

стафилококковая инфекция, давая осложнение в виде деструкции пневмонических очагов (24%), гнойного медиастинита и перикардита.

Из внелегочных осложнений отмечались отек мозга, зернистая дистрофия миокарда и кровоизлияния в разные отделы желудочно-кишечного тракта. В последних случаях грипп протекал с кратковременной рвотой и диспепсией (44%).

Клинически грипп распознавался правильно далеко не всегда, особенно в начале эпидемии. В 23% наблюдений было полное расхождение клинического и патолого-анатомического диагнозов. Ошибочные диагнозы: сепсис, инфаркт миокарда, крупозная пневмония, острый энцефаломиелит.

УДК 616.986.7

М. В. Годлевская, Д. И. Дранкин, Л. С. Малафеева (Саратов). Лептоспироз у лиц, занимающихся очисткой населенных мест

В плане изучения эпидемиологии лептоспирозов в условиях большого города были обследованы рабочие специального автохозяйства по очистке города (101 чел.) и рабочие треста «Водоканал» (65). Работа транспорта обеспечивается шоферами, грузчиками, ассенизаторами. Кроме того, хозяйство имеет ремонтные мастерские, в которых работают слесари, сварщики, карбюраторщики и др. В тресте «Водоканал» водопроводную и канализационную сети, а также перекачные станции обслуживают слесари, мотористы и обходчики.

Обследование мы проводили путем постановки реакции агглютинации — лизиса с 13 типами патогенных лептоспир. Больных выраженным лептоспирозом за предшествующие годы среди обследованного контингента не обнаружено. Прививки против лептоспирозов рабочим не проводились. Для контроля были обследованы 40 произвольно выбранных жителей города. Кроме того, мы сопоставляли число положительно реагирующих на лептоспироз среди работников, занятых очисткой города, и среди рабочих мясокомбинатов. Оказалось, что инфицированность рабочих спец. АТХ была такой же высокой, как и работников мясокомбинатов; среди лиц, обслуживающих водопроводную и канализационную сети, было меньше инфицированных, а в контрольной группе — еще меньше.

Наиболее часто антитела к патогенным лептоспирам обнаруживались у шоферов и грузчиков, которые имели тесный контакт с мусором и отбросами. У лиц со стажем работы от 6 до 10 лет положительные реакции наблюдались в 27%.

У рабочих, занятых очисткой города, выявлены антитела к 8 серологическим типам лептоспир. У 32 чел. найдены антитела к какому-либо одному, а у 2 — одновременно к 2 серотипам. С наибольшей частотой определялись антитела к лептоспирам *grippotyphosa* и *hebdomadis*, несколько реже — к лептоспирам *pomona* и *icterohaemorrhagiae*.

УДК 616.981.49

М. Г. Ахметова (Казань). Клиника сальмонеллеза у взрослых

В последние годы во многих странах мира отмечен рост заболеваний сальмонеллезной природы (К. В. Бунин, 1973; М. С. Грешило, 1973; В. А. Килессо, 1973 и др.).

Наблюдавшиеся нами заболевания сальмонеллезом носили спорадический характер. В весенне-летний период поступило на 16% больше больных, чем в осенне-зимний. 82% больных были в возрасте от 15 до 50 лет. В первые два дня болезни обратился к врачу 81% больных, 73% были госпитализированы в первые три дня болезни.

У 96% больных заболевание сальмонеллезом протекало в гастроинтестинальной форме, у 4% — в нозопаразитарической (классификация И. В. Шур, 1970). Гастроинтестинальная форма по типу гастрита была установлена у 3,1% больных, по типу энтерита — у 20,6%, гастроэнтерита — у 30,9%, гастроэнтероколита — у 45,4%. Легкое течение болезни было у 58% больных, среднетяжелое — у 36%, тяжелое — у 6%. У большинства пациентов болезнь развивалась остро, отмечалось ухудшение самочувствия, диспепсические расстройства, головная боль, головокружение, слабость; у 48,4% было повышение температуры (у 36% из них — до субфебрильных цифр и у 64% — выше 38°). Лихорадка длилась от 1 до 4 дней. Тошнота и рвота наблюдались у 53,5% больных.

По данным анамнеза, у 81% больных были боли в животе, в том числе у 40,7% — схваткообразные, 30% указывали на боли в эпигастрии. Расстройство стула в 1-й день болезни было у 97,5% больных. При поступлении в больницу болезненность при пальпации живота отмечали 64% пациентов, причем у 80,7% из них боли локализовались по ходу толстого кишечника. Сигмовидная кишка была сокращена у 30,6% больных. У 32% обследованных стул при поступлении оказался нормальным, у 18,5% — жидким и полужидким без патологических примесей, у 40,2% — жидким со слизью, у 9,3% — с примесью слизи и крови. Стул типа рисового отвара был у 2 чел. Частота стула от 1 до 5 раз в сутки установлена у 61,7% больных, более 5 раз — у 38,3%. Тенезмы отмечены у 5,3% больных.

При ректороманоскопии, произведенной у 72 больных, у 54,2% из них обнаружены катаральные изменения слизистой дистального отдела толстого кишечника, у 5,5% — катарально-фолликулярные, у 2,8% — катарально-геморрагические и у 37,5% слизистая была не изменена.

У большинства больных констатирована приглушенность тонов сердца, у 55% пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением болезни — учащение пульса. У ряда больных наблюдалась гипотония. Бледность кожных покровов отмечена у 33% больных, цианоз губ — у 4,1%.

Лейкоцитоз (от 8300 до 15000) установлен у 14,4% больных, лейкопения (от 2600 до 4700) — у 10,3%, нормоцитоз — у 75,3%. В формуле крови у 45,3% больных выявлен палочкоядерный сдвиг. У 15,4% больных заболевание сопровождалось изменениями в моче (небольшая альбуминурия, цилиндрурия, единичные эритроциты).

Диагноз сальмонеллеза у всех больных был подтвержден бактериологически. Всего выделено 27 различных серотипов возбудителя. После лечения сальмонеллы выделены у 10% больных. Зависимости клинической формы и тяжести заболевания от серотипа сальмонелл, вызвавших заболевание, не обнаружено.

Больные с септической формой госпитализированы на 4—5—6-й день болезни. Сальмонеллез диагностирован при выделении геспокультур (*S. heidelberg*, *S. mission*, *S. bareilly*) на 7—8—15-й день болезни. 2 больных выписаны по выздоровлении с 3-кратным отрицательным исследованием крови, мочи, желчи и испражнений. 1 больной с активной фазой ревмокардита, хроническим гепатитом и сальмонеллезом умер на 33-й день болезни. 1 больная, перенесшая дизентерию и сальмонеллез, продолжала выделять сальмонеллы после 42-го дня лечения.

Наши наблюдения показывают, что сальмонеллез у взрослых протекает в легкой и среднетяжелой форме у 92% больных. Трудности клинического распознавания требуют многократного бактериологического исследования испражнений, мочи, желчи и крови при подозрении на септическую форму заболевания.

УДК 616.935

К. Ш. Мардеев (Лениногорск, ТАССР). О бактерионосительстве при дизентерии

У 93 детей, направленных в больницу с диагнозом «здоровое носительство», были проведены клинические наблюдения, ректороманоскопия и копрологическое исследование и полученные материалы сопоставлялись с результатами обследования больных типичной дизентерией с различной выраженностью и длительностью течения, госпитализированных в тот же период времени.

Клинические данные показали, что среди поступивших с диагнозом «носительство дизентерии» наряду с больным, у которых выделение возбудителя на протяжении всего периода наблюдения не сопровождалось кишечными расстройствами, есть и больные, перенесшие дизентерию различной тяжести, у которых после прекращения кишечных расстройств и наступившего клинического благополучия продолжали длительно выделяться дизентерийные микробы, и больные, у которых имелась типичная дизентерия, просмотренная в связи с недостатком систематических наблюдений или неправильно собранным анамнезом.

Из 93 детей, у которых диагноз «здоровое носительство» не был снят при поступлении, у 53 не были зарегистрированы кишечные расстройства ни до, ни после поступления, у 37 длительное выделение возбудителя наступило после перенесенной дизентерии. При бактериологическом исследовании у 71 ребенка были обнаружены шигеллы Зонне, у 9 — Ньюкасл, у 6 — Бойд — Новгородской, у 7 — Флекснера. Длительность выделения шигелл у 78 детей не превышала 1 месяца, у остальных затягивалась на различные сроки.

Все дети с кратковременным выделением шигелл поступили из дизентерийных очагов, большинство — из яслей и детских комбинатов. Шигеллы у них обнаруживались при обследовании по эпидемиологическим показаниям.

У 45% детей выделение шигелл закончилось до поступления в стационар, у 55% шигеллы продолжали выделяться в отделении от 1 до 3 раз в течение 1—2 недель. Самочувствие детей было хорошим. При целенаправленном опросе удалось выяснить кратковременную (1—2 дня) кишечную дисфункцию, которая осталась незамеченной или неучтенной участковыми врачами. В пользу этого в известной мере свидетельствуют обнаруженные в стационаре у 37% детей спазм сигмы и у 10% — расслабленность сфинктера.

Несмотря на ежедневный нормальный стул в стационаре, ректороманоскопия обнаружила у всех обследованных изменения слизистой прямой и сигмовидной кишок. У большинства они носили характер катарального проктосигмоидита с отчетливой гиперемией и отечностью слизистой оболочки, у части детей на слизистой были воспаленные фолликулы.

Легкое течение дизентерии в начальном периоде болезни не уменьшает длительности сохранения возбудителя в организме.