

интоксикации, ухудшал прогноз, что, по-видимому, было связано с проникновением условно-патогенных микробов и их токсинов в кровь и внутренние органы.

Исходя из этого, следует более активно проводить профилактику и терапию дисбактериоза у новорожденных детей при гнойно-септических заболеваниях, назначая соответствующие биопрепараты (бифидумбактерин, бификол, бактериофаги различных групп). Кроме того, необходимо шире пользоваться препаратами, мобилизующими защитные силы организма (лизосимом, продигозаном, хлорофилиптом), комбинированными продуктами лечебного питания у детей более старшего возраста (биолактом, молочным лактобактерином и естественными продуктами питания, обогащенными защитными факторами).

УДК 616.981.48—053.2

Г.Г. Надырова, А. Я. Петрянин, Т. С. Семенова, Г. С. Подряднов, Н. В. Петрова, З. З. Искандерова, В. В. Анисимова (Казань). Клинические особенности кишечной колиинфекции у детей, обусловленной ЭПКП 0-142

В детской инфекционной больнице г. Казани на стационарном лечении в 1980—1981 гг. находились 46 детей с кишечной колиинфекцией 0-142. Следует отметить их позднее поступление в стационар. Так, из 46 больных в первые 3 дня от начала заболевания поступило 16 детей, с 4 на 6-й день болезни — 18, позже 6-го дня от начала заболевания — 12 человек.

Мы обратили внимание на следующие возрастные различия в распространенности колиэнтеритов, этиологически связанных с ЭПКП 0-142: до 1 мес. — 16, до 2 мес. — 11, до 3 мес. — 4, от 3 до 6 мес. — 9, от 6 мес. до 1 года — 1, старше 1 года — 5 больных. Из наших данных видно, что указанная инфекция поражает преимущественно новорожденных и детей первого полугодия жизни.

По тяжести больные распределялись следующим образом: легкие формы наблюдались у 12, средней тяжести — у 24, тяжелые формы — у 10 больных. Таким образом, более чем у $\frac{2}{3}$ детей констатированы легкие и среднетяжелые формы заболевания.

У большинства заболевших (42 чел.) был неблагоприятный преморбидный фон: недоношенность, рахит, гипотрофия, анемия. Дети находились на искусственном вскармливании.

У 31 ребенка кишечная инфекция сочеталась с такими тяжелыми заболеваниями, как сепсис, пневмония, фурункулез, острая респираторно-вирусная инфекция.

Начало заболевания у 34 детей было острым. У 30 больных температура повышалась до 37—38°, у 5 — до 38—39°, у 1 — до 39,5°. Лихорадка держалась в среднем в течение 3—5 дней. У 32 больных выявлялись такие симптомы интоксикации, как вялость, снижение аппетита, тошнота, рвота, срыгивания, приглушенность сердечных тонов, тахикардия. Рвота и срыгивания не имели упорного характера и наблюдались в первые 3—5 дней от начала заболевания.

Со стороны желудочно-кишечного тракта у 36 детей отмечались вздутие, урчание и разлитая болезненность живота при пальпации. Симптомы дистального колита не определялись ни у одного больного. Стул по консистенции был жидким или полужидким, у половины больных — с примесью слизи, у 2 детей — с кровью в виде прожилков в течение 1—2 дней. Из испражнений у всех пациентов выделены ЭПКП 0-142. Лечение больных и диетотерапия осуществлялись по общепринятой схеме. У всех 46 детей наступило полное клиническое выздоровление.

Таким образом, наблюдения за больными, страдающими кишечной инфекцией 0-142, позволяют отметить, что болеют ею преимущественно новорожденные и дети первых месяцев жизни. Заболевание протекает, как правило, в форме острого энтерита в легкой и среднетяжелой форме. Рвота и срыгивания не имеют упорного характера и определяются в первые 3—5 дней от начала заболевания. Высокая температура — до 37—38° держится 3—5 дней. Со стороны желудочно-кишечного тракта чаще наблюдаются вздутие, разлитая болезненность при пальпации живота. Летальных исходов от кишечной колиинфекции 0-142 не было.

В целях профилактики колиэнтеритов 0-142 в детских стационарах необходимо строго соблюдать гигиенический и санитарно-дезинфекционный режимы и своевременно направлять в инфекционный стационар детей с дисфункцией кишечника.

УДК 616.361—009.2—053.2—07:616.36—008.8—07

Н. А. Черкасова, В. П. Булатов (Казань). Диагностическое значение состава желчи при дискинезиях желчевыводящих путей у детей

Одной из наиболее частых форм холепатий у детей является дискинезия желчевыводящих путей. Нами изучены в порции В желчи уровни силовых кислот, холестерина, билирубина и желчных кислот в зависимости от вида дискинезий у 50 больных холепатией.

Под наблюдением было 32 мальчика и 18 девочек; возраст детей — от 7 до 14 лет. Все больные были разделены на две группы: 1-ю составили 32 ребенка с диски-