

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, продигиозаном, хлорофилиптом), комбинированными продуктами лечебного питания у детей более старшего возраста (биолактотом, 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 болезни 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 прожилок 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 сиаловых 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-

незией по гипотоническому типу, во 2-ю вошли 18 детей с дискинезией по гипертоническому типу. Контрольная группа объединила 20 здоровых детей.

Больные 1-й группы при поступлении в стационар чаще жаловались на тупые боли в правом подреберье, связанные с приемом жирной пищи. У некоторых из них наблюдались тошнота, рвота, болезненность при пальпации пилородуоденальной зоны. Для детей 2-й группы были характерны более резкие, приступообразные боли, которые снимались при приеме спазмолитиков.

Результаты исследования состава желчи при гипотонической и гипертонической формах дискинезий представлены в таблице. Оказалось, что у больных с гипертонической формой дискинезии биохимические показатели желчи более низкие, чем у здоровых и детей с дискинезией по гипотоническому типу.

**Некоторые биохимические показатели желчи у больных с гипо- и гипертоническим типами дискинезии**

Показатели	Виды дискинезии		Здоровые
	гипотонический	гипертонический	
Холестерин, ммоль/л . . . . .	5,1±0,1	1,7±0,06	2,5±0,1
Билирубин, ммоль/л . . . . .	786,6±138,5	203,5±44,5	632,7±32,5
Желчные кислоты, ммоль/л	25,9±0,5	6,5±0,3	19,9±0,4
Сиаловые кислоты, ед. оп. пл. . . . .	0,26±0,003	0,07±0,001	0,15±0,02

Лечение больных проводили соответственно характеру дискинезий. Все дети получали диетотерапию, при гипертонической форме—спазмолитики (папаверин, но-шпу). Физиотерапевтическое лечение включало воротник по Шербаку, диатермию, парафин на область печени, давали теплую негазированную минеральную воду.

При гипотонической форме дискинезий больных лечили желчегонными средствами—холосасом, аллохолом, проводили тюбаж по Демьянову с сернокислой магниезией и электрофорез на область печени.

В результате этого лечения состояние больных улучшилось: боли исчезли на 2-й неделе, повысился аппетит. При повторном дуоденальном зондировании установлена нормализация моторной функции желчевыводящих путей.

УДК 577.161.22:616.391.01

#### **А. Г. Лосева (Ленинград). Особенности токсикоза при гипервитаминозе D**

Гипервитаминоз D—одно из серьезных осложнений, которое может возникнуть в результате лечения или профилактики рахита у детей раннего возраста. Наряду с легкими, выделяют среднетяжелые и тяжелые токсические формы заболевания. Легкие формы часто остаются нераспознанными; больные с тяжелой формой, как правило, направляются в стационар.

Во многих случаях клиника гипервитаминоза D своей симптоматикой (резко выраженный токсикозом, эксикозом, упорной рвотой, анорексией) идентична клинике острых кишечных заболеваний. Исходя из собственного опыта, мы разработали дифференциальную диагностику этих внешне сходных форм патологии.

Прежде всего, при гипервитаминозе D развитию токсикоза (обычно на фоне антирахитической терапии) предшествует более или менее длительный период, в течение которого в состоянии ребенка происходят некоторые изменения: снижается аппетит, замедляется или приостанавливается прибавка в массе тела, появляются рвота и склонность к запорам. Дети становятся более капризными, вялыми. Важно отметить, что симптомы рахита при этом не только не уменьшаются, а подчас, наоборот, нарастают, что нередко приводит к ошибочному суждению о недостаточной эффективности ранее применяемой дозы витамина D. В таком случае увеличение интенсивности лечения ускоряет развитие тяжелого токсикоза.

На высоте выраженной интоксикации клинически обнаруживается ряд симптомов, свойственных D-витаминозной интоксикации.

1. Кожные покровы при гипервитаминозе D приобретают бледно-серую окраску с желтушным оттенком в области складок. При кишечном токсикозе (токсической диспепсии, колиэнтерите, токсической форме) кожа бледная с легким голубоватым (синюшным) оттенком, что является результатом нарушения гемодинамики.

2. Отмечается и различие в окраске слизистых: при гипервитаминозе D слизистая губ синюшна, при кишечном токсикозе—она ярко-красного цвета.

3. По-разному выглядят основные симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта. При гипервитаминозе D на первом плане—гастритический синдром. После каждого приема пищи, глотка воды и независимо от них у ребенка возникает упорная рвота. Стул при этом задерживается или незначительно учащается—до 3—4 раз в сутки, бывает полужидкий или кашцеобразной консистенции, содержит слизь и зелень.