

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 госпокультур (*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 (Ленинград, 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.