . . . . .                     | 57,5               | 64,0                  |
| Температура тела:                   |                    |                       |
| субнормальная . . . . .             | 0,6                | 1,8                   |
| нормальная . . . . .                | 20,6               | 12,5                  |
| субфебрильная . . . . .             | 44,3               | 21,4                  |
| 38,1°—39° . . . . .                 | 33,7               | 46,4                  |
| 39,1° и более . . . . .             | 0,6                | 17,9                  |
| Стул:                               |                    |                       |
| жидкий зеленый . . . . .            | 66,7               | 44,7                  |
| жидкий со слизью . . . . .          | 15,2               | 28,5                  |
| жидкий со слизью и кровью . . . . . | 16,6               | 25,0                  |
| оформленный . . . . .               | 1,5                | 1,8                   |
| Боли в животе:                      |                    |                       |
| разлитые . . . . .                  | 7,5                | 7,1                   |
| схваткообразные . . . . .           | 6,3                | 30,6                  |

Как видно из таблицы, при сальмонеллезе, вызванном *S. typhimurium*, был отмечен несколько более выраженный токсикоз. Лейкоцитоз у больных 1-й группы констатирован в 19% случаев, сдвиг до палочкоядерных лейкоцитов — в 75,7%, анэозинофилия — в 48,0%; у больных 2-й группы — соответственно в 12,4%, 87,7%, 84,0%.

Серологические исследования (реакция пассивной гемагглютинации) на первой неделе заболевания были отрицательными у больных обеих групп, на второй неделе выявлялось нарастание антител у 77% больных 1-й группы и у 30% из 2-й группы.

Длительность диареи и бактериовыделения оценивали с учетом проводимого

лечения. У больных, получавших только патогенетическую терапию (солевые растворы внутривенно и через рот, витамины, стол № 4 и № 4а), продолжительность диареи была короче, чем у больных, леченных химиопрепаратами. Независимо от вида сальмонеллы возбудитель выделялся повторно при лечении химиопрепаратами чаще, чем при патогенетической терапии.

Проведенный анализ свидетельствует, что сальмонеллез, вызванный *S. typhimurium*, протекает тяжелее и ведет к более частому развитию гастроэнтероколита, чем обусловленный *S. infantis*. Химиотерапия гастроинтестинальных форм сальмонеллеза у взрослых малоэффективна, так как увеличивает длительность диареи и задерживает санацию организма от возбудителя.

УДК 618.492:618.33—007.29

### Т. А. Миронова, В. С. Денисова, Э. А. Говоровская (Пермь). Врачебная тактика при сросшихся двойнях

Двойные уродства плода являются казуистической редкостью. Из 31300 родов за 3 года по г. Перми роды сросшейся двойней констатированы у 3 рожениц. Пренатальная диагностика сросшейся двойни трудна. Диагностируется данное сложное уродство, как правило, только в периоде изгнания.

Нами проведено трое родов сросшейся двойней. Роженицы были в возрасте от 21 года до 27 лет. У 2 из них беременность была второй, у одной — первая. У повторнородимых первая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем (у одной) и медицинским абортom (у второй). Генетическая предрасположенность отмечена у одной из 3 рожениц, проявилась она в рождении матерью женщины живых, срос-

шихся в грудном отделе близнецов, которые были разделены оперативным путем сразу после рождения. Дети умерли в возрасте одного года от ОРВИ. Муж одной из 3 рожениц страдал алкоголизмом.

Течение беременности у 2 женщин осложнилось ОРВИ в ранние сроки (4—6 нед); анемией (Hb — 1,4 ммоль/л) — у одной, хроническим аднекситом — у второй и трихомониазом — у третьей. В детстве одна из них перенесла эпидемический паротит.

Беременность у всех 3 женщин протекала с признаками угрожающего прерывания как на ранних, так и на поздних сроках. Срочные роды произошли у 2, преждевременные — у одной.

При наружном акушерском исследовании при доношенной беременности (2 женщины) высота стояния дна матки составляла соответственно 39 и 43 см, окружность живота — 96 и 105 см, при недоношенной беременности (у одной) — соответственно 35 и 98 см. У 2 беременных двойня диагностирована до родов, притом у одной из них констатировано поперечное положение плодов; у третьей диагноз двойни до родов не был установлен. Весьма существенно, что сросшаяся двойня до родов и в первом периоде родов не была распознана ни у одной из 3 беременных.

Течение родов приняло осложненный характер у 2 рожениц с доношенной беременностью. У первой имело место головное предлежание первого и второго плодов. После извлечения головки первого плода с помощью акушерских щипцов с затруднением выведен плечевой пояс. Извлечь весь плод не удалось. Возникла мысль о сросшихся близнецах и о необходимости закончить роды плодоразрушающей операцией. После краниотомии второго плода с трудом извлечены сросшиеся в грудном и брюшном отделах мертвые плоды мужского пола (торакоксифоаги), которые были по-смертно разделены. Масса тела первого составляла 3200 г, второго — 1000 г. При патологоанатомическом исследовании установлено наличие общего трехкамерного сердца и общей печени. В последовом периоде имела место массивная кровопотеря (1200 мл) и обширная травма родовых путей — разрыв промежности III степени и разрыв шейки матки II степени. Целость тканей восстановлена, заживление произошло первичным натяжением. Послеродовый период протекал удовлетворительно. Через 3 года после родов наступила вторая беременность. Роды проведены через естественные родовые пути. Родоразрешилась живой доношенной девочкой массой тела 3450 г, длиной 49 см. Последовый и ранний послеродовый период осложнились гипотоническим кровотечением (600 мл); произведены ручное обследование полости матки и гемотрансфузия. Выписана на 10-е сутки с живым ребенком.

У второй беременной диагностирована двойня, которая была обнаружена рентгенологически. Установлено поперечное положение первого плода, косое — второго. Двойное уродство не было установлено. По жизненным показаниям в первом периоде родов произведено корпоральное кесарево сечение. Извлечение плодов было затрудненным. Первым за ножку извлечен второй плод, при выведении головки диагностировано редкое уродство — сросшиеся теменными отделами головки. При затрудненном извлечении второго, а затем и первого плодов разрез на матке продлили на нижний сегмент, операция осложнилась массивным кровотечением из разрыва, достигшим 1200 мл. Общая масса тела мертвых плодов мужского пола (цефалопагов) составила 3650 г. В послеоперационном периоде развился акушерский перитонит, в связи с чем на 7-й день произведены релапаротомия, экстирпация матки с трубами, декомпрессия кишечника. Больная переведена в реанимационное отделение, где проводилась интенсивная антибактериальная и дезинтоксикационная терапия; выписана на 20-е сутки в удовлетворительном состоянии.

У третьей роженицы с недоношенной беременностью на сроке 36 нед в процессе родов диагностировано ножное предлежание. При полном открытии шейки вскрылся плодный пузырь и во влагалище родились четыре ножки. Оказано пособие по Н. А. Цовьянову. Плоды родились до углов лопаток, затем было диагностировано запрокидывание ручек. Осуществлен переход на классическое ручное пособие, извлечены мертвые недоношенные близнецы, сросшиеся в грудном и брюшном отделах (торакоксифоаги), общей массой тела 3600 г. Последовый и ранний послеродовый периоды протекали удовлетворительно. Кровопотеря составила 300 мл. Первый период родов продолжался 17 ч 10 мин, второй — 50 мин, третий — 10 мин. При патологоанатомическом исследовании установлено наличие общего трехкамерного сердца и общей печени.

Как видно, рентгенологическое исследование сросшейся двойни недостаточно информативно и позволяет поставить диагноз только при наличии грубых костных сращений. Сросшиеся доношенные двойни диагностируются, как правило, в периоде изгнания при выявляемой диспропорции. В таких случаях показано абдоминальное родоразрешение. Консервативное ведение родов чревато опасностью обширной травмы родовых путей вплоть до возникновения терминального состояния.

Самостоятельные роды возможны при недоношенной беременности, небольшой массе тела и продольном положении сросшейся двойни. Затруднение при извлечении туловища первого плода может быть единственным клиническим признаком, позволяющим заподозрить сращение плодов и определить тактику ведения родов. В таких ситуациях показана эмбриотомия.